

## FACOERESIS DE BARRAQUER

Dr. FERNANDO SILVEIRA — Erexim — R. G. Sul

Quando nos decidimos comparecer à 1.<sup>a</sup> jornada otorinolaringo-oftalmológica Santamariense, pensamos trazer para este plenário um trabalho cujo tema sempre foi nossa grande preocupação. E sabemos que não somente para nós, como para todos os oftalmologistas, qual seja a operação de catarata. Durante muitos anos realizamos esta operação, utilizando o retalho conjuntival, extraindo com pinça, com alça intra-capsular, extra-capsular, fazendo iridectomia, iridotomia ou não fazendo nada, enfim da maneira como nos parecia melhor no próprio ato cirúrgico. Embora médico do interior tínhamos a preocupação de resultado, mas esquecíamos que precisamos ir buscar nos grandes centros aquele aprendizado melhor e sempre atualizado que melhora permanentemente as estatísticas. E foi realizando estas buscas que chegamos à conclusão, conclusão pessoal, de ter encontrado na facoeresis de Barraquer aquele método que nos tem proporcionado os melhores resultados e nos tem entusiasmado em nosso trabalho cirúrgico. Este trabalho que iremos desenvolver representa a nossa experiência em ano e meio de serviço, procurando fazer a extração cirúrgica do cristalino de maneira intracapsular com a ventosa de Barraquer, a que melhores resultados pode dar quanto à visão de um afaquico.

### INDICAÇÃO E PREPARO

A indicação primordial reside na catarata senil. Com este processo, desapareceu a necessidade de se aguardar a «madurez» da catarata. E com o surgimento da alfa-quimo-tripsina de Barraquer, a indicação quase restrita à catarata senil, também desapareceu, porquanto a ação deste fermento veio quebrar com outro velho tabú, da impossibilidade de uma extração intra-capsular, sem perda de vitreo em doentes com menos de 35 anos. Ainda não temos experiência pessoal na extração de cristalinos nas altas miopias, cuja indicação e êxito tem sido apresentado por Barraquer e outros.

O preparo do doente é feito de maneira simples. Tomada de tensão, sondagem e lavagem lacrimal. Internamento no dia anterior da operação. Tricotomia e raspagem da sombrancelha. Instilação de colírios antissepticos. Midriático à noite e pela manhã. Nos casos da iris que responde mal ao ciclopegil ou homatropina, vinte a trinta minutos antes do ato operatório colocamos um pequeno chumaço de algodão com adrenalina a um por mil no fundo do saco superior. Por vezes, há uma midriase exagerada que nos exige um pouco de acetilcholine, após a abertura da C. A. para poder realizar a iridectomia. Usamos um antibiótico injetável já na véspera e durante mais quatro dias. Seguimos com Misteclin V.

#### ANESTESIA

Com ALEJANDRO SALLERAS, fundador e diretor do CENTRO DE CIRÚRGIA OCULAR DE BUENOS AIRES, fomos buscar êste aprendizado. Dele tiramos o uso da potencialização conforme é praticada lá. À noite anterior ao ato operatório, damos uma capsula de Nembutal ou Luminal (0,10 ou 0,20). Uma hora e meia antes da operação, outro Nembutal ou Luminal, junto com aplicação intramuscular de Fenegan, Amplictil e Demerol. O Salleras incluye o Diparkol, ainda e não faz a Retro-bulbon. Naquele serviço foi sistematizado o seguinte processo de potencialização:

#### PRÉ-OPERATÓRIO

Anestesia local: sol. de cocaina a 10%. 1 gota cada dois a três minutos.

<b>12 horas antes da operação</b>	{	1.º — Enema evacuante	
		2.º — 1 fenegan intragluteo	
		3.º — 0,10 Luminal, oral (dependendo do quadro abaixo)	
<b>Uma hora e meia antes da operação</b>	{	1 Fenegan	{ Básica
		1 Amplictil	
		1 Diparcol	
		1 Demerol	
		0,10 de Luminal (dependendo do quadro abaixo)	

Quadro de administração de Luminal, junto com a básica segundo idade, pêso, est. intelec., etc.

		<b>Idade</b>	<b>Peso</b>	<b>Est. geral</b>	<b>Intelec.</b>
<b>Indicações</b>	A	60-80	55-65	Mau	Mau
	B	40-50	70-80	Bom	Bom
	C	31-40	70-90	Muito bom	Bom
	D	Muito jovem	Bom peso	Idem	Bom

**Dose de Luminal**

A — Não toma
B — 0,10
C — 0,20
D — 0,30

O enfêrmo quando é conduzido à sala, já vai dormindo, embora atenda se fôr tocado. Instilamos então neo-tutocaina a 2%, durante uns dez a quinze minutos. Fazemos a aquinesia de Van Lint, depois da retro-bulbar. Esta é feita com dois décimos de solução de hialosima com dois centímetros de scurocaina a 4%. Temos o cuidado de não ultrapassar esta dose de hialosima, porque tivemos casos de enorme baixa de tensão ocular, o que dificultou a extração do cristalino. Terminamos a anestesia com a limpeza ocular, propriamente dita: instilação de quatro gotas de adrenargol e lavagem com soro. (É interessante observar como êste sal de prata mobiliza tôdas as substâncias estranhas ao globo que são facilmente expulsas com a lavagem).

#### O ATO CIRÚRGICO

Antes de descrevê-lo, explicamos que operamos da seguinte maneira: usamos a mesa SALLERAS com uma cadeira de rodas e um banquinho de rodas (Bausch lomb). Trabalhamos sentado e podemos nos molilizarmos ou mobilizar a mesa, também de rodas. Sôbre o doente, traz a mesa SALLERAS a mesinha do instrumental. Temos ainda uma mesa auxiliar. O material que utilizamos é o seguinte: Erisifaco de Barraquer, aspirador Bouillite francesa,

Pinça de fixação Barraquer Loveras, pinça dente de rato, pinça San Martin, pequena, faca de Graef (atualmente, usamos a lança), Tesoura de Barraquer, Fio sêda virgem de Barraquer, que corresponde a 11 zeros. Usamos o fio de Kalt para a fixação de globo, no que utilizamos pinças mosquito. A ventosa funciona com pedal. Não operamos sós, temos uma auxiliar. Para a sutura da córnea usamos as agulhas de Grieshaber 81/7.

#### 1.º TEMPO

Imobilização do olho com um fio no reto superior. Outro fio no bordo palpebral inferior, ambos são fixados nos campos com pinças mosquitos. Temos ótimo campo, estando o olho livre de compressões.

#### 2.º TEMPO

Abertura da C. A. com a faca de Graeff em plena córnea a meio milímetro do limbo, de 150º a 180º. Colocação de dois pontos córneo-corneais às 11 e às 13 horas. No caso de insuficiente abertura, aumentamo-la com tesoura.

#### 3.º TEMPO

Iridectomia parcial, periférica, bem pequena. Lavagem com quimo-tripsina e aguardar dez a quinze minutos. (Segundo o tipo, idade, etc. teremos de aguardar mais ainda).

#### 4.º TEMPO

Depois de provar a ventosa e verificarmos o vacuo de 40 a 50 mgr. de mercurio, levantando o retalho corneal com uma pinça introduzimos a ventosa e aplicamo-la sôbre o cristalino. Muitas vêzes a midriase diminui, mas não há problema: a ventosa é insinuada, docemente, sob a iris. Uma vez que ela está bem aplicada, apertamos o pedal e tiramo-la primeiro para cima e depois iniciamos a torsão para cima e para fora, enquanto auxiliamos com a compressão com um gancho de estrabismo ou mesmo com o próprio cabo da pinça sôbre o limbo em sua porção inferior. Há casos, inclusive, de escapar a tomada do cristalino (a energia, em Erexim oscila muito, daí a diminuição do vacuo da ventosa) mas não é problema: replicamos e fazemos a extração.

### 5.º TEMPO

Lavagem da C. A. com sôro e introdução de acetil-choline, que provoca rápida miose. Sutura dos dois pontos prévios. Aplicação de mais três, quatro ou cinco pontos corneo-corneais, que fecha completamente a C. A. Refazemos esta com sôro-fisiológico, que é mais seguro do que o ar. Se a C. A. não estiver bem fechada, vemos onde vasa e podemos aplicar mais pontos e obter total fechamento. Instilação de adrenargol e colocação de um colírio graxo de Bristaciclina. Retirados os fios de imobilização, vendagem do globo, vendagem monocular.

### MODIFICAÇÕES

Esta técnica nós a usamos até o mês passado quando fomos a Buenos Aires, participar do curso que o JOSÉ IGNACIO BARRAQUER ministrou no Centro Ocular do Alejandro Salleras. E dali voltamos fazendo a seguinte modificação em nosos ato operatório: excisão de um retalho conjuntival de um pouco mais de 180º, com meio centímetro de largura Hemostase com um bastão de vidro, aquecido à alcool. Abertura da C. A. às 3 horas, com a lança de Barraquer e complementação da abertura com tesoura de Barraquer. Este corte deverá atingir o limbo. Um ponto prévio. O resto do ato é o mesmo, a sutura é completada com mais quatro, ou cinco pontos esclero corneais. Depois recobre-se com o retalho conjuntival, que é suturado com um chuleio, tudo com fio de seda virgem. Para quem já se acertara com a incisão corneana, esta modificação do retalho conjuntival cria uma certa resistência. Lamentamos abandonar a incisão corneana que torna mais brilhante a facoesis. Mas, como dizem BARRAQUER e SALLERAS ela pode trazer distrofia da córnea, o que não acontece com a incisão esclero-corneal com retalho conjuntival. Como só operamos 3 casos, não temos experiência sôbre isto.

### POST OPERATÓRIO

O Post-operatório é bastante simplificado. A partir da vendagem monocular, que para nós tem um grande significado quanto ao fator psicológico, pois elimina a ansiedade e angustia dos velhos pacientes, temos o levantar precoce. Ao terceiro dia o doente já vai

ao banheiro. Alta ao quinto ou sexto dia, pois a sutura da C. A. nos dá uma grande segurança. Ao quinto dia eliminação da vendagem do olho operado, com o uso de óculos escuros e com proteção lateral. Nos dias em que vivemos todos bem compreendemos que em tudo isso há um benefício econômico, hospitalização reduzida, de que nossos doentes, como nosso povo, andam tão necessitados.

Quando fazíamos a incisão corneana pura, retirávamos os pontos aos vinte e cinco dias, com gilete, após a coloração dos pontos com azul de metileno a 0,50%. Atualmente, retiramos só o ponto conjuntival a partir dos 15 dias. Antes se houver irritação. O operado dorme à noite com as mãos atadas, impedindo que alcance os olhos.

### RESULTADOS

Num total de 40 cataratas operadas pelo método de Barraquer, tivemos os seguintes resultados:

Intracapsulares .....	35
Extra-capsulares .....	5
Rompimento da hialoide .....	4
(pequena hemorragia de vitreo sem mais consequências)	
Ferimento de iris .....	2
Prolapso de iris .....	2
(ocorreram quando não usavamos o coquetel e fazíamos só retalho conjuntival), houve vomitos e se deu o prolapso, com o esforço.	
Queratite estriada — Quase constante, mas sem consequências, desaparecendo em três ou quatro dias.	
Distrofia de córnea .....	3

Acuidade visual variou de 0,2 a 1. Não fizemos uma estatística melhor neste sentido, (o que reconhecemos ser de grande importância) porque os nossos doentes são em sua quase totalidade homens do campo e da colônia e que não voltam para os exames finais.

Queremos confessar ainda que, nas cataratas intra-capsulares incluímos aquelas que, já quase totalmente fora da C. A. se romperam, isto ocorreu em alguns casos. Consideramo-las entretanto intra-capsulares, porque foram desalojadas e praticamente arrancadas da C. A. in totum, uma vez que aquele rompimento, fóra, não deixou restos na C. A. Damos como causa disto a variação da energia elétrica em nossa cidade que altera a potência do aspirador, para mais ou menos. Também culpamos este fato a falta de maior treinamento nosso.

Contudo, para quem sempre teve problemas com a operação de catarata, já porque se limitava à sutura de retalhos conjuntivais, já porque nunca teve boa habilidade na extração com pinça, já porque nem se pensava em buscar a tranquilidade e o repouso tão brilhante que nos dá a anestesia potencializada, já porque se procurava substituir com a rapidez no estancamento da hemorragia de vitreo em vez de trabalhar num campo sereno e com uma hialoide integra, já por tudo isso, não há dúvida nenhuma, sentimos-nos felizes em termos adotado esta técnica e termos acertado melhor com ela. Sendo tantos os métodos de extração do cristalino, todos com estatísticas satisfatórias, não poderíamos dar como verdade absoluta a superioridade do erisifaco de Barraquer sobre os demais. Em nossas mãos, entretanto, êste foi o método mais prático e o mais compensador quanto aos resultados. Solução que procuramos e encontramos, vimos aqui trazer esta nossa pequena experiência, que servirá ao menos para uma troca de idéias entre nós, em especial nós que trabalhamos no interior e que também procuramos, honestamente, bons resultados.

#### CONCLUSÕES

Num apanhado rápido, poderemos terminar êste nosso trabalho, apreciando nossas conclusões. A facoeresis de Barraquer tal como vem sendo realizada hoje, ou seja, anestesia potencializada, quimo-tripsina e fechamento total da C. A. nos dá as seguintes vantagens:

- 1.º — Facilidade maior na extração.
- 2.º — Elevada percentagem de extrações totais.
- 3.º — Levantar precoce.

- 4.º — Vendagem monocular.
- 5.º — Post-operatório tranquilo.
- 6.º — Desaparecimento quase total da hemorragia de vitreo.
- 7.º — Possibilidade de operar cataratas não maduras e cristalinos nas miopias elevadas.
- 8.º — A quimo-tripsina ampliou a indicação da facoerisis e a facilitou.
- 9.º — A anestesia potencializada dá tranquilidade ao ato cirúrgico.

#### SUMMARY

The A. describes his experience with «Quimotripsina». He operates with potencialized anesthesia, aquinesia of Van Lint, the opening with Graeff knife and the conjuntival flap together with the extraction of the lenses using suction caps, after bathing with «quimotripsina». The «corneo escleral» are sutured with virgin silk with the posterior suture of the conjuntival flap.

#### BIBLIOGRAFIA

- ARRUGA — Cirurgia ocular - 1956.  
BARRAQUER — Prof. Ignacio Barraquer — 1.º Curso Internacional de Oftalmologia Especial — Barcelona - 1956.  
BARRAQUER — José I. Barraquer — Curso sobre cirurgia da córnea e do cristalino - Buenos Aires, maio de 1959.  
RIDLEY — Cirurgia da Catarata — Rev. de Oftalmologia Ibero-Americana.  
SALLERAS, ALEJANDRO — Curso Intensivo de Cirurgia Ocular — Porto Alegre, outubro de 1956.  
FUCHS SALZMANN — Tratado de Oftalmologia.