

NOSSA EXPERIÊNCIA COM A TÉCNICA DOS BARRAQUER PARA A EXTRAÇÃO DA CATARATA (*)

Prof. GLÓVIS PAIVA. (1) - Recife

Há cêrca de 20 anos passados aprendemos a fazer a extração total da catarata pelo método de Arruga.

Até o ano passado continuávamos fiéis à pinça daquele renomado oculista espanhol, pois as tentativas que fizemos para trocá-la pela ventosa de Barraquer, determinaram em muitos casos, além das dificuldades próprias do método, o aumento estatístico da perda de vítreo.

Sempre nos pareceu, entretanto, que o processo de Barraquer (facoes-
resis) poderia proporcionar melhores possibilidades para a extração total do cristalino: 1.º) pela maior área de apreensão da lente, 2.º) pelo mais uniforme rompimento da zônula e 3.º) pela sua aplicação a qualquer tipo de catarata (excetuando-se as luxadas).

Com o advento do chamado "cocktail lítico" e o uso do curare na cirurgia da catarata determinando um magnífico silêncio operatório do vítreo e da úvea, pareceu-nos chegado o momento de novas tentativas com a ventosa. Mesmo porque, com a acentuada hipotonia do globo ocular conseguida com o uso dos analgésicos e ganglioplégicos, vínhamos experimentando certas dificuldades na extração do cristalino com a pinça capsular de Arruga.

Nessa segunda etapa do nosso aprendizado os resultados operatórios foram mais animadores, ensejando menor número de perdas de vítreo.

Entretanto, ainda continuávamos a depositar maior confiança na pinça do que na ventosa.

A descoberta da zonulosis enzimática por Joaquim Barraquer veio, finalmente, remover os últimos obstáculos para a nossa completa integração no chamado método espanhol ou facoesresis.

As nossas últimas 45 extrações da catarata foram feitas pela técnica seguinte, que chamamos "dos Barraquer" (*):

1 — Retalho conjuntival de mais de 180º seguido de abertura da câmara anterior com faca lanceolar e tesoura de José Barraquer. Esta tesoura é provida de um tope regulável que permite o corte contínuo e bi-

(1) Professor de Clínica Oftalmológica da Fac. Med. Univ. do Recife.

(*) Trabalho apresentado no XI Congresso Brasileiro de Oftalmologia — Vitória do Espírito Santo — Julho de 1960.

selado do retalho córneo-escleral sem necessidade de retirá-la da c. anterior após cada golpe.

2 — Iridectomia periférica.

3 — Colocação de dois pontos de sutura prévios que ficarão, juntamente com os complementares, cobertos pelo retalho conjuntival, ao fim da operação.

4 — Irrigação da câmara posterior com sol. de a-quimotripsina a 1:5.000 em toda a circunferência do cristalino, seguida dois minutos depois de uma irrigação de sôro fisiológico.

5 — Extração do cristalino com o erisifaco de Barraquer, com o vácuo entre 40 a 45 cm. de Hg. Logo que o cristalino adere à ventosa fazemos um movimento de elevação que promove a rotura das restantes fibras zonulares e, num movimento de bácia, orientamos o equador superior da lente para cima em direção à câmara anterior. Quando a porção superior da iris dificulta a passagem do cristalino através da pupila, fazemos uma ligeira depressão no lábio do retalho escleral, facilitando assim a sua libertação. Não fazemos a manobra clássica de Barraquer (rotação de 180°) por acharmos que com a zonulosis enzimática ela perdeu a sua finalidade. A hipotonia ocular é fundamental e sumamente vantajosa nessa fase da operação com o erisifaco. Se a cápsula do cristalino se rompe fazemos as manobras clássicas para remoção das massas, auxiliadas por irrigações abundantes da câmara anterior com sôro fisiológico. Com a pinça de Arruga procuraremos remover, a céu aberto, os fragmentos capsulares restantes. Em caso de perda de vítreo, completamos a iridectomia e fazemos injeção de ar a fim de mantê-lo afastado da face posterior da córnea.

6 — Irrigação da câmara anterior com sol. de acetilcolina a 1:10.000. Concentrações mais fortes podem determinar uma grave alteração do endotélio da córnea, com perda de transparência, às vezes permanente, desta membrana. O efeito da acetilcolina é imediato tornando a pupila centrada e redonda. A fim de se evitar sinequias posteriores é aconselhável atropinizar o doente após 48 horas da intervenção. As vezes a dilatação pupilar só pode ser conseguida com midriáticos poderosos (Neo-sinefrina a 10%, Dilafrin, etc.).

7 — Os dois pontos prévios de sutura são atados e os complementares, em número de 6 a 8, realizados, ficando todos sob a conjuntiva que passa a ser unida por sutura contínua. Usamos a seda virgem, de Barraquer e a pinça Colibri, do mesmo autor.

8 — Reenchimento da câmara anterior com ar estéril ou solução salina. Em relação a esta fase da operação queremos fazer algumas consi-

(*) Chamamos técnica dos Barraquer porque utilizamos o *erisifaco* de Ignacio, a *incisão* e a *sutura* de José e a *zonulosis* de Joaquim.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

derações ditadas pela nossa modesta experiência e observação em um bom número de casos por nós opeprados. Vejamos quais são elas:

Ar esterilizado: — Temos observado que o seu uso não corresponde integralmente à sua finalidade, pelos seguintes motivos:

1 — Ao ser injetado na câmara anterior ele empurra a iris para baixo, deformando-a consideravelmente. Ela toma a forma de um funil. Fig. 1.

2 — Às vèzes quando a pupila não está em miose êle passa para a câmara posterior, empurrando a iris em direção à face posterior da córnea. Fig. 2.

3 — Em presença do humor aquoso recém-formado êle se comporta como uma “bôlha de nível”, mudando de posição de acôrdo com os movimentos da cabeça do doente. Tal fato poderá acarretar um desequilíbrio hidrodinâmico que se propagará aos elementos constitutivos do segmento anterior do ôlho, com tôdas as suas nocivas consequências. Figs. 3 e 4.

Solução salina: — Temos observado e a lógica assim o demonstra que nada melhor para reencher cavidades que continham **líqüido**, do que outro **líqüido**. Além disto, para apoiar o nosso ponto de vista, temos mais as seguintes razões:

1 — Com o líqüido a iris readquire a sua posição anatômica, não ficando deformada e afunilada, como no caso da bôlha de ar. Fig. 5.

2 — Com o líqüido as câmaras anterior e posterior se enchem, simultaneamente. Fig. 5.

3 — Com o líqüido garantimos uma imediata nutrição da córnea, pois o humor aquoso recém-formado, difundindo-se e misturando-se facilmente com êle, alcança a face posterior da córnea, alimentando-a-.

4 — Finalmente, o líqüido nos permite saber se a ferida operatória está bem fechada ou se ainda necessita de mais alguns pontos de sutura em áreas de pequenos vasamentos que passariam despercebidas caso fôsse usado o ar em vez da solução salina.

O uso de um líqüido (sol. salina) é, pois, ao nosso ver, mais **lógico**, mais de acôrdo com as **leis da hidrodinâmica**, mais **anatômico** e mais **fisiológico** do que o ar esterilizado. Reservamos o uso deste último para os casos de perda de vítreo, pelas razões já expostas anteriormente.

9 — Terminada a operação ocluimos apenas, o ôlho da intevenção. Há muiutos anos vimos seguindo essa praxe e estamos muito satisfeitos com ela. O efeito psicológico sobre o doente é dos mais favoráveis como temo.: comprovado em várias oportunidades.

CONCLUSÕES

Pela técnica que acabamos de descrever operamos 45 casos. Todos êles tiveram um post-operatório, imediato e tardio, perfeitamente normal.

Temos reexaminado alguns pacientes, operados com a a-quistotripsi-

na há cerca de 18 meses passados (embora por técnica diversa), e comprovado a inocuidade dêste fermento sobre as estruturas intraoculares.

A única ocorrência, digna de registro pela sua constância em vários casos sucessivos, foi uma sensível diminuição de profundidade da câmara anterior em pacientes que não apresentavam fistulas operatórias. Tal fato tem ocorrido a partir do 6.º dia após a operação e parece ser motivado por um adiminuição da produção do aquoso, fazendo crer na existência de qualquer interferência da a-quimotripsina sôbre os processos ciliares, conforme a opinião de vários autores que têm observado esta manifestação. Em dois dos nossos casos tivemos de controlar a situação fazendo uma injeção de ar, com a agulha de Amsler, na câmara anterior, a fim de aprofundá-la e evitar as temíveis sinequias periféricas e, conseqüentemente, o possível glaucoma secundário.

As outras complicações per e post-operatórias ocorridas na presente série (hifema, ceratite estriada, irite, corectopia, perda de vítreo, etc.) não podem ser atribuídas ao método operatório utilizado, pois elas são comuns a quaisquer outros, não sendo portanto caudatárias também, do emprêgo da alfa-quimotripsina.

Só usamos, até agora, a zonulosis enzimática em portadores de catarata senil e pré-senil.

A nossa estatística de extrações intracapsulares que era em tórno de 85% elevou-se para 97%, na presente série, graças ao nosso ver, ao emprêgo da alfa-quimotripsina.

RESUMO

O Autor descreve a sua experiência em 45 casos de extração da catarata (senil e pré-senil), pelo processo, que ele chamou, dos Barraquer (facoeresis de **Ignacio**, incisão e sutura de **José** e zonulosis enzimática de **Joaquim**).

A propósito do uso do ar esterilizado ou da solução salina para reenchêr a câmara anterior, mostra-se favorável à esta última, dizendo não haver nada mais lógico para substituir um líquido, do que outro líquido. Além do mais, acha que o uso da solução salina (se possível, balanceada) além de servir para testar o correto fechamento da ferida operatória, está mais de acôrdo com as leis da **hidrodinâmica**, é mais **anatômico** e mais **fisiológico** do que o ar estéril. Reserva o uso deste último para o caso de perda de vítreo.

Entre as complicações post-operatórias registra a freqüente diminuição de profundidade da câmara anterior, atribuindo tal fato a uma alteração no mecanismo de formação do aquoso, pela alfa-quimotripsina. Atribui as outras complicações per e post-operatórias (perda de vítreo, hifema, corectopia, etc.) não dependentes do método cirúrgico que utilizou, pois elas são comuns a quaisquer outros, não sendo tão pouco caudatárias do emprêgo da alfa-quimotripsina.

Conclui o seu trabalho dizendo que a zonulosis enzimática elevou o número de extrações intracapsulares, que era de 85%, para 97%.