

Uma operação de catarata em Hanseniano (*)

Sergio Valle —

São Paulo

Na cirurgia intra-ocular, a operação que mais interessa, que mais emociona, que mais há estimulado o genio inventivo e criador dos oftalmologistas, é, sem dúvida, a de catarata. Tecnicamente, nada de aparente mais fácil. O menos pretendido dos calouros, ao vê-la executada pelos cirurgiões proverá, na primeira oportunidade que se lhe ofereceu, expande-se em comentários de incontido otimismo. Instrumental insignificante, para o qual sobejam os cinco dedos da mão; tempos operatórios que se sucedem com tamanha naturalidade; imobilidade e quietude do doente, bem acordado e vigilante; ausência de hemorragia; desnecessidade de ajudantes; um campo operatório de pouco mais de um centímetro quadrado, tudo concorre para convencer o espectador ingenuo de que é capaz da mesma façanha. Quando, porém, a vez lhe cabe de assumir a responsabilidade do primeiro caso que lhe caia sob os dedos, então tudo se lhe muda em dificuldades, então é que percebe como, ao contrário do que se passa em cirurgia mais espetacular, não é lícito aqui renovar pegadas que traumatizam a conjuntiva, corrigir incisões mal iniciadas, meter reiteradamente instrumentos na câmara anterior, abstraindo-se do sangue imprevisto a lhe esconder o cristalino, do colapso da córnea, de uma acinesia insuficiente do orbicular que ameaça comprimir o globo e expulsar o vítreo, de uma emotividade excessiva do paciente, que contagia o operador novato, de mil pequenos acidentes inesperados que podem ocorrer em alguns segundos e comprometer definitivamente e irremedavelmente o êxito operatório. Se é verdade que o atual bloqueio do facial pela técnica de Villard-Van Lint produz a paresia do orbicular; que a moderna injeção retrobulbar anestesia, imobiliza o globo ocular e dá-lhe hipotensão; se é verdade que muito longe andamos das práticas de Troussseau, de Crickett e de Millière, que executavam todos os tempos operatórios com uma faca De Graefe; se maiores são os nossos recursos presentemente, proporcionais lhes são também as nossas responsabilidades. Apurase cada vez mais o *modus faciendi* com o fim de tornar o resultado final mais estético e mais livre de complicações, para o que colaboraram Hess com a iridectomia periférica, Liégar com a sutura da córnea por meio de pontos paralelos e horizontais, Elschnig com a pinça para a extração intra-capsular, Barraquer com o erisíaco de sua invenção, Arruga com a ventosa simplificada e a pinça aperfeiçoada, mas ainda não se eliminaram os acidentes de previsão impossível, as iridociclites plásticas,

(*) Trabalho apresentado na 4.^a Reunião Anual dos Médicos do Serv. de Prof. da Lepra do Est. de S. Paulo, realizada em Dezembro de 1937.

os glaucomas secundarios, os deslocamentos de retina e a “*complicação, entre todas tremenda, da infecção do olho operado, infecção que, na maioria dos casos, termina por panoftalmia*”. (1). Ainda mesmo na estatística de Cadillac (6), que recenseou mil casos de catarata operados pelo proprio Barraquer, não se nota a ausencia absoluta de complicações, como o afirmam outras partidarios do erisífacio. Velhos operadores, vítimas de insucessos dos quais não se esquecem jamais, porque “*estes se gravam na memoria com a persistencia de uma obsessão*” (1), costumam asseverar que a operação de catarata, em virtude de uma lei geral a que se pode chamar “das compensações”, si propina ao paciente e ao operador quando bem sucedida, uma das melhores e mais puras alegrias, tambem costuma a ambos envolver na mais dolorosa das decepções.

* * *

Em clínicas oftalmológicas hospitalares de doentes de lepra, as cataratas senís, ao contrario das cataratas secundarias inoperaveis, não ocorrem em maior percentagem do que a observada nas clínicas que atedem a população “de saude”. E' de supor-se que, apesar-de ser a lepra compativel com longevidade por vezes surpreendente, o termo medio de vida dos leprosos há de ser menor do que o comum dos individuos. Deduzindo-o do estudo de 1470 fichas de doentes falecidos no Serviço de Profilaxia da Lepra de S. Paulo, desde 1924 até 1935, Nelson de Souza Campos (7) nos dá a media geral de 10 anos. Enfermidades

quando não a propria evolução acelerada das formas graves, acarretam letalidade abundante. Além disso, as formas tuberosas e mistas, quando duram anos, inutilizam de tal modo o segmento anterior, opacificando a cornea, degenerando a iris, aeumulando exsudatos na area pupilar, consolidando sinequias totais irremovíveis, que só o anátomo-patologista, ao fazer os seus cortes múltiplos no globo enucleado *in vivo* ou *post mortem*, poderá extrair os cristalinos cataratados. Em suma, ou o doente morre ou fica cego. Não admira, pois, que outros especialistas mais antigos em serviços de lepra, como, por exemplo, Pinkerton (8), de Honolulú, ao cabo de cerca de 14 anos de atividade, só apresentem minguada estatística de 8 operações de catarata. Durante os nossos dois anos de exercício da especialidade no A. C. Cocais, dentro de 1500 doentes de todas as idades, só tivemos occasião de fichar três cataratas senís: duas ainda imaturas, em doentes de forma nervosa pura, sem nenhuma lesão ocular e que aguardam oportunidade para a operação; a terceira vai ser objeto das considerações que se seguem.

* * *

M. P. R., matriculado sob o número 695, foi internado em 13-10-934 e fichado em 8-11 do mesmo ano. E' pardo, brasileiro, viuwo, exercia o mister de serrador e está atualmente com 66 anos de idade. Doente

há 26 anos. Na ocasião de sua entrada, apresentava os seguintes sintomas, registrados pelo dermatologista, e que ainda permanecem inalterados, si não agravados: tubérculos na face, fronte e nariz; pele muito infiltrada no mento; madarose superciliar total; manchas tuberizadas no torax; lepromas no terço superior de ambos os braços; grande leproma no cotovelo direito; lepromas no terço inferior de ambos os antebraços; manchas tuberizadas nas nádegas e nas coxas; empastamento e pigmentação nas pernas; pés edemaciados. Perturbações das sensibilidades térmica, dolorosa e tactil. Leve atrofia dos músculos da região tenar. Ganglios inguinais e crurais enfartados. Estado geral mediocre. Os exames de muco nasal e lesão cutanea deram resultados fortemente positivos (+++), Para o lado dos olhos assinalou ainda o dermatologista: visão quasi nula, sem especificar diagnóstico. Procurou-nos o dente, pela primeira vez, em dezembro de 1936, para se queixar de que cada dia enxergava menos, não podendo mais andar sozinho. Registrarmos, então, o seguinte: catrata senil em evolução em A. O., com visão de três metros no O. D. e cinco metros no O. E. Boa midriase pela homatropina a 2 %, revelando-se o esfinter iriano íntegro e sem sinequias, o que é raríssimo em doente de forma mista com longo tempo (26 anos) de enfermidade. Ótima percepção e projeção luminosa. Na parte superior da cornea, em A. O., um pano coincidindo com pequena faixa de esclerose, como si a esclerótica houvesse invadido a cornea numa extensão de cerca de 2 milímetros. Conjuntiva e esclera normais. Madarose superciliar e ciliar quasi totais. Para o lado do aparelho dentário, muitas raízes imprestáveis, algumas com fístulas em atividade. Septo vastamente perfurado em sua porção cartilaginosa. Fossas cheias de crostas, exalando o mau cheiro característico. Procuramos esclarecer o doente a respeito da perda progressiva da visão, que se queixava, falando-lhe com otimismo de uma operação que lhe restituíria a vista, *correndo tudo bem*. Aconselhamos-lhe, no entanto, uma espera maior, para amadurecimento das cataratas, para a limpeza da boca, para se fazer o exame do sangue (Wassermann e Kahn). Obtido este, que veio confirmar com as suas cruzes as infecções de uma vida sexual bastante rica de acidentes venéreos, relatados com franqueza e ufania, prescrevemos-lhe injeções intra-musculares de bismuto (3 series de 15). Decorridos alguns meses, era evidente a diminuição progressiva da visão em A. O., sempre mais acentuada em O. D. Durante todo este tempo, o doente impacientava-se e chegou a pedir a intervenção de um colega do leprosario para que o operasse sem demora. Era o primeiro caso de operação de catarata que eu devia executar dentro do leprosario: forma mista em evolução, com 26 anos de atividade, num individuo sifilitico, em que às quatro cruzes do muco e às outras quatro da lesão cutanea se somavam mais duas do Wassermann e uma do Kahn. Além disso, tratava-se de um doente amalucado, rebelde, sarcástico, que de uma feita tentou suicidar-se com um canivete, pelo que o enfermeiro chefe do ambulatorio nos aconselhou

a desistir da operação, porque não poderíamos contar com a obediencia e a docilidade do paciente, que tanto colaborariam para o bom exito final. Era, porém, impossivel retroceder.

* * *

Feitos outros exames complementares de laboratorio, isto é, de fezes e de urina, verificou-se a permeabilidade dos canais lácrimo-nasais, mediu-se a tensão arterial e a tensão ocular, observou-se novamente a projeção luminosa, encontrando-se tudo negativo ou normal. Positivos, fortemente positivos, apenas os novos exames do muco nasal e da lesão lesão cutanea (+++), atestando a plena atividade da doença de fundo. Procurou-se por meio de irrigações copiosas com soro fisiológico morno e instilações reiteradas de oleo eucaliptolado a 3%, melhorar as condições de higiene das fossas nasais, eliminando as crostas aderentes aos bordos de perfuração e tornando mais suportavel o contacto com o doente. Três lavagens do saco lacrimal direito som solução de protargol a 2%, nas vésperas da operação, colimaram a assepsia mais rigorosa que obviaisse a infecção. Refiro-me propositadamente aos exames previos e aos cuidados de assepsia para acentuar que todas as precauções foram tomadas afim de evitar a panoftalmia. Submetido na antevéspera a um banho geral, barbeado, com o cabelo cortado cerce, enfrascado em roupa limpa, purgado, acalmado de véspera e no dia pelo alonal, foi o doente enviado à sala de operação, já com a pupila convenientemente preparada pela homatropina a 2%. Fez-se-lhe, duas horas antes da operação, uma injeção de 10 cc. de coaguleno. Com uma solução esterilizada de neotutocaina (0,10), solução milesimal de adrenalina (XX gotas) e agua distilada (10cc.), praticamos três instilações na conjuntiva, no lapso de 10 minutos, tanto no O. D., que íamos operar, como no esquerdo, para maior conforto do doente, que poude mantê-lo tambem aberto sem inconmodo até o fim da intervenção, hábito que aprendemos com Pereira Gomes, que por seu turno diz tê-lo aprendido com Milliée. A pele das regiões vizinhas do O. D. foi desinfetada com a mistura de tintura de iodo e benzina em partes iguais; os fundos de saco com solução de oxianureto a 1/5000 e com soro fisiológico morno; instalam-se mais gotas da solução de neo-adrenalina; executa-se a acinesia do orbicular por meio de 8 cc. de novocaina a 2%, injetados em dois planos, um tangente ao osso; retro-ocularmente se injetam 2 cc. de novocaina a 4% sem adrenalina, como aconselha Arruga, para a anestesia do ganglio ciliar. Após 10 minutos de espera, fez-se a pegada do reto superior. Seguem-se: colocação do blefarostato de ramos paralelos de Morax; pegada límbica às 6 horas; incisão da cornea em sua quasi metade superior, incluindo pequena lingueta esclero-conjuntival; passagem da alça para a sutura conjuntivo-conjuntival; iridectomia total, porem pequena; tentativa de extração com a pinça de Elsching, que não conseguiu apreender a cápsula; arrancamento de um fragmento desta com a pinça de

Fuehs; extração do cristalino com o auxilio de movimentos combinados da alça de Snellen, junto à incisão e da cureta de Daviel aplicada contra o limbo no lado oposto; extração das massas restantes, em pequena quantidade; reposição da iris com a espátula; prova visual satisfatória. Aperfeita-se a alça da sutura e completa-se o ponto. Aplica-se o penso oclúsico em A. O., no O. D. protegido por uma concha de alumínio.

* * *

Tudo correu bem. Portou-se o doente admiravelmente, quebrando apenas a disciplina, como é de regra, quando, no momento da prova visual, não dominou a satisfação de poder contar os dedos e ver a máscara branca do operador, presa que foi de uma verborréia imediatamente evitada. Conduzido para o seu quarto, foi destacado um enfermeiro, também hanseniano, para vigiá-lo dia e noite, dar-lhe assistência contínua e tomar-lhe a temperatura 3 vezes por dia. No mesmo dia da operação, à tarde, a temperatura foi de 36,9. Passou a noite tranquilo. Fez-se, no dia seguinte pela manhã, um curativo leve, apenas limpeza externa. A câmara anterior já se refizera. Nenhuma dor. Somente uma coceirinha (*sic*). Pela manhã a temperatura foi ainda de 36,6. No terceiro dia, porém, consultando a carta térmica, verificamos que, na véspera, a temperatura subira, ao meio dia, para 37,0 e à tarde (5 horas) para 37,2. Contrastando com a febre, o estado geral do doente, assim como o aspecto do olho operado estavam ótimos. Lembramo-nos, então, da advertência de um dos nossos oculistas: “Antes de ser possível ver qualquer sinal de infecção no olho operado, já a temperatura acusa o desvio revelador.” (3). Nesse mesmo terceiro dia, a temperatura foi a seguinte: 36,6 pela manhã; 37,5 ao meio dia; 37,8 às cinco horas. Mas o pior é que o doente começou a queixar-se de dores na periorbita e na metade direita da cabeça. Não havia dúvida: os sintomas de uma infecção ocular estavam surgindo... Malograram-se todos os nossos cuidados! Para consolo reli as palavras de um dos mestres da oftalmologia paulista, quando comentou alguns insucessos que lhe ocorreram em doentes da clínica particular: “O terceiro caso, diz aquele afamado operador, é o de um paciente leproso, portador de catarrata senil: embora a operação corresse tecnicamente perfeita, aliás em boníssimo paciente, boa prova visual e nenhum acidente, já a infecção se iniciava violentamente após 24 horas, terminando-se por panoftalmia”. Prescrevemos vacina anti-infeciosa polivalente e prontosil (comprimidos). Instilamos atropina. No saco conjuntival, pomada anti-piogênica. Exaltaram-se, no dia seguinte, as dores de cabeça. Fez-se uma injeção de novocaina. Nos dias subsequentes, a pesar de nada de anormal no olho operado, cuja visão jamais se alterava, cuja conjuntiva jamais se edemaciava, cuja incisão apresentava a melhor coaptação, cuja pupila se dilatava muito bem com a atropina, continuaram a febre e as dores, ora na cabeça, ora na órbita, ora no olho. Afinal, tudo se resolveu. Fora

apenas um susto. O doente sentou-se, caminhou, livrou-se do pensamento oclúsico, mas sempre com a febrícula de que não tinha a menor consciência e que se prolongou dias além, como sintoma de uma reação leprótica atenuada e crônica, acompanhada de dores ubíquias e caprichosas que, talvez por uma simples coincidência, resolveram causar-nos grande apreensão, assestando-se desta vez no olho operado e sua vizinhança. Ou talvez haja a operação, com seus múltiplos tempos, nos quais se empregavam vários agentes terapêuticos (anestésicos, midriáticos, etc.), com a emoção intensa a que submeteu o velho doente de forma mista, atuando à maneira de um paralergeno, acentuando o desequilíbrio latente entre os bacilos e os anticorpos, provindo daí uma reação frustra, que se traduziu apenas pela febrícula e pela nevralgia no território do trigêmeo, diretamente envolvido no traumatismo operatório.

* * *

Um mês depois, feita a correção óptica correspondente à perda do cristalino, registrou-se no olho operado uma visão igual a 2/3 (dois terços), pela tabela de Snellen.

CONCLUSÕES

I — Em doentes de lepra, é bastante encontradiça a catarata secundária, inoperável, coexistindo com lesões graves, atróficas ou hipertróficas, do segmento anterior.

II — A catarata senil é rara nas formas tuberosas e mistas, porque estas ocasionam cegueira ou morte, antes que se opacifique o cristalino; as formas nervosas puras são as que, pela ausência de lesões oculares e pela longevidade, ensejam maiores oportunidades aos oculistas de leprosários.

III. — Além de todos os cuidados usuais nas operações de catarata em gente "de saúde", é mister observar algum tempo o catarato hanseiano de formas tuberosa ou mista, para que a febre e as nevralgias, nele por vezes existentes e despercebidas, não alarmem o operador, simulando uma infecção precursora da panoftalmia.

BIBLIOGRAFIA

1. — PEREIRA GOMES — Considerações acerca de 1740 operações de catarata. Bol. da Soc. de Med. e Cir. de S. Paulo. Número Especial. 1928, pág. 47.
2. — CIRO REZENDE — Estado atual da operação de catarata. Rev. de Oftal. de S. Paulo. Vol. II, N.º 3, 1933, pág. 164.

3. — MOACIR ALVARO — Cons. sobre oper. de catarata. Rev. Oftal. S. Paulo. Vol. III. N.º 3, 1934, pág. 162.
4. — JOSE' MARGENAT — A Facoerisis. — Cong. Bras. Oftal. Vol. I, pág. 223.
5. — GABRIEL DE ANDRADE — A extração total das cataratas pelo processo de Barraquer. Com. à Acad. Nac. Med., 1933.
6. — GILBERTO CADILHAC — L'extraction totale de la cataracte par l'erisiphaque.
7. — NELSON DE SOUSA CAMPOS — Causa-mortis entre os doentes de lepra. Rev. Bras. de Leprologia. Vol. IV, Março de 1936.
8. — F. J. PINKERTON — Surgery of the Leprous eye. American Jl. Ophtal. 1937, N.º 7, pág. 715.

Tratamento do pano tracomatoso por transplantação de mucosa de cadáver conservada em baixa temperatura

F. M. Kostenko

Do Instituto Ucraniano de oftalmologia experimental e da clínica oftalmológica do Instituto Médico de Odessa.

Este artigo, que saiu publicado no tomo VIII, fasciculo 2-1938, do *Meditch Journal*, foi traduzido de um resumo russo e publicado na *Gazeta Clínica*, n.º 12-Ano XXXVI, 1938. Sai aqui, transcrito na íntegra, tal como a *Gazeta Clínica* o publicou.

O tratamento do pano tracomatoso é uma das mais serias preocupações do oculista e até agora não existem medicamentos ou processos cirúrgicos que garantam sempre sucesso no tratamento desta grave lesão da cornea, causa tão frequente de cegueira e de invalidez.

Um dos melhores processos para combater o pano é o tratamento preventivo, que consiste em diagnosticar precocemente o tracoma e tratá-lo energicamente pelos repetidos esmagamentos de suas granulações, método do prof. Filatov. Este método deu, na maioria dos casos, excelentes resultados em mais de 3.000 tracomatosos nos diversos estadios. Assim, em casos no 1.º estadio, os resultados foram bons em 84,6%, no 2.º estadio em 72,6%, e no 3.º estadio em 36,6%. Porem, nos casos graves de tracoma com lesões graves do pano da cornea, deve-se recorrer aos diversos métodos cirúrgicos de tratamento.

Um dos melhores é o método de Denig — periectomia seguida de transplante da mucosa do labio ou pele.

As primeiras suposições de Denig, de que a mucosa transplantada ou a pele era uma barreira que impedia mecanicamente a penetração dos vasos e do virus do tracoma na cornea, não se confirmaram. O prof. Filatov acha que a mucosa transplantada, sendo de certo modo “tecido estranho” ao olho, é absorvida lentamente e produz uma prolongada ir-