

RECENTES AQUISIÇÕES NA CIRURGIA DA CATARATA (*)

Dr. RUY COSTA FERNANDES (**) — Rio de Janeiro

Os progressos na cirurgia da catarata têm sido penosamente conseguidos através os tempos. Para chegarmos à sistematização dos processos hoje adotados, muito êrro foi cometido e muita heresia perpetrada; mas os acêrtos de ontem e as aquisições já incorporadas ao cabedal cirúrgico de hoje não teriam existência se não fôssem aquelas primeiras tentativas, tantas vêzes malogradas.

O que parece uma conquista recente não é, na maioria das vêzes, senão um velho conceito há muitos anos emitido, tendo brilhado com o fulgor das novidades, para logo esquecido no turbilhão de novas descobertas. Até que um dia, renascido, é contemplado com serenidade e, anos a fio, executado, pôsto à prova, melhorado pelo tempo, incorpora-se indissolúvelmente ao patrimônio científico.

Por outro lado, há métodos e conceitos recentes que, exatamente por serem recentes, ainda não amadureceram na experiência dos observadores, não sendo possível saber se se trata de uma boa ou má aquisição.

Dentro de tal ordem de idéias, consideraremos os vários aspectos da cirurgia da catarata que têm recentemente merecido a atenção dos autôres.

PRÉOPERATÓRIO

Khorazo e Gutierrez (1) estudaram o problema da infecção ocular após extração de catarata, encontrando 6 endoftalmites entre 7,662 operações. Cinco vezes o agente etiológico foi o *Staphylococcus aureus* e uma vez, o *Escherichia coli*. Em trabalho anterior, versando sôbre outra série de casos, referem 11 endoftal-

(*) Apresentado no IV Congresso Sul Americano Meridional de Oftalmologia — Montevidéu — Abril de 1957.

(**) Da Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

mites por *Staphylococcus aureus* em 2.508 operados. Foi então que passaram ao uso de antibióticos no pré-operatório e conseguiram que em 567 casos de portadores de *Staphylococcus aureus* na conjuntiva a operação, adiada para tratamento suplementar, decorresse livre de infecção.

Os estafilococos sensíveis à penicilina caíram de 86% para 22% nos últimos 10 anos, sendo de notar que a sensibilidade à aureomicina, terramicina e cloranfenicol também está decrescendo.

Felizmente contamos com as provas laboratoriais de susceptibilidade do germe ao antibiótico e, se é verdade que a resistência dos microorganismos vem se tornando tanto mais comum quanto mais antibiótico se usa, resta-nos o consôlo de que cada dia surgem novos tais agentes e de que o sinergismo medicamentoso é outra arma de que dispomos.

Pearlman (2) diz ter diminuído significativamente a incidência de endoftalmite pela administração subconjuntival de penicilina associada a streptomina.

O desejo de prolongar o efeito da novocaína na acinesia do orbicular das pálpebras levou Allende (3) a adotar o seguinte processo; após injeção de novocaína a 2% na região temporal, administra, na mesma região, de 2,5 a 3 cc. de líquido que consiste de procaina base e para-amino-benzoato de butilo, veiculados em polietilenoglicol. Alega obter hipocinesia por 6 a 8 dias.

Rama (4) afirma que o curare empregado em injeção retrobulbar tem ação local nítida, mais rápida e muito mais intensa do que os fenômenos gerais resultantes da administração da droga. Tal ação se caracteriza por ptose, midríase, paralisia da musculatura ocular extrínseca homolateral. Aconselha usar retrobulbar de 12 a 15 mgrs. de tubocurarina com 0,5 cc de recordaina a 4% e 50 a 100 u de hialuronidase.

O emprêgo do Myanesin sob a forma de elixir (5) foi feito em 150 casos (6,5 gramas) uma hora antes da operação, observando-se um paciente calmo e com redução da mobilidade ocular. Em 200 operados que não tomaram o elixir a perda de vítreo foi de 9%, contra 1,3% nos 150.

TÉCNICA

A tese de Duque Estrada (6) sôbre o problema das incisões e suturas baseia-se em seus trabalhos experimentais no olho do

ção. Entre outras, são as seguintes as importantes conclusões a que chegou:

1) As reações teciduais ao catgut são mais acentuadas que as oriundas da presença do fio de sêda.

2) As reações do tecido ao catgut persistem por tempo mais longo que as verificadas em tôrno do fio de sêda.

3) Não existem habitualmente áreas de necrose em redor do fio de sêda na zona da sutura, nem excessiva infiltração de polimorfonucleares, nos casos em que os pontos foram retirados ou caíram cêrca de 14 dias após a operação.

4) As reações teciduais ao catgut são particularmente exaltadas na conjuntiva, devendo ser evitado seu sepultamento ou qualquer contacto da conjuntiva com êste material de sutura.

5) No estroma corneano as reações às suturas com catgut determinam a formação de granuloma, mas não parecem trazer irritação nociva à córnea, razão pela qual o A. acha poderem as suturas a catgut ser especialmente aplicadas às incisões corneanas.

6) A cicatrização é, em geral, satisfatória no 14.º dia após a intervenção, quer se processe a sutura com sêda quer com catgut.

7) As suturas de sêda prevalecem às de catgut.

Ê interessante notar a diversidade das conclusões de Duque Estrada daquelas de anterior trabalho de Dunnington e Regan, para quem a sutura de sêda facilita a necrose local. Enquanto estes A.A. mostram grande entusiasmo pelo catgut, Duque Estrada re-
pudia-o, exceto para sutura em plena córnea.

Duque Estrada opta pela abertura da câmara com lança e tesouras, por ser mais fácil e mais exata do que a abertura com faca. A incisão biselada é preferível. A incisão corneana cicatriza mais ràpidamente e dá origem a menos complicações do que as incisões límbicas.

Celeste, Krug e Castro (7), também como consequência de trabalho experimental, favorecem as incisões corneanas, que teriam, entre outras vantagens, as de: diminuir o trauma tecidual; respeitar o ângulo camerular; desencorajar prolapsos irianos; evitar hemorragias; dar menos reação post-operatória e menos astigmatismo.

A remoção das suturas esclerocorneanas merece cuidadoso estudo por parte de Curtin e Boyes (8), que o fazem do 11.º ao 14.º

a subluxação do cristalino sem trauma. Consiste em aplicar pressão ao lábio posterior da ferida às 10, 12 e 2 horas por meio de uma alça, sendo a subluxação ajudada por contrapressão executada com um gancho, no hemi-limbo inferior. O cristalino é extraído pelo processo da reviravolta.

O problema da extração de catarata em pacientes já portadores de uma cicatriz filtrante por terem feito uma operação anti-glaucomatosa, é considerado por Scheie (12), que prefere fazer incisão corneana perpendicular, superior, anterior à cicatriz.

Escuin Vera (13), em longo trabalho, faz minuciosa e entusiasta exposição da facoerisis de Barraquer. Realiza o elogio do pincel de pêlo de marta, para enxugar, limpar sangue, remover coágulos, aumentar ou diminuir o tamanho da pupila. Emprega a curarização. Não usa blefarostatos e sim afastadores mantidos pelo assistente, que retira o inferior no momento da fixação no limbo para executar a abertura da câmara com faca. Prefere incisão límbica recoberta com retalho proximal. Usa dois tipos de ventosa: oval e redonda. A oval, de mais fácil manêjo, é melhor indicada em cataratas de zônula frágil, enquanto a redonda o é em cataratas de zônula resistente e cápsula frágil.

Papolczy (14) fez 71 extrações de catarata em altos míopes, referindo perda de vítreo em 3 casos e descolamento da retina em 1.

INSTRUMENTOS

Paton (15) mandou angular a extremidade de uma pinça intra-capsular, de modo a poder realizar uma pegada horizontal na cápsula em baixo. Com tal instrumento, que também serve para fazer a pegada na parte superior, poderão os adeptos da extração pela reviravolta continuar a executá-la, beneficiando-se da maior firmeza proporcionada por tal pegada horizontal.

Goldberg (16) apresenta uma pinça com dois separados de 2 mm que, no seu dizer facilita a passagem da sutura na córnea.

Novos modelos de ventosas são apresentados separadamente por Silvan (17) e Noya (18), sendo que a deste último uso o vácuo feito por aspiração com a bôca. Este último autor usa dias. Empregam cocaína, fenacaína ou pontocaína em pó, diretamente sôbre as suturas, irrigando o excesso. Em certos pacientes

inquieta, usam também Demerol ou barbitúricos, além de acinesia. Um assistente retrae a pálpebra com os dedos ou com um afastador e o cirurgião, com pinça e tesoura de mola de ponta fina, começa a trabalhar. Tenta-se a retirada primeiro, com uso exclusivo da tesoura, que vem do lado temporal para as suturas temporais e do lado nasal para as do lado nasal. Se tiver de usar a pinça, esta é tomada horizontalmente e segura a sutura com um mínimo de pressão. Segue-se oclusão por 24 horas.

Barraquer Moner (9) descreve os resultados e a técnica do emprêgo da sêda virgem em 300 operações. O fio, muito fino, é obtido pelo enrolamento de seis fios diretamente desenrolados do casulo e unidos entre si por sericina. É aconselhável tingir o fio com azul de metileno para dar-lhe mais visibilidade no campo operatório. A sutura é córneo-escleral ou esclero-escleral, sendo recoberta por retalho conjuntival de base límbica, colado com solução de trombi-plasma.

A rutura direta da zônula foi praticada em 970 operações e os resultados são relatados por Brody e Henter (10). A extração foi intracapsular em 88% dos casos de alta miopia, em 93% das complicadas e em 66% das «patológicas».

Haik e Jimenez (11) descrevem, com base em experiências realizadas em 12 olhos enucleados, o método ideal para conseguir também um porta-agulhas pequeno, construído com a finalidade de manter os dedos do operador mais perto do globo, dando-lhe oportunidade de melhor apoiar a mão.

Ambrose construiu uma pinça destinada a facilitar a passagem corneana da sutura.

COMPLICAÇÕES

A intolerância pela hialuronidase é referida por King (19). O paciente manifestou considerável edema e tensão palpebrais quando já tinha sido aberta a câmara após injeção de novocaína e hialozima. Quarenta e oito horas depois o edema havia regredido. Quando da operação do segundo olho, usou a mesma injeção retrobulbar de novocaína, havendo o paciente tido edema palpebral tão intenso que se propagava até o queixo. O teste cutâneo foi negativo para novocaína e fortemente positivo para hialuronidase.

Dunnigton (20) estuda o problema da hipotonia após extração de catarata, distinguindo dois tipos de vasamento através a

incisão: um escoamento constante durante um curto período e um outro, intermitente, que reputa complicação séria. No primeiro caso, a câmara permanecerá rasa por uns 4 ou 5 dias, refazendo-se, em seguida, o que, se não acontecer, levará muito provavelmente a um glaucoma, com comprometimento corneano. No segundo, o olho cicatriza-se normalmente, mas, dentro de alguns dias começam a ocorrer crises de hipotonia e irritação, podendo seguir-se uveíte e perda do glôbo. Tal fato resulta da existência de pequeninos defeitos na incisão, que cicatrizam temporariamente para se reabrirem a intervalos. Para achá-los recorre-se a um teste do tipo do de fluoresceína sob pressão. O tratamento dos casos do primeiro tipo é, de início, conservador, seguindo-se fechamento cirúrgico da ferida e evacuação de líquido subcoroidiano; nos segundos, é preciso achar o ponto de vasamento, fechá-lo cirurgicamente e cauterizar.

Sobre o mesmo assunto escreve Lassiter, (21), que realiza uma esclerotomia posterior e uma injeção de ar. Faz incisão escleral de 3 a 5 mm meridionalmente, na região da pars plana, no quadrante em que o descolamento da cóide é maior. Escapa-se grande quantidade de líquido xantocrômico, após o que, injeta-se ar na câmara anterior por meio de uma cânula lacrimal ou de uma espátula de Randolph. Chandler (22) faz uma trepanação na esclera em vez de uma incisão e injeta ar através uma abertura feita com lança, em baixo. Guyton não é muito entusiasta de tais processos, conhecendo casos em que foram inoperantes.

Kreibig (24) operou com êxito 8 casos de cristalino luxado no vítreo, usando a seguinte técnica feita de retalho conjuntival, abre a câmara e faz uma iridectomia total; localiza o cristalino com o oftalmoscopia e, sob contrôle visual, introduz a alça por trás dêle, seguindo-se a extração.

CATARATA CONGÊNITA

As cataratas congêntas bilaterais completas são operadas (um dos olhos) com menos de 1 ano de idade por Chandler (25). Se nenhuma complicação ocorre, opera o segundo olho pouco tempo depois, mas se houver complicações graves, espera até a idade de dois anos. Sua conduta em relação as lamelares é esperar até os 4 ou 5 anos e, então, operar se a visão for abaixo de 20/50. Sua

operação de escolha nas opacidades densas é iridectomia, iridotomia inferior e extração linear, quer a pupila se dilate bem ou não pré-operatòriamente. Nas cataratas lamelares em crianças maiores os resultados são bons com qualquer processo, embora o A. prefira, ainda aquí, a extração linear.

As complicações post-operatórias mais comuns são, ainda para Chandler, uma abertura pupilar insuficiente, glaucoma secundário e descolamento da retina.

Cordes (26) estuda 56 olhos enucleados de pacientes anteriormente submetidos a operação para cura de catarata congênita. Em 71,6% dos casos havia sido feita discisão e em 72% das discisões estas haviam sido múltiplas. Num dos olhos tinha sido realizada uma «through and through» de (lado a lado) de Ziegler. Havia glaucoma em 46% dos 56 olhos, sendo que, em 75% a hipertonia se seguiu a uma ou mais discisões. A presença de uveíte, hemorragia intra-ocular, membrana ciclítica ou bloqueio pupilar pelo vítreo foram considerados como fatores corroborantes. No caso da discisão de lado a lado o glaucoma ocorreu por entumescimento da córtex e, subsequente, quando se tentou retirar as massas por lavagem, aconteceu infecção que levou à endoftalmite.

Houve 23 descolamentos de retina, sendo que 18 sucederam a discisão. É de notar que 37,9% dos olhos que tinham sido submetidos a discisões repetidas apresentaram descolamento da retina num prazo médio de 22,2 anos depois.

LENTE ACRÍLICA DE RIDLEY

Recupero (27) realizou 15 extrações extra-capsulares com inclusão da lente de Ridley, havendo sido necessário retirá-la em 5 casos. Alega resultados satisfatórios, sendo que o período de observação foi de 3 a 20 semanas.

Boerner (28) incluiu a mesma em 4 casos de extração intra-capsular, havendo, tôdas as vêzes, caído para dentro do vítreo. Em 13 extra-capsulares teve de fazer remoção em 2, e 2 vêzes teve de fazer discisão de membrana secundária. Só um olho teve visão corrigida de 20/20.

Um paciente de Finn (24) teve uma irite tardia e uma subluxação, com oclusão pupilar, havendo sido necessário realizar a

discisão da membrana. A visão final ficou sendo de 20/30 c/ correção.

Paiva (30) conseguiu visão de 20/20 c/ correção em dois casos de inclusão da lente de Ridley após extração extra-capsular. preferindo, entretanto a extração intra-capsular sem nenhuma inclusão, até que o processo se desenvolva.

Todos os 4 casos de Sauberman (31) tiveram severa irite que durou de 4 a 6 semanas, havendo sido necessário, em um dêles, fazer discisão de membrana na área pupilar. A visão final foi boa em todos. Na discussão deste trabalho, Piper relata 10 casos, sendo 6 com excelente visão final e má em 1, que atribue ao trauma anterior (tratava-se de catarata traumática). No caso restante houve formação de membrana em frente à lente. Ainda nos comentários, Goldman (32) sugere a possibilidade de que a uveíte que acompanha tais casos seja devida a traços do detergente usado na esterilização da lente.

Espildora Luque, Gormaz e colaboradores (33) referem 10 casos, sendo 6 bons, 2 duvidosos e 2 maus. Num dêstes a visão era de 1/20, havendo exsudato organizado e ectopia pupilar. No outro, após discisão, ficou sendo de 1/50. Posteriormente, Gormaz (34) apresenta os resultados tardios de dois casos, um dos quais teve luxação para a câmara anterior e, o outro, glaucoma secundário.

Um paciente de Jonkers teve de extrair a lente por apresentar oclusão pupilar, descemetite e glaucoma.

Rintelen e Sauberman (36) fazem meticulosa irrigação da lente com sôro fisiológico durante 30 minutos para livrá-la de qualquer vestígio da substância em que foi esterilizada. A êste respeito, informou o proprio Ridley que as próximas lentes fabricadas na Inglaterra já serão enviadas esterilizadas, prontas para uso. Aqueles dois autôres obtiveram de uma paciente de 70 anos, falecida de cancer, um olho em que, com sucesso, se havia praticado 18 meses antes, uma operação de Ridley. Antes da morte o olho não tinha glaucoma nem qualquer irritação. Existia um exsudato organizado limitado à superfície posterior da iris e adjacências, poupando a hialóide. Havia uma tênue aderência circular da iris ao trabeculum.

François e Rabaey (37) obtiveram o exame histopatológico

de um olho que, portador de l. de Ridley, manifestava, um ano depois da operação, visão corrigida de 0,9. Seguiu-se hipotonia e, finalmente, hipertonia não controlável, que levou à enucleação. Todo o vítreo estava ocupado por massa densa, cremosa; câmara anterior cheia de um coágulo acelular. Gonio-sinéquia total, tecido fibroso na íris, circundado por células do epitélio pigmentário. Restos lenticulares. Retina desorganizada na parte anterior. Concluem dizendo que as lesões dependem exclusivamente de reação exsudativa de intolerância à lente.

A respeito da tolerância aos plásticos pelos tecidos humanos, Ferreira (38) estuda histopatologicamente 3 casos de intubação lacrimal com tubo de resina acrílica, nos quais o tubo foi posteriormente retirado juntamente com o saco. Em 2, o exame revelou apenas reação fibrosa, mas em 1 houve verdadeira reação a corpo estranho, com células gigantes.

O estudo histo-patológico de 9 olhos enucleados após operação de Ridley mal sucedida revelaram uma densa membrana fibrosa envolvendo a lente. Em 3 havia células gigantes e eosinófilos, em todos, exceto um. O A. (Smith (39) sugere que o agente causador da reação fibrótica seja alguma substância aderente ou fazendo parte da lente acrílica. Admite a possibilidade de tratar-se do material esterilizante.

Patel (40) apresenta uma modificação técnica na colocação da l. de Ridley, que consiste em, após ter inserido parte da lente através da metade inferior da pupila, largar a pegada e completar a reposição com um jato de soro emanado de uma fina cânula lacrimal usada em conjugação com uma ondina.

Para obviar os perigos e as dificuldades da introdução da l. de Ridley, Palazon (41) usa, para tal fim, uma ventosa de borracha colocada na extremidade de um tubo metálico ligado a um aparelho de vácuo.

Dolcet (42) refere os resultados de sete casos em que usou a l. de Ridley: 2 tiveram de extrair a lente; 2 apresentaram esclusão pupilar e $V=0,1$; 1 ficou com $V=0,15$ e outro faleceu.

Vaz (43) não conseguiu seguir por muito tempo os seus casos, mas apresenta a visão que exibiam no post-operatório: 3 com visão de contar dedos e 2 com $V=0,5$.

Uma pinça recurvada de 90° na extremidade, apresentando

2 ou 3 dentes levemente rombos, é sugerida por Taher (44) com a finalidade de propiciar a introdução da l. de Ridley pelo lado temporal.

Parry (45) lamenta que, para a introdução da lente de Ridley seja necessário recorrer a uma extração extra-capsular com todos os seus inconvenientes, visto como as tentativas de colocação em operação intra-capsular terminam sempre em luxação para o vítreo. Para tornar possível o emprêgo da lente em extração intra-capsular inventou um artifício destinado a fixá-la: a parte superior da lente tem um tunel por onde passa um fio de tântalo que vai ter suas pontas colocadas em baixo da conjuntiva. Só realizou uma intervenção deste tipo, havendo feito iridectomia total. Houve oclusão pupilar, corrigida com iridotomia, logrando visão final de 1, com lentes negativas. Subsequentemente, o A. passou a insinuar o fio de tântalo na episclera.

Arruga (Alfredo) (46), em minucioso trabalho, frisa os três pontos fundamentais da operação: trauma cirúrgico mínimo, eliminação completa de resíduos corticais e respeito à integridade da zônula e da cápsula posterior. Considera importante o emprêgo de luz ultravioleta para bem realizar a eliminação de resíduos. Deu à pinça original de Ridley uma curvatura destinada a facilitar a colocação da lente em pacientes com uma arcada frontal muito saliente. Arruga (pai) usa uma pinça fina e sem dentes para colocar a parte superior da iris diante da lente.

As complicações no ato operatório consistem em: desinserção e desprendimento da cápsula posterior e dificuldade em repor a iris por falta de contração do esfíncter. No post-operatório imediato podem surgir: demora na restauração da câmara anterior; edema corneano que persiste por 5 a 6 semanas; irite que pode ser intensa se persistirem massas, levando à seclusão pupilar. Mais tardiamente podem aparecer: glaucoma secundário, catarata secundária, luxação ou subluxação da lente.

A visão é superior a 0,5 em 60 a 70% dos casos, sendo igual ou superior a 1 na metade destes.

O próprio Ridley (47) refere os resultados de uma análise dos seus pacientes operados em 1951, 1952 e 1953 e acompanhados até 1956: V=20/40 na metade dos casos; V=20/30 em um terço; 20/20 em um quarto, com uso de óculos fracos. Esta mesma sé-

rie de casos tinha, numa análise anterior, acusado melhor agudeza visual, explicando-se a diferença pelo aparecimento de complicações tardias sérias em alguns pacientes.

LENTE ACRÍLICA NA CÂMARA ANTERIOR

Usada por Strampelli desde 1951, oferece as seguintes vantagens:

1 — Possibilidade de ser colocada após extração intra-capsular.

2 — Facilidade de discisão de catarata secundária, se ocorrer, quando se tem feito extração extra-capsular.

3 — Possibilidade de inserir a lente numa segunda operação, o que permite medir o grau e encomendar a lente adequada.

4 — Possibilidade do seu emprego para a correção de ametropias com o cristalino *in situ*.

5 — Facilidade de sua extração caso sobrevenha complicação grave.

7 — Possibilidade de usá-la independente do estado da íris.

A lente de Strampelli (48) consta de um «corpo» retangular (4,5—5 mm x 11—12 mm) cuja parte central, porção óptica, é ocupada por um menisco de cêrca de 12 mm de raio. A extremidade inferior termina em ponta romba, enquanto a superior tem forma de ponta de colarinho também de terminação romba. Posteriormente o próprio autor modificou-a: a extremidade inferior termina-se romba, mas semelhante a um bisturí, com um lado reto e outro convexo; a outra modificação consiste em três orifícios no corpo da lente, destinados a facilitar a circulação do aquoso.

A lente de Scharf (49) tem dois pares de processos ligeiramente curvos que se apoiam no ângulo.

Salleras (50) usa uma lente que termina em ponta romba de colarinho em ambas as extremidades, referindo bom resultado em 4 casos.

Ignacio Barraquer (51) refere 105 casos em que usou a lente de Strampelli com resultados satisfatórios.

Barraquer Moner (52) relatou um caso com hipertonia produzida pela lente plástica, que bloqueava a pupila, sendo o tonus normalizado graças a uma ciclodiatomia. O mesmo autor (53), posteriormente, faz a avaliação de 35 doentes operados, com mí-

nima reação.

No excelente trabalho de Arruga (Alfredo) (46) estão relacionados os resultados colhidos por vários autores. Assim, Strampelli (1953-1955), com 7 casos, 5 dos quais puderam ser acompanhados: só um teve intensa reação, ficando, finalmente, com $V = 0,8$ c/+ 2 esf. Dois casos mostraram depósitos pigmentários fugazes. Bietti (1954), com 4 casos conseguindo visão próxima de 0,8. Baron, com 10 operados (1954), dois dos quais tiveram glaucoma; outras complicações foram depósitos de pigmento em ambas as faces da lente, pregas na Descemet, edema da córnea e leucoma. Scharf, com 12 casos, de visão igual ou superior a 1, com lente adicional não superior a 3,5 dioptrias.

Apollonio (54) emprega uma lente de três pés, sendo que nos casos em que também há glaucoma, um dos pés é construído de modo a se insinuar sob a conjuntiva: é a lente tripódica com pé fistulizante.

Olivares (55) nos dá uma ótima informação sobre os progressos que vão pela Europa: no intuito de evitar a reação post-operatória, Schreck está fazendo experiências com lentes vaporizadas no vácuo com diversas substâncias: Damheim tem 50 casos operados usando sua lente, que consta da parte óptica, sustentada por uma alça de «supramid» incluída tangencialmente nas bordas da lente. Não teve complicações e acredita diminuir com seu artifício o traumatismo camerular.

De uma comparação entre os resultados obtidos com a inclusão da l. de Riddley e com a inclusão de lente acrílica na câmara anterior somos levados à conclusão de que esta última tem fornecido resultados mais animadores. Se é verdade que o lugar ideal para uma lente acrílica que se propõe a substituir o cristalino é a fossa patelar; se é verdade que o apoio da lente camerular, traumatizando o ângulo, «martirizando a íris» como diria Reese, é convite ao glaucoma, não há, entretanto, como fugir à realidade dos fatos: as lentes acrílicas camerulares têm proporcionado menos complicações e dado resultados satisfatórios.

BIBLIOGRAFIA

- 1 -- KHORAZO, D. L. e GUTIERREZ, E. — Eye Infections Following Cataract Extraction. Am. J. Ophth. 41:981, Junho, 1956.

- 2 — PEARLMAN, M. D. — Prophylactic subconjunctival Penicillin and Streptomycin after Cataract extraction. A.M.A. Arch. Opth. 55:516, Abril, 1956.
- 3 — ALLENDE, F. P. — Aquinesia Peolngada del Orbicular de los Parpados en la Operacion de la Catarata. Arch. Oft. Buenos Ayres, 30: 480, Dezembro, 1955.
- 4 — RAMA, G. — Empleo del Curarre en la Anestesia Local. Estud. y Inf. Oft. 6:9, Abril, 1954.
- 5 — AVASTHY, P. — Myanesin Elixir in 150 Cases of Cataract Extraction. Brit., J. Opth. 39:623, Out. 1955.
- 6 — DUQUE ESTRADA, W. — Incisões e Suturas na Operação da Catarata. Tecc. Rio de Janeiro, 1955.
- 7 — CELESTE, J. e cols. — A Abertura da Câmara Anterior na Operação de Catarata com Lâmina Gillete. Rev. Bras. Oft. 4:439, Dez. 1955.
- 8 — CURTIN, B. J. e BOYES, T. L. — Removal of Sclerocorneal Sutures. Am. J. Opth. 42:421, Set. 1951.
- 9 — BARRAQUER MONER, J. — Notre technique actuelle de sutures du lambeau corneo-conjonctival dans l'operation de la cataracte Ann. 188:572, Jun. 1955.
- 10 — BRODY, M. e HENTER, K. — Observations in 970 Cataract Operations Performed with Direct Rupture of the zonula Fibers. Szemészet, 1:4, 1956.
- 11 — HAYK, G. M. e JIMENEZ, T. — The Mechanics of Intracapsular Cataract Extraction: Description of a Technic for subluxation of the Lens without Trauma. South Med. J. 49:209, Março, 1956.
- 12 — SCHEIE, H. G. — A Method of Cataract Extraction Following Filtering Operations for Glaucoma. A.M.A. Arch. Opth. 55:818, Jun. 1956.
- 13 — ESCUIN VERA, J. M. — Facoerisis de Barraquer. Est. y Inf. Oft. 7:4, Fev. 1955.
- 14 — PAPOLCZY, F. — Cataract Extractions on Highly Myopic Eyes. Ophthalmologica, 130:9, Julho, 1955. e Am. J. Opth. 41:178, Jan. 1956.
- 15 — PATON, R. T. — Intracapsular Forceps. Am. J. Opth. 38:564, Out. 1954.
- 16 — GOLDBERG, H. e GOLDBERG, B. — Corneoscleral Suturing Forccps. Am. J. Opth. 42:306, Ag. 1956.
- 17 — SILVAN, F. — Nuevo Tipo de Ventosa para Catarata, Accionada Mecanicamente. Arch. Soc. Oft. Hisp. Am. 15:659, Jul. 1955.
- 18 — NOYA, F.M. — La Operacion de la Catarata. Arch. Soc. Oft. Hisp.

- Am. 15:1311, Dez. 1955.
- 19 — KING, C. — Reaction to Hyaluronidase. Am. J. Ophth. 42:653, Out. 1956.
 - 20 — DUNNINGTON, J. P. — Hypotonia after Cataract Extraction Brit. J. Ophth. 38:38, Jan. 1956.
 - 21 — LASSITER, L. H. — Posterior Sclerotomy and Air Injection in the Treatment of Flat Anterior Chambers Following Cataract Extraction. Trans. Am. Ac. Ophth. Otolar. 60:587, Jul-Ag. 1956.
 - 22 — CHANDLER, P. A. — discussão do trabalho supra.
 - 23 — GUYTON, J. S. — idem.
 - 24 — KREIBIG, W. — Treatment of Lens luxation into the vitreous. Kl. Bb. Aug. 128:573, 1956. e Am. J. Ophth. 42:663, Out. 1956.
 - 25 — CHANDLER, P. A. — Surgery of Congenital Cataract with Special Reference to Complications of Surgery. A.M.A. Arch. Ophth. 56:161, Jul. 1956.
 - 26 — CORDES, F. C. — Failure in Congenital Cataract Surgery. Am. J. Ophth. 43: 1, Jan. 1957.
 - 27 — RECUPERO, C. — The Inclusion of the Ridley Lens after Extracapsular Cataract Extraction. Arch. di Ottal. 59:253, Out. 1955.
 - 28 — BOERNER, R. — The Implantation of the Ridley Lens Kl, Mbl, aug. 127:147, 1956 e Am. J. Ophth. 41:177. Jan. 1956.
 - 29 — FINN, C. B. — Ridley Lens Implant (case report) Louis. St. Med. Soc. J. 107:374, Set. 1955.
 - 30 — PAIVA, C. — Nossa experiencia com a Operação de Ridley. Rev. Bras. Oft. 13:137, Set. 1954.
 - 31 — SAUBERMAN, G. — Results of Acrylic Lens Implantation. Ophtalmologica, 129:247, Abril-Maio, 1955 e Am. J. Ophth. 41, 178, Jan. 1954.
 - 32 — GOLDMAN, H. — discussão do trabalho supra.
 - 33 — LUQUE, E. e cols. — Implante Intraocular de Cristalino Acrílico. Arch. Chil. Oft. 34: Jan-Jun. 1955.
 - 34 — GORMAZ, A. — Evolucion Tardia de Dos Casos de Cristalino Plastico Segun Ridley. Arch. Chil. Oft. 34:144, Ag.-Dez. 1956.
 - 35 — JONKERS, G. H. — Intraocular Acrylic Lenses. Excerpta Med. 9:40, Jan. 1955 e Ophtalmologica, 126:55, 1953.
 - 36 — RINTELEN e SAUBERMAN, G. — Meeting of the Swiss Ophth. Soc. em Am. J. Ophth. 42:491, Set. 1956.
 - 37 — FRANÇOIS, J. e cols. — Examen Hystopathologique d'un Oeil Operé de Cataracte avec Inclusion d'une lentille de Ridley. Ann. d'Oc.

- 189:923, Nov. 1956.
- 38 — FERREIRA, C. — São os Plásticos Perfeitamente Tolerados pelos Tecidos Humanos? *Arqu. Port. Oft.* 7, 2:49. 1955.
- 39 — SMITH, R. — Hystopathological Studies of Eyes Enucleated after Failure of Intraocular Acrylic Operations. *Brit. J. Ophth.* 40:473, Ag. 1956.
- 40 — PATEL, V. P. — The Ridley Intraocular Acrylic Lens (a simplified operative technique) *Brit. J. Ophth.* 37, 423, Jul. 1953.
- 41 — PALAZON, A. — Aportacion Técnica a el Procedimiento de Ridley. *Arch. Soc. Oft. Hisp. Am.* 13:386, Março, 1953.
- 42 — DOLCET, L. — Lente de Ridley. Casos Personales. *Arch. Soc. Oft. Hisp. Am.* 13:665, Jun. 1953.
- 43 — VAZ, C. — Contribuição para a Implantação da Lente de Ridley. *Arqu. Port. Oft.* 6, 1:50, 1954.
- 44 — TAHER, Z. — A new Forceps for Ridley's Operation. *Bull. Ophth. Soc. Eg.* 48:136, 1955.
- 45 — PARRY, T. G. W. — Modifications in Intraocular Acrylic Lens Surgery. *Brit. Ophth.* 38:616, 1954.
- 46 — ARUGA. FORGAS, A. — Los Plásticos en Oftalmología. *Arch. Soc. Oft. Hisp. Am.* 15:815, Julho-Agosto, 1956.
- 47 — RIDLEY, H. — Conferência na Soc. Bras. Oft. Jan. 1957.
- 48 — STRAMPELLI, B. — apud *Rev. Hosp. Clin.* 11:28, Set.-Out., 1956.
- 49 — SCHARF, H. — apud Arruga, F. A.
- 50 — SALLERAS, A. — Nuestras Primeras Experiencias con la Inclusion de Lentes Plásticas en la Cámara Anterior para tratar las Anisometropias y Grandes Ametropias. *Arch. Oft. Buenos Ayres*, 30:43, Jan. 1955 e Inclusion de Lentes Plásticas en Cámara Anterior para Corregir los Vicios de Refraccion *Arch. Oft. Buenos Ayres*, 33:187, Maio, 1955.
- 51 — BARRAQUER, J. — I Cursillo Internacional de Oftalmología Especial pag. 23, Barcelona, 1956.
- 52 — BARRAQUER MONER, J. — Lentes Plásticos de Cámara Anterior. *Estudios y Inf. Oft.* 6:15, Ag. 1954.
- 53 — BARRAQUER MONER, J. — Plastic Lens Insertion into Anterior Chamber *Congresso Oftalmológico de Oxford*, Julho de 1956.
- 54 — APPOLONIO, — apud Arruga.
- 55 — OLIVARES, M. L. — Lentes Acrílicas de Cámara Anterior para Correccion de Grandes Ametropias. *Arch. Chil. Oft.* 37:142, Jul.-Dez. 1956.