

A psicose faco-maniaca e depressiva

Professor Maurice Ravault

Presidente da Soc. Francesa Oftalmol.

Caros amigos,

Nos últimos anos vocês têm ouvido e lido alguns de meus comentários a respeito da oftalmologia atual. Como de costume, desejo permanecer em um registro alegre, guardando o tom de bom humor.

Tivemos a oportunidade de evocar a influência publicitária e comercial, o patrocínio, as modificações terminológicas e o ensino oftalmológico no que diz respeito à transformação da publicação científica em publicidade. Atualmente, nosso meio está sendo sacudido por uma nova e temível afecção oftalmo-psiquiátrica batizada comicamente de “faco-mania”. Suas repercussões podem ser graves para a saúde de nossa oftalmologia.

A psicose maniaco-depressiva, ou psicose bipolar, é bem conhecida por todos nós. Tentaremos a seguir descrever um quadro clínico que se tem instalado de maneira epidêmica entre os oftalmologistas: a psicose faco-maniaco-depressiva.

O ATAQUE FACO-MANIACO

Etiologia

Parece que a causa principal é a promoção comercial. Um de nossos colegas fez tal comentário em uma edição recente da revista *Coup d’Oeil*. O fator etiológico está ligado ao alto preço dos aparelhos.

Esta causa essencial não teria efeito se não achasse terreno favorável entre aqueles com perfil relativamente jovem, cheios de vida. É natural que o atrativo da novidade desperte o entusiasmo das gerações jovens. Não se deve esquecer que dificuldades como o medo do futuro, a

pletora e o anonimato explicam este comportamento um tanto neurótico.

Assim é o ambiente de eleição do ataque faco-maniaco, que aparece às vezes repentinamente, sem nenhum pró-dromo.

Sintomas

O ataque maniaco aparece bruscamente, manifestando-se por uma modificação da conduta e do estado psíquico do indivíduo. A agitação é característica, traduzindo-se por palestras e visitas a diferentes cidades, demonstrações cirúrgicas em lugares variados, cursos e conferências patrocinadas muitas vezes pelos próprios fabricantes. Esta excitação se acompanha de uma grande euforia seguida à compra de novos aparelhos.

Um novo vocabulário é utilizado: capsulorrexix, hidrossisseção e até termos estrangeiros. Tudo é minimizado e facilitado: pequena incisão, pequenos implantes, ausência de sutura e de astigmatismo.

O estado faco-maniaco pode durar muito tempo: meses, anos ou até ser definitivo (se é que este termo possa ser usado em Medicina). Geralmente sua duração é de alguns meses, exceto para aqueles faco-maniacos irreduzíveis. A resolução pode ser progressiva ou instantânea.

Certas variantes clínicas apresentam momentos de cólera e descontentamento a respeito de críticas que seus portadores julgam retrógradas e fora de moda. Felizmente esta evolução é rara. Os faco-maniacos são pessoas inteligentes e de espírito aberto, já que se acham à frente de todos os oftalmologistas.

Traduzido do original em francês, pelo dr. José Beniz, a convite do Editor dos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia.

Publicado com autorização do autor e do prof. Pierre Amalric, Editor do SFO Info (boletim da Societe Francaise D’Ophthalmologie), onde foi publicado em 1992.

O ESTADO DEPRESSIVO

Há uma alternância entre esta fase de mania para outra de depressão, justificando a terminologia bipolar da afecção. A semiologia de tristeza aparece geralmente alguns meses após o ataque maníaco.

Feitas as contas das dificuldades cirúrgicas em relação ao método convencional, o sujeito adota geralmente uma atitude discreta, de mutismo e melancolia. A conta bancária atingida pelos reparos regulares nos aparelhos contribuem a uma postura mais humilde frente aos colegas. Mas o sistema principal é o abandono do equipamento em um canto de sala de cirurgia.

É interessante constatar que, ao contrário da verdadeira psicose maníaco-depressiva, a forma aqui descrita comporta geralmente com um ataque maníaco único, seguido de apenas um outro ataque depressivo. É por isso que se trata de uma afecção benigna.

CONDUTA TERAPÊUTICA E PREVENTIVA

Queiram perdoar-me por estas palavras um tanto brincalhonas. É necessário agora falar sério. Não há razão para se criar uma polêmica a respeito da faco-emulsificação. É conveniente apenas restabelecer as devidas proporções. O bom senso, a experiência e a lógica devem prevalecer sobre o entusiasmo, o coração e a paixão.

A faco-emulsificação é uma técnica existente há mais de 25 anos, passando por épocas de ânimo e recessão. Desde 1982 fazemos nossas experiências neste campo com uma gama de aparelhos. Mesmo que a infusão e aspiração tenham sido computadorizadas, os recursos videoeletrônicos multiplicados, a faco-emulsificação ul-

tra-sônica propriamente dita não foi modificada. Na verdade a ação facolítica do ultra-som oscila entre dois extremos: o dano endotelial e capsular e a ineficácia perante núcleos duros.

É certo que a habilidade atual dos faco-emulsificadores deve ser considerada. Técnicas como capsulorrexis circular, delaminação do núcleo e utilização de visco-elásticos tornam mais fácil a remoção da catarata em seu saco capsular. Mas não devemos esquecer que o processo de aprendizagem é difícil, apesar dos diversos vídeos disponíveis.

Mesmo que as vantagens da pequena incisão sejam sedutoras, devemos questionar se o implante de uma pequena lente oval é realmente o melhor modo de correção da afacia. Por outro lado, parece paradoxal o aumento da incisão para colocação de um implante mais confortável no final do procedimento.

Os cirurgiões de técnica manual não têm do que se envergonhar. Muitas vezes ela é menos traumática e arriscada que a fragmentação ultra-sônica. Estamos no entanto convencidos de que o aprendizado consciente e prudente da faco-emulsificação é positivo para a formação de novos oftalmologistas. A pequena incisão, ou mesmo uma simples paracentese, será o futuro da cirurgia de catarata, associada à utilização de novos aparelhos, lasers e até cerato-correção no mesmo tempo operatório.

À espera do ano 2000, aconselhamos aos oftalmologistas a prudência na escolha de sua técnica de faco-ablação. Os dois métodos têm seu valor, lembrando que a extração manual é melhor aplicada aos núcleos duros e quando houver obstáculos pupilares.

Assim, saibamos guardar nossa calma e nosso espírito crítico. Não tentemos correr antes de aprendermos a caminhar.