

## CIRURGIA DA CATARATA SENIL

Dr. MOACYR GALDINO ALVES (\*) — Salvador

A análise da extensa bibliografia sôbre a cirurgia da catarata revela ter havido indiscutível progresso nestes últimos trinta anos, decorrente dos mais variados fatores. Assim a operação que há algumas décadas era feita com técnica que variava de cirurgião para cirurgião, presentemente deve obedecer a rigorosa rotina a ser seguida pela equipe cirúrgica de um mesmo serviço.

Neste trabalho teremos a oportunidade de expor com os respectivos resultados a rotina adotada desde 1952 na Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a orientação de Heitor Marback.

Confirmando, outras da mesma natureza, a estatística do ambulatório demonstra em cifras redondas que da massa heterogênea dos pacientes que procuram o serviço: 80% são casos de refração, 15% são casos clínicos e 5% são casos cirúrgicos e destes últimos 3% são portadores de catarata.

O presente trabalho está baseado em 431 operações de catarata senil feitas em 305 pacientes diferentes, número apreciável se considerarmos que a Clínica dispõe apenas de 15 leitos para atender a casos clínicos e cirúrgicos.

### PRÉ-OPERATÓRIO

O portador de catarata que vai submeter-se à cirurgia é primeiro preparado no ambulatório, seguindo-se as normas adotadas: exame ocular cuidadoso, tendo-se grande atenção no que tange a processos inflamatórios crônicos e degenerativos; solicitados exames de laboratório — urina (sumário), sangue (uréia e glicemia); caso

---

\* Ass. de Clínica Oftalmológica — Serviço do Prof. H. Marback.

o paciente seja portador de afecção em outro órgão, será consultada uma clínica especializada. O paciente estando assim preparado aguardará oportunidade para ser internado. Essa internação é feita 2 a 3 dias antes da intervenção. No dia imediato, o paciente é examinado pelo médico residente que fará um exame clínico geral e repetirá o exame oftalmológico, e, caso ache necessário, solicitará tros exames de laboratório e especializados.

No dia anterior à operação é feita a tricotomia a cargo do serviço de enfermagem. À tarde é prescrito um laxativo oleoso brando (Agarol) e à noite um enema simples. No dia seguinte, isto é, no dia da operação, com o paciente ainda na enfermaria é iniciado o preparo local a cargo do serviço de enfermagem; faz-se uso do colírio de Argirol (10 a 15%), seguida de lavagem com solução boricada morna a 4% e lavagem da pele das pálpebras e regiões adjacentes com água e sabão (veja-se detalhes no trabalho, Enfermagem da Catarata, Julieta Calmon).

#### PRÉ-ANESTÉSICO

A princípio fizemos uso do Seconal sódico a 0,10 mg uma hora antes da operação. Depois passamos a usar o Nembutal uma cápsula duas horas antes da operação e outra uma hora antes. Presentemente adotamos a técnica de pré-anestésico proposta por Moner, J. Barraquer, que sumariamente consta do seguinte: os pacientes são classificados segundo o estado geral em quatro tipos:

1.º tipo) Pacientes emotivos com estado geral muito bom, bem nutridos.

2.º tipo) Pacientes com bom estado geral.

3.º tipo) Pacientes velhos com esclerose vascular e do sistema nervoso não muito avançada.

4.º tipo) Pacientes com esclerose vascular e nervosa muito avançada, senilidade precoce, desnutrição e caquexia.

Para êsses grupos êle utiliza preferentemente os seguintes tipos de associação medicamentosa resumida no quadro seguinte:

TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO	1.º GRUPO	2.º GRUPO	3.º GRUPO	4.º GRUPO
Na véspera da operação	2 comps. Belergal (a) 200 mgs. Luminal (a)	1 comp. Belergal (a) 100 mgs. Luminal (a)	1 comp. Belergal (a) 100 mgs. Luminal (a)	1 comp. Belergal (a) 25 mgs. Fenergan (b)
3 horas antes da operação	2 comps. Belergal (a) 50 mgs. Fenergan (b)	2 comps. Belergal (a) 50 mgs. Fenergan (b)	1 comp. Belergal (a) 25 mgs. Fenergan (b)	1 comp. Belergal (a)
2 horas antes da operação	50 mgs. Dolantina (a) 100 mgs. Diparkol (a) 50 mgs. Amplictil (b)	50 mgs. Dolantina (a) 50 mgs. Diparkol (a) 50 mgs. Amplictil (b)	25 mgs. Dolantina (a) 50 mgs. Diparkol (a) 25 mgs. Amplictil (b)	25 mgs. Amplictil (b)

(a) via oral

(b) via intramuscular

Na técnica de Barraquer fizemos uma ligeira modificação, em vez de darmos o Diparkol por via parenteral usamos a via oral.

Com êsse cocktail pré-anestésico obtemos um estado próximo da hipnose por ação central; estabilização do sistema neuro-vegetativo impedindo os reflexos de defesa, baixa a tensão arterial, diminui a permeabilidade capilar e a possibilidade de hemorragias. Ac nosso ver é um pré-anestésico ideal, pois cêrca de 80% dos pacientes dormem durante todo o ato cirúrgico. Não há dúvida que vez por outra temos um efeito paradoxal, o que é fácil debelar, aumentando a dose do hipnótico administrando por via venosa.

Conseguimos um post-operatório mais calmo, pois há pacientes que conservam o estado de hipnose por mais de 12 horas. A única queixa dos pacientes sob êsse pré-anestésico é a secura da bôca (ação da atropina).

#### DILATAÇÃO PUPILAR

E' feita com Bromidrato de Homatropina a 2%; instilamos duas gotas de 15 em 15 minutos, uma hora e meia antes da operação, essa dilatação é aumentada e assegurada com o uso de Neo-Synefrina a 10%, duas gotas meia hora antes da operação.

Obtemos assim uma dilatação satisfatória, essa dilatação sendo conservada mesmo depois de aberta a câmara anterior.

Faltando aproximadamente 15 minutos para a hora marcada para a operação, o paciente é transportado da enfermaria para a sala de operações, em carro-maca. Em cima da mesa de operações é colocada uma maca de lona (pull away stretcher), que facilitará o transporte do paciente para o leito sem esforço nem traumatismo.

#### PREPARO DO CAMPO

Feito pelo operador ou ajudante usando luvas, o antisséptico usado é a tintura de iodo, sendo o excesso removido com álcool. Ao passar a tintura de iodo devemos tomar o cuidado de passar também na base dos cílios. Essa assepsia é completada antes de começar o ato cirúrgico pròpriamente dito com irrigação da cavi-

dade conjuntival com solução de sôro fisiológico com Penicilina (500.000 us de Penicilina G Potássica Cristalina para 20 cc de sôro fisiológico). Essa solução servirá ainda para irrigar o olho durante o ato cirúrgico e umedecer a córnea assim como lavar a câmara anterior quando necessário.

### ANESTESIA

Adotamos a acinesia palpebral local e injeção retrobulbar.

Fazemos a acinesia palpebral de Van Lint com 8 cc de Scurocaína a 2% (Cloridrato de para-amino-benzoil-dietilamino-etanol). Esta acinesia quando bem feita proporciona relaxamento satisfatório do orbicular das pálpebras. A injeção retrobulbar é feita com 2 cc do mesmo anestésico e sendo feita com técnica proporciona anestesia satisfatória, apenas sua aplicação é incômoda para o paciente e traz o risco de um hematoma retrobulbar.

A anestesia de superfície é feita com instilação de colírio de Tetracaína a 0,5% (Cloridrato de p. butil-amino-benzoil-dimetilamino-etanol).

### ATO CIRÚRGICO

Antes de entrarmos na descrição do ato cirúrgico propriamente dito, achamos conveniente expor alguns detalhes da sala de operações, mesas, instrumental e campos operatórios.

Operamos no Centro Cirúrgico do hospital, o que vale dizer uma sala para cirurgia geral, mas com ar condicionado proporcionando ótimas condições de temperatura, umidade e conforto. A iluminação com lâmpadas modelo Castle satisfaz plenamente. A mesa de operações é muito confortável para o paciente e se adapta a qualquer altura e posição desejada pelo cirurgião.

A mesa do instrumental fica ao lado do auxiliar, (fig. 1).

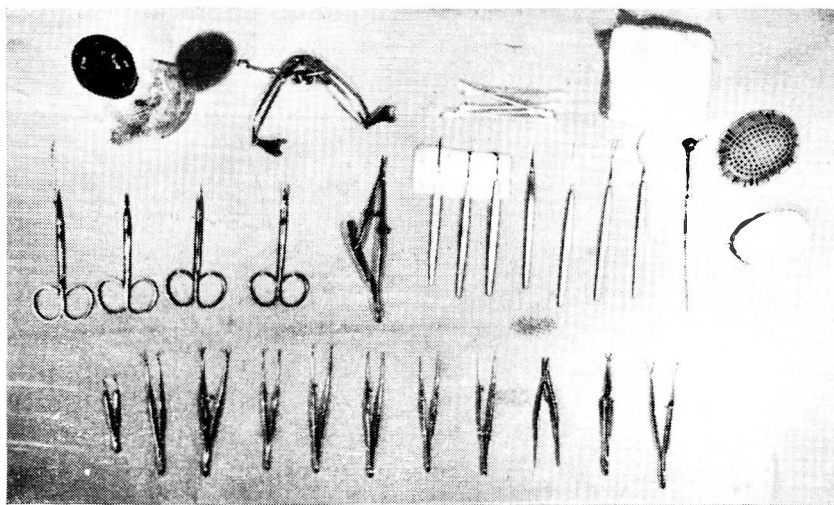


Fig. 1

1.ª Fila, da esquerda para a direita: Irrigador de C. anterior com recipiente para penicilina; blefarostato; cotonetes; gazes.

2.ª Fila: Tesoura de iris; tesoura de Stevens; tesoura de conjuntiva; tesoura de córnea; porta-agulhas; faca de catarata; esclerotomo de Gill; esclerotomo de Curdy; cistitomo; espátula de iris; alça de Snellen; gancho compressor; cautério; placa protetora; penso.

3.ª Fila: Pinça de iris; pinça de fixação Mugent; pinça de fixação Guyten; pinça de sutura curva; pinça conjuntiva curva de dentes; pinça de sutura reta; pinça de conjuntiva reta; porta-agulhas de Green; pinça de cápsula de Castroviejo de ação cruzada; pinça de cápsula de dente Stors; suturas.

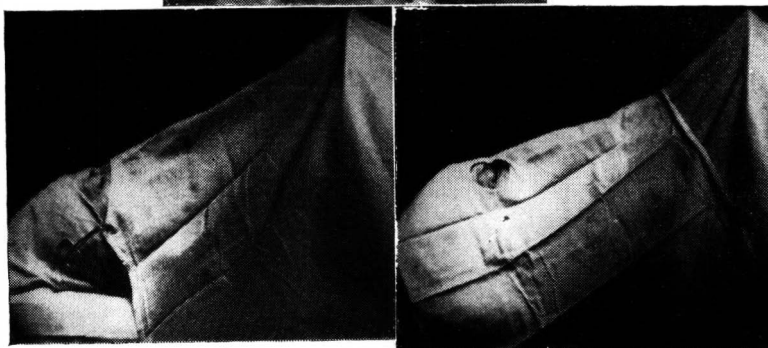
A esterilização do instrumental fica a cargo do Centro Cirúrgico e é feita no mesmo dia da operação em esterilizador com circulação de ar quente.

Os campos operatórios constam de três peças: pano de cabeça que serve para prender os cabelos do paciente e segurar a segunda peça — um lençol que cobre o rosto do paciente, passando em seguida por cima do arco que fica preso na mesa de operações à altura do peito do paciente,, essa disposição permite livre respiração

ao paciente. A terceira peça — o campo monocular, colocada por cima das duas anteriores, (fig. 2-A, B, C).



Fig. 2-A, B, C



Os campos operatórios, os panos de mesa e as capas da equipe são confeccionados em pano azul, o que torna mais confortável à visão do cirurgião.

A equipe é composta do operador e do auxiliar. O operador trabalha sentado por detrás da cabeça do paciente; toma essa posição tanto para operar o olho direito como para o esquerdo, devendo pois ter habilidade com ambas as mãos. O auxiliar ficará do lado do olho a ser operado. Fazemos sistematicamente uso de luvas.

Para melhor compreensão dividimos o ato cirúrgico em 10 tempos principais como se seguem:

### 1.º TEMPO

Após aplicação do blefarostato, fazemos a fixação do globo ocular com dois pontos esclera's feitos com fio de sêde preta número quatro zeros: um às seis horas, no qual é colocada a pinça de fixação mantida pelo auxiliar e outro às oito horas se o olho a ser operado é o direito e outro às quatro horas se o esquerdo, o qual completa a fixação por ocasião de se fazer o sulco na córnea, passagens das suturas de McLean e abertura da câmara anterior, (fig. 3).

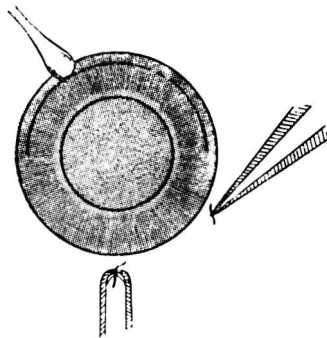


Fig. 3

### 2.º TEMPO

Sulco na córnea a mais ou menos 1 mm do limbo, feito com o esclerotomo, (fig. 3).

### 3.º TEMPO

Colocação das suturas passando pelas duas bordas do sulco. O tipo de suturas que usamos é a de McLean sem retalho conjuntival, (fig. 4).

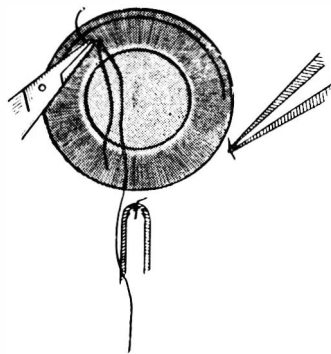


Fig. 4



#### 4.º TEMPO

As três suturas de McLean, são colocadas, uma às 10, outra às 12 e outra às 2 horas. São feitas com fio de sêda preta número seis zeros, (fig. 5).

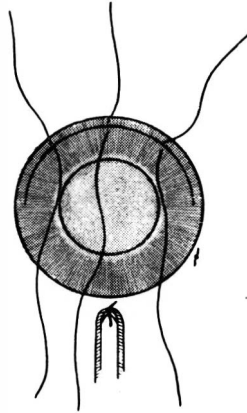


Fig. 5

#### 5.º TEMPO

Afastamento das alças das suturas para permitir a passagem livre da faca de catarata, (fig. 6).

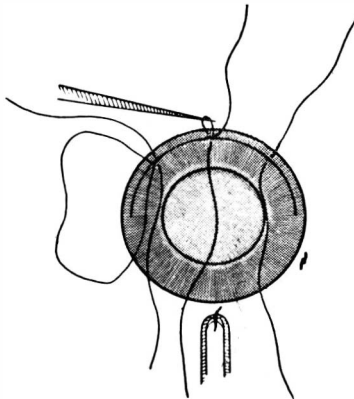


Fig. 6

#### 6.º TEMPO

Abertura da câmara anterior, como vemos na (fig. 7), a punção e contrapunção feitas (às 10 e 2 horas) com a faca de

catarata passando pelo sulco já feito e por entre as alças afastadas das suturas de McLean. Logo após os pontos de fixação são removidos e a incisão corneana ligeiramente aumentada com a tesoura de córnea.

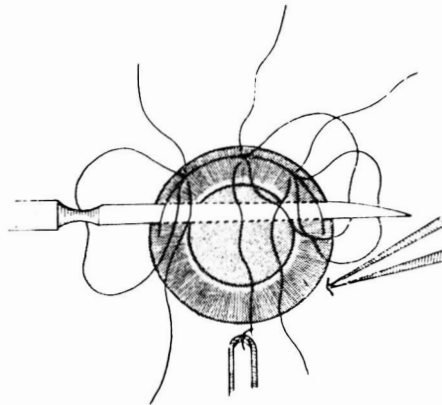


Fig. 7

### 7.º TEMPO

Iridotomias — fazemos duas iridotomias periféricas às 11 e 1 horas como vemos na (fig. 8). Essas iridotomias quanto mais periféricas melhor. Procuramos fazer sempre com o diâmetro aproximado de um milímetro e meio.

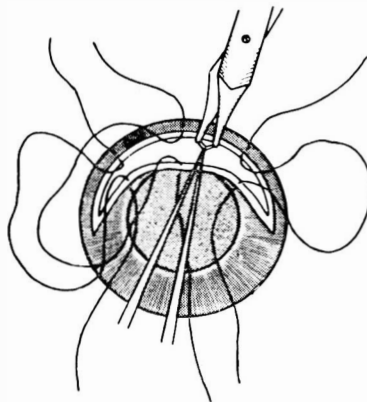


Fig. 8

8.º TEMPO

Pegada da cápsula do cristalino próximo ao equador com a pinça de Castroviejo de ação cruzada e aplicação do gancho compressor, (fig. 9).

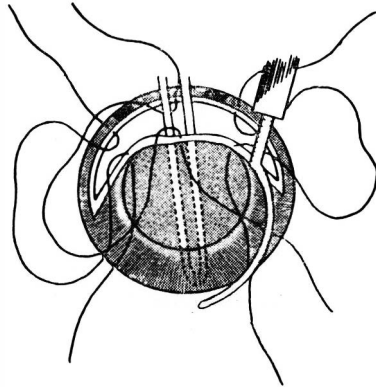


Fig. 9

9.º TEMPO

Retirada do cristalino pela ação conjugada da pinça e compressor, (fig. 10).

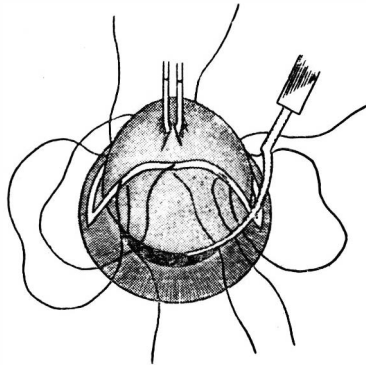


Fig. 10

10.º TEMPO

Fechamento da ferida operatória pelo ajuste dos pontos colocados previamente, (fig. 11).

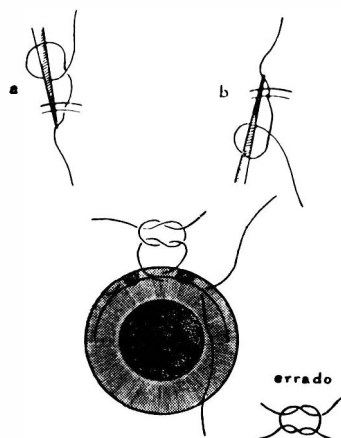


Fig. 11

Em seguida, o paciente com o olho fechado, colocamos pomada oftálmica de Penicilina à altura da fenda palpebral e espalhamos no sentido dos cílios para fazer, por assim dizer, o selamento das pálpebras para o paciente não abrir o olho por debaixo do penso.

Não colocamos absolutamente a pomada no fundo de saco conjuntival, pois como sabemos a pomada pode penetrar nos lábios da ferida o que retarda a cicatrização e conseqüentemente, retardamento da reconstituição da câmara anterior, quando não penetra nessa, dando grande irritação do segmento anterior. Fazemos penso monocular; no comêço fizemos muito uso do penso binocular, mas a prática nos mostrou que não há vantagens para tal. Fazemos a proteção do olho com a placa protetora de alumínio. Fizemos uso por muito tempo da máscara de Ring.

### POST-OPERATÓRIO

O paciente de volta à enfermaria é recebido pelo serviço de enfermagem que, passado o paciente da maca para a cama em quarto individual, toma os primeiros cuidados do post-operatório, como sejam: tensão arterial, respiração e pulso.

A nossa rotina é a seguinte: o paciente permanecerá na cama em decúbito dorsal com a cama totalmente horizontal; depois de

seis horas, se tudo correu bem, será levantada a cabeceira da cama cêrca de 45 graus e o paciente poderá virar a cabeça ligeiramente para o lado oposto ao olho operado. Depois de 48 horas poderá ficar recostado na cama. A partir do 4.<sup>o</sup> dia poderá levantar e passar para a cadeira, no 5.<sup>o</sup> dia poderá ir ao refeitório anexo à enfermaria.

Logo após que o paciente chega da sala de operações será prescrito um analgésico (Cibalena) para fazer uso, se necessário. Penicilina 400.000us de 12 em 12 horas nas primeiras 48 horas.

O primeiro curativo é feito com 48 horas após o ato cirúrgico quando êsse correu bem; caso haja qualquer complicação cu o paciente acuse dôres, fazemos com 24 horas. Os curativos seguintes serão feitos diàriamente, fazendo-se anotação de qualquer modificação que se apresente.

Em geral quando é atingido do 8.<sup>o</sup> ao 10.<sup>o</sup> dia do post-operatório, verifica-se a quêda das suturas; quando isso não acontece serão removidas no 12.<sup>o</sup> dia e isto é feito com relativa facilidade depois de ser anestesiado com colírio de Tetracaína a 0,5%. Depois de retirados os pontos o paciente ficará com o olho aberto caso não tenha havido complicação. Se isso aconteceu permanecerá ocluido por tantos dias quanto necessário.

Via de regra o paciente terá alta no dia imediato à remoção dos pontos. Será prescrito colírio de Parofenol, ou outro similar para usar em casa. Será feita uma refração provisória para verificarmos o êxito funcional da operação. O paciente de alta hospitalar ficará vindo ao ambulatório uma vez por semana, até receber a refração definitiva.

Passaremos agora a analisar essa refração provisória, levando estatística.

Veremos a acuidade visual obtida e a refração empregada nos quadros seguintes:

Acuidade visual obtida (quadro 1)

<b>Acuidade</b>	<b>N.º casos</b>	<b>Percentagem</b>
20/10	1	0,32%
20/20	63	20,65%
20/25	12	3,93%
20/30	107	35,08%
20/40	62	20,32%
20/50	32	10,47%
20/70	14	4,59%
20/100	7	2,29%
20/200	6	1,96%
Nula	1	0,32%

Como concluimos, as acuidades dominantes foram: 20/30, 20/20 e 20/40. O caso que menciono como acuidade nula, trata-se de uma panoftalmia.

Refracção empregada (quadro 2)

<b>Refracção</b>	<b>N.º casos</b>	<b>Percentagem</b>
+ 11.00 c/ + 1.00 a 180	41	13,44%
+ 11.00 c/ + 1.50 a 180	1	0,32%
+ 11.00 c/ + 2.00 a 180	89	29,18%
+ 11.00 c/ + 3.00 a 180	4	1,31%
+ 11.00	117	38,68%
+ 12.00 c/ + 1.00 a 180	8	2,62%
+ 12.00 c/ + 2.00 a 180	3	0,98%
+ 12.00	18	5,93%
+ 10.00 c/ + 1.00 a 180	4	1,31%
+ 10.00	5	1,63%
+ 13.00	3	0,98%
+ 14.00	1	0,32%
+ 9.00 c/ + 2.00 a 180	2	0,65%
+ 9.00	3	0,98%
+ 8.00	1	0,32%
+ 7.00 c/ + 1.00 a 180	2	0,65%
+ 6.00 c/ + 2.00 a 180	1	0,32%
+ 3.00	1	0,32%

Esse levantamento demonstra que a refração que domina não tem a correção para o astigmatismo. +11.00 aparece na grande maioria dos casos. Os casos de visão baixa como 20/200 e 20/100 são aqueles casos em que houve acidente no ato cirúrgico, como sejam: perda de vítreo e rompimento de cápsula anterior, principalmente nesse em que ficaram restos de cápsula.

Não nos foi possível fazer um levantamento da refração definitiva por várias razões: 1.º) pacientes do interior, principalmente lavradores, que viajam não mais voltando; 2.º) pacientes muito pobres que não podendo comprar outro óculos se contentam com a primeira refração não voltando mais para o contrôlo; 3.º) pacientes analfabétos que se satisfazem com a refração provisória, etc.

Por essas razões quase uma quarta parte dos observados não teve refração definitiva.

### COMPLICAÇÕES

**Na anestesia** — das nossas 431 operações tivemos 3 casos de hematoma retrobulbar ou seja 0,69%. Esse acidente poderá ser evitado se observarmos o que diz Atkinson, W. S.: «As complicações de uma hemorragia seguindo uma injeção retrobulbar não ocorre se é usada uma agulha de 3,5 cm. com uma ponta arredondada. Quando é usada uma agulha longa e ponteguda e a ponta é dirigida para o vértice da órbita, os vasos ou nervo óptico podem ser facilmente lesados, porque aí eles são relativamente imóveis quando passam no vértice da órbita. Mais anteriormente no cone muscular, os vasos são mais móveis e normalmente menos calibrosos do que a agulha. E' praticamente impossível lesá-los se é usada uma agulha com uma ponta arredondada. O livre movimento do nervo óptico nessa área o impede de ser lesado».

**No ato cirúrgico** — são principalmente: a) ruptura de cápsula, da qual tivemos 50 casos ou seja 11,60%; em muitos desses casos a cápsula foi totalmente removida.

b) Perda de vítreo da qual tivemos 27 casos ou seja 6,26%. Em muitos desses casos fomos obrigados a praticar iridectomia. Ultimamente em muitos casos temos substituído a iridectomia pela bolha de ar na câmara anterior. Essa funciona como um fator mecânico empurrando o vítreo para baixo, deixando o ângulo livre.

c) Iridectomia — Em 431 operações foram feitas apenas 29 iridectomias ou seja 6,72%. Fizemos essas iridectomias ocasionalmente em caso de perda de vítreo como já mencionei acima e quando a pupila se contraiu em casos de rompimento de cápsula em que o núcleo não conseguiu passar.

**No post-operatório** — a) Hifemas — na sua maioria resultante provavelmente por rompimento de vasos na ocasião de se fazer as iridotomias. Observamos nos nossos casos 8 hifemas ou seja 1,85%. Dois desses encheram totalmente a câmara anterior.

b) Hematoma da coróide — tivemos 8 casos ou seja 1,85%. A maioria desses hematomas foram observados após a remoção das suturas. Em um paciente foi observado nos dois olhos.

c) Hérnia de íris — observadas na sua maioria em pacientes que dentro das primeiras 48 horas tenham feito qualquer esforço anormal. Tivemos 7 casos ou seja 1,62%. Todas essas hérnias foram reduzidas imediatamente após a sua verificação.

d) Correctopia — independente dos fatores já mencionados acima, tivemos 6 casos ou seja 1,39%.

e) Panoftalmia — tivemos 1 caso ou seja 0,32%; atribuímos esse acidente a uma falha de assepsia ou de esterilização.

f) Evasiamento de câmara anterior — esse acidente foi observado na sua maioria no momento da remoção das suturas, casos de hematoma de coróide, ou após as suturas removidas, os pacientes ficando com o olho aberto sofriam leves traumatismo, como apertamento das pálpebras com força, ou durante o sono batiam com a mão, etc. Dos nossos casos tivemos 36 esvasiamentos ou seja 8,35%. Tivemos um caso em que a câmara anterior nunca se reconstituiu; a paciente abandonou o serviço, razão pela



qual não sabemos a conseqüência.

g) Ceratite estriada que perdurou por mais de 8 dias tivemos 19 casos ou seja 4,65%.

**Remotas** — a) Glaucoma secundário — tivemos apenas 4 casos ou seja 0,92%, todos foram operados por ciclodiálise.

b) Descolamento de retina — tivemos 3 casos ou seja 0,69%. Um caso ocorreu após 7 meses e os outros dois após um ano. Temos a salientar que em nenhum desses casos houve perda de vítreo ou outra complicação, nem os pacientes eram míopes.

### COMENTÁRIOS

A fixação do globo ocular é um tempo da cirurgia intra-ocular que ainda constitui um problema, não obstante ser um dos tempos mais importante. O fato é o que ainda não existe fixação ideal, todas deixam à desejar.

A fixação com os dois pontos esclerais proposta por Marback, H., descrita linhas antes, é a que nos parece melhor no momento, pois nos proporciona uma imobilidade satisfatória, desde que os movimentos verticais são obstados pelo ponto das seis horas e os laterais pelos pontos das 4 ou 8 horas. Ainda mais, o traumatismo para o globo ocular é mínimo, não existe pressão sobre o globo e podemos deslocar o olho em qualquer posição necessária. Ficaremos, portanto, na expectativa que surja uma fixação ideal, ou pelo menos, melhor.

### DAS SUTURAS DE MCLEAN

A princípio adotamos as suturas de McLean com retalho conjuntival, porém com a prática chegamos à conclusão de que o tipo de suturas sem o retalho oferece mais vantagens, assim, vejamos:

#### **Vantagens:**

**Com o retalho** — além dos pontos córneo-escleral têm os pontos conjuntival para reforçar; ao nosso ver é a única vantagem que oferece.

**Sem retalho** — a) não traumatiza a conjuntiva; b) não sangra; c) o número de pontos a irritar o olho é menor; d) simplifica

muito o ato cirúrgico sem reduzir a segurança; e) são removidos com mais facilidade e um grande número dêles são expelidos. Das nossas 431 operações fizemos um total de 1.293 pontos; dêsses 860 foram removidos ou seja 66,51% e 433 foram expelidos ou seja 33,49%.

Uma grande vantagem que se obtém com a sutura sem o retalho é uma boa coadaptação do retalho córneo diminuindo em muito o astigmatismo córneo, como vimos no quadro 2, onde a correção sem o astigmatismo dominou.

**Desvantagens:**

**Com o retalho** — a) o número de pontos a irritar o olho é maior, pois além dos dois pontos córneo-escleral, há os da conjuntiva que, às vezes, chegam a atingir a seis; b) traumatiza a conjuntiva; c) sangra um pouco, às vezes relativamente muito; d) prolonga o ato cirúrgico; e) os pontos precisam ser removidos, muito raramente caem.

**RESUMO**

O A. expõe a rotina seguida desde 1952 na Cl. Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Bahia para a cirurgia da catarata senil.

O trabalho está baseado num total de 431 operações de catarata senil feitas em 305 pacientes diferentes.

No pré-operatório salienta o valor do pré-anestésico baseado na técnica de Barraquer.

Descreve o preparo do campo e anestesia local.

Divide o ato cirúrgico em 10 tempos principais.

Descreve a rotina seguida no post-operatório.

Mostra dois quadros: num a acuidade visual e no outro a refração provisória obtidas.

Analisa as complicações na anestesia, no ato cirúrgico, no post-operatório e remotas.

Finaliza fazendo comentários sobre a fixação do globo ocular, chamando a atenção para a fixação de Marback, H. e para o uso das suturas de McLean sem retalho conjuntival.

---

NOTA: — Os desenhos que ilustram o ato cirúrgico foram feitos pela Srta. Elizabeth S. Tavares, encarregada do gabinete de documentário da Clínica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CALMON, Julieta: *Enfermagem da Catarata*, 1952 — Salvador — Bahia. Publicação da Escola de Enfermagem da Universidade da Bahia.
- 2) MONER, J. Barraquer: *Potencialization Farmacodinâmica En Oftalmologia*; *Publicaciones Monográficas Del Instituto Barraquer*, 1954 — Barcelona.
- 3) VAN LINT, A.: in Kirby: *Surgery of Cataract*, pg. 246, 1950.
- 4) MCLEAN, J. M.: *A. New Corneo-escleral Suture*; *Arch. of Ophth*, March 1940, vol. 23, pg. 554-559.
- 5) ATKINSON, W. S.: *Anesthetic Complications*, in Fasanella: *Management of Complications in Eye Surgery*, chapter L, pg. 10-11, 1957 — Philadelphia and London.