

De plus, si on adopte cette maxime, il n'est plus utile de faire un examen nasal. Or nous voulons encore une fois le dire, le traitement nasal n'est pas spécifique, il a une action inconstante mais certaine.

C'est pourquoi il faut toujours chercher la névrite rétrobulbaire sinusienne, faire un examen rhinologique soigneux, s'aider de radiographies. Mais ceci ne signifie pas que l'oculiste ne doit pas aussi faire un examen attentif de l'état général et du système nerveux pour chercher la syphilis, la sclérose en plaques, etc.

La conduite à tenir en présence d'un malade atteint de névrite rétrobulbaire est simple s'il existe une sinusite: il faut opérer les sinus. En cas contraire, il faut faire un traitement général anti-infectieux, et une thérapeutique nasale médicale (pulvérisations par exemple). Mais, si au huitième ou dixième jour, il n'y a pas eu d'amélioration, BALDENWECK (21), Sanford GIFFORD (31), VELTER conseillent d'opérer les sinus, car les résultats de l'intervention peuvent être bons quelques soient l'étiologie et la pathogénie de la maladie.

Quant au pronostic, il doit être réservé, même s'il existe une sinusite, même si la névrite optique guérit par la trépanation des sinus. En effet une infection neurotrope peut se manifester plus tard et il est actuellement impossible d'affirmer l'origine sinusienne véritable d'une névrite rétrobulbaire.

EXTRAÇÃO CAPSULO-LENTICULAR DA CATARATA, SEM MIDRIASE.

JOSÉ DE ALMEIDA REBOUÇAS — Vitoria — Est. do Espírito Santo

Todos os que militam na especialidade estão afeitos às multiplas variedades de técnicas para a extração intracapsular da catarata, por isto não lhe faremos referencia aqui, enviando, aqueles que delas se queiram inteirar, à magnifica obra de Saint-Martim — **L'extaction capsulolenticulaire de la cataracte** L

Não pretendemos originalidade. Nortea-nos, apenas, dar, de nossa modesta pratica, pequena contribuição àqueles que batalham com o mesmo fim: o aperfeiçoamento da oftalmologia.

Temos em nosso fichario mais de duas centenas de intervenções feitas com varios tecnicas e foi, dos ensinamentos em grande parte daí colhidos, que chegamos à sistematização que ora seguimos em nosso serviço.

Dividiremos nossa exposição em duas partes: a) o preparo do doente; b) a intervenção. A proposito de cada tempo operatorio, faremos os comentarios que virmos oportunos.

PREPARO DO DOENTE

Os exames estomatologico e otorinolaringologico são feitos sistematicamente, em busca de possiveis focos d infecção. Quanto aos demais focos, uretrais, uterinos, anexiais, etc., ficam na dependencia das informações anamnesticas, Se encontramos referencia na historia morbida do enfermo, enviamo-lo ao especialista. Nem sempre é possivel remover todos os focos. Em tais casos, são afastados os mais perigosos, protegendo o paciente com vacinas, sulfamida etc.. As dacriocistites cronicas são, como é classico, tratadas cirurgicamente, antes da intervenção. É obvio que o estado das conjuntivas merecerá cuidados, mórmente o exame bacteriologico, se houver secreção.

Grösz acha superflua a cultura bacteriologica "We find the making of bacteriologic cultures in every case superfluous, as the microscopic examination of smears usually suffices to reveal the apresence of an increased number of pyogenic and other pathogenic bacteria".

O exame clinico geral é indispensavel, como, tambem, o exame de urina, as reações sero-diagnosticas para sífilis, as taxas uremicas e glicemicas. Quanto à diabete, achamos que não constitue motivo de temor. Temos três casos, com sequencias post-operatorias normalissimas. Um deles constitue quasi que "record" de glicosuria: 1200 gramas em 24 horas. Este doente foi operado com 700 gramas de eliminação cotidiana, apesar de doses elevadas de insulina. Ao fazermos o primeiro curativo, o olho não parecia operado: pupila centrada e reagindo bem à luz, conjuntiva quase sem reação. Faleceu 3 meses depois, de tuberculose pulmonar, mas gosando de sua visão. Da mesma opinião é SAINT-MARTIN, quando diz: "De plus, il faut tenir compte du fait que les suites opératoire si simplifiées de l'extraction totale, le sont dune façon particulièrement frappante chez les diabétique, em règle générale, et l'iritis, si fréquente, si rebelle et parfois si grave après les opérations par kystitomie, est, ici, beaucoup plus rare et plus bénigne".

No que tange à hipertensão arterial, costumamos louvar-nos nas informações clinicas: se é irredutivel, operamos sem sangria previa, contrariamente à orientação de SAINT-MARTIN, porque temos verificado que, à hipotensão passageira, post-sangria, se segue uma elevação acima do nivel anterior. Verificamos que os vasos esclerosados, em tais pacientes, e sujeitos a uma pressão sistolica mais violenta, sangram com mais facilidade, mormete o momento da iridectomia. Mas isto não constitue empecilho, uma vez que cede às lavagens da camara anterior com soro quente — tal como se faz em neuro-cirurgia.

BARRAQUER attribue à colesterinemia e à elevação da taxa uremica um papel hemorragiparo, por isto, é prudente dosar esses elementos e prescrever um regimen hipoazotado antes da operação.

O enfermo será internado, de vespera, no hospital e ser-lhe-á dado um calmante debil: passiflorine ou similar. Melhor do que todos os calmantes valem as palavras do medico, procurando afastar de seu espirito qualquer temor, muito frequente em se tratando de órgão tão delicado. Uma vez adquirida a confiança no profissional, o paciente marcha para a sala de operações sem receios.

Os instrumentos são esterilizados em calor sêco, como recomenda Grösz. Para impedir a modificação da tempera do material cirurgico, o encarregado da esterilização faz permanecer o material durante 1 hora, sob 160 grãos de temperatura. Deste módo se evitam as temperaturas elevadas, que diminuem a vida dos instrumentos. Este processo é por nós utilizado, ha 3 anos, sem prejuizo e com inteira segurança.

Só não levamos à estufa, a faca, que é esterilizada por imersão em solução alcoolica de merthiolato a 1/50.000, durante, no minimo, meia hora, após remoção cuidadosa, com éter, da gordura que a protege.

Não utilizamos a camara de formól, como preferem Arruga e Paulo Filho, porque o material se oxida.

O campo é um retangulo de cretone 100/170 cents. Com estas dimensões não ha receio de, num movimento inadvertido, que as mãos do cirurgião ou de seu auxiliar, possam tocar qualquer parte não estéril. O campo tem duas perfurações, situadas a 50 centímetros de uma uma de suas extremidades. A perfuração maior méde 9 centímetros de diametro e corresponderá ao olho. A menor tem 4 cent. e dá passagem ao nariz. Esta abertura é importante, porque ha doentes nervosos que sentem feita de ar quando se lhe cobre o nariz.

A INTERVENÇÃO

1.º TEMPO. ANTISEPSIA — Lavagem do rosto com agua e salão, se possível estereis. Devemos friccionar com uma gaze, a pele, não só da palpebra, como a de toda a face. Os ciliós são cortados com uma tesourinha, untada com vaselina, para evitar sua queda nos fundos do sacco. Lavagem do globo ocular com sôro fisiologico morno. Em nosso serviço, usamos a solução fisiologica esteril, em frascos tubulados. Fazemos passar pelos fundos do sacco, cerca de meio litro de sôro. Instilação de algumas gotas de solução de merthiolato Lilly a 1/300. Usamos, durante muito tempo, a solução de mercurio crômo a 4%, em ampolas esterilizadas. Preferimos atualmente a solução de merthiolato, não só pelo seu maior poder como antiseptico — superior mesmo ao sublimado — como pela sua inocuidade para os te-

cidos. A antiseptia do campo é feita com a tintura de merthiolato, não só muito mais eficiente que a de iodo, como sem seus inconvenientes: idiosincrasia etc.. Empregamos, para a antiseptia das mãos, também uma diluição de tintura de merthiolato em álcool a 1/50.000. Por economia, preparamos 5 litros de cada vez e colocamos em depósito de vidro, com torneira, e só usamos a quantidade estritamente necessária. Geralmente dá para 60 intervenções.

2.º TEMPO, ANESTESIA — Seguimos, em linhas gerais, o método classico. Injetamos 1,50 cc. de solução de scurocaina a 4% no cône muscular, pela via transcutanea de Elschmig. Preferimos esta via à transconjuntiva de Lowenstein, porque, com esta, já tivemos dois hematomas orbitarios que, embora não sejam prejudiciais ao éxito da intervenção — que muitas vezes se protéla — causam perante o enfermo a sua “entourage” uma desagradavel impressão a respeito da pericia do cirurgião. Não são raros os casos em que se prorroga a intervenção e o enfermo desiste de operar-se com o mesmo operador, mormente na clinica civil. Além de usar-se uma agulha de bisél curta e fina, ela não deve ultrapassar 4,5 centímetros de comprimento, para evitar a lesão do nervo optico. Dentro do cône muscular, o nervo difficilmente será penetrado pela agulha, mas nas proximidades do canal, este perigo aumenta, porque o nervo não deslisa na ponta de agulha, devido à sua fixação às paredes do mesmo.

Duverger, em suas experiencias sobre o cadaver, conclue que a agulha de 3,5 cm., não pôde atingir o nervo. Removeu a parede temporal da orbita e observou que o nervo fôge, desviando, da ponta da agulha, devido à falta de apoio. A agulha ideal terá as seguintes dimensões: 3,5 cents., 6/10 de mm. de grossura e bisél curto. Com estas características e usando a via transcutanea, o perigo do hematoma orbitario se reduz ao minimo e a possibilidade de ferir o nervo optico ou a arteria oftalmica se reduz a zéro.

A anestesia da conjuntiva, fazemos por instilação de neotutocaina a 0,80%. A solução anestésica é posta em ampolas de 1 cc. e esterilizada. No momento é aspirada como uma seringa. Assim se evitam os frascos contagotas, nem sempre garantidos quanto à esterilidade. Da mesma maneira procedemos quanto à adrenalina milesimal.

Não fazemos a injeção no réto superior, senão nos casos de enoftalmia. As vantagens expressadas por alguns autores, parecem-nos descabidas. Nos olhos colocados profundamente na orbita, ha vantagem em descobrir-se a porção superior do limbo, sé de da incisão. Talvez a tenhamos praticado uma meia duzia de vezes, em todos os nossos casos. O olho em rotação para baixo difficulta, em vez de facilitar, a pegada do cristalino, uma vez que o cirurgião se coloca por trás da cabeça do doente. Nestas condições o raio visual do cirurgião tangencia a cornea do operado, em vez de cair perpendicularmente a ela, para facilitar a visibilidade da pegada.

Lendo o trabalho de Collin "Extraction de la cataracte" deparamos com um trecho que corrobora nossa opinião "Nous estimons inutile et superflue une injection spéciale pour neutraliser l'action du droit supérieur". Mais adiante diz "Para assegurar a imobilização do globo durante esta secção não pratico "sinão raramente, a fixação por um fio passado no réto superior".

A acinesia do orbicular é feita por uma injeção de novocaina a 2%, adrenalinada. A agulha penetra a 1,5 cents, para trás do angulo da orbita — facilmente sentido pelo dedo — e se dirige obliquamente para cima, numa extensão de 5 centímetros. À medida que a agulha caminha no tecido celular subcutaneo, o líquido é injetado. A agulha é puxada sem ser retirada e de novo introduzida para baixo, tambem obliquamente, até a bórda inferior do malar. As linhas de infiltração formam um angulo obtuso aberto para a frente. Fig. 1.

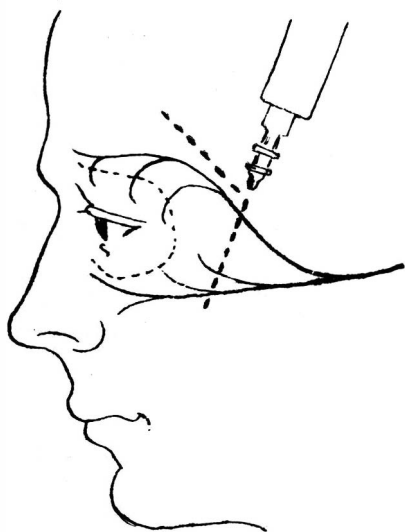


FIG. 1

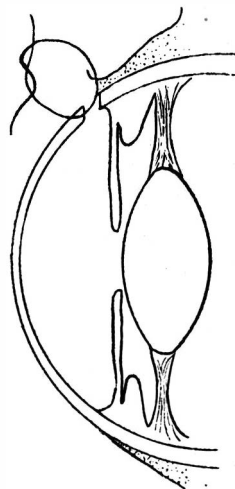


FIG. 2

Evitamos aproximar a infiltração tanto da palpebra inferior como da superior, para que não se produza o edema dessas duas estruturas, o que dificultaria os tempos operatorios. A tecnica de Van Lint apresenta este inconveniente. Usamos a solução a 2% em vez de 1% porque a impregnação das fibras motoras pelos anestésicos é mais difícil que a das sensitivas. Ao todo, injetamos 6 cc. de anestésico — 3 na parte superior e 3 na inferior. Assim ficam bloqueados os filetes que se dirigem ao orbicular, tanto os que se desprendem diretamente do temporofacial e vão à porção superior do musculo, como os que dima-

nam do ramo geniano daquele mesmo tronco. Para terminar a anestesia, fazemos um pequeno botão anestésico no centro da bórda da palpebra superior, para receber o fio de fachamento das palpebras. Este fio é indispensavel — por isto consta de quasi todas as tecnicas modernas — mórmente quando se faz a acinesia. Com o olho anestesiado e o orbicular atonico, facilmente o penso se atritaria com a córnea.

3.º TEMPO, CERATOTOMIA -- Fazemos a incisão da córnea introduzindo a faca às 10 horas e saindo às 2, para o olho direito. Para o olho esquerdo a faca é introduzida em sentido contrario. Com esta incisão a abertura corresponde a 1/3 da circunferencia da córnea, em vez de metade. A incisão é aumentada com uma tesoura curva e romba até 9 e 3 horas.

O aumento da incisão, segundo faz Castroviejo com tesoura de sua autoria, é para evitar que a faca córte a iris ao se escapar o humor aquoso. Este acidente é possivel, por não estar a pupila dilatada.

O aumento da incisão, aparentemente difficil para quem não está afeito à cirurgia da catarata, não o é para o cirurgião que já tenha alguma pratica. Um bom processo de praticá-la é nos casos de evisceração. Podemos assim nos habituar a fazer o córte precisamente limbico.

É necessario que a tesoura esteja bem amolada para evitar a mordedura da córnea e permitir um corte limbico uniforme. A ponta romba evita a abertura da cristaloide por transfixão da iris.

Muitas vezes, após a incisão, a iris prolapsa na ferida operatoria. Aconselhamos a não repo-la com a espatula e sim com a alça de Snellen. A espatula fere a iris inutilmente. A alça não traumatiza e a reposição é mais rapida e facil.

4.º TEMPO, PASSAGEM DOS FIOS — Fazemos 3 pontos com agulha fina e fio 4 zéros: às 12 - 10 e 2 horas. O material atraumatizado de Castroviejo, fabricado por Davis & Geck, Inc., é excelente. As agulhas são presas aos fios, não havendo resalto, devido à duplicação dos fios, como acontece nas suturas comuns. Isto é de grande importancia, uma vez que não traumatiza o tecido corneano. É verdade que o preço é elevado: cada tubo, com dua sagulhas, custa 18\$000. Esta pequena desvantagem é compensada pela perfeição do material. A agulha atravessa metade do parenquima corneano e depois a conjuntiva e episclera, fig. 2. (esquem.)

As alças ficam frouxas para permitirem a passagem do cristalino. A sutura tripla permite uma coaptação perfeita das bórdas da incisão, evitando a hernia da iris e facilitando a reforma da camara anterior. Não se deve fazer os pontos de sutura antes da ceratotomia, porque difficultam esta, e depois, porque possibilitam — devido à força de penetração das agulhas — a perda de vitreo. Mc Lean faz o ponto

central corneo-escleral, isto é, a agulha atravessa a borda escleral superior da ferida.

5.º TEMPO, IRIDECTOMIA — A iridectomia periferica é feita com pinça sem dentes. As pinças dentadas apresentam a desvantagem de abarcarem maior porção de tecido, abrindo iridectomias maiores do que desejamos. As pinças sem dentes oferecem a possibilidade de se fazer orifícios punctiformes. Este tempo operatorio é facilitado em mão se dilatando a pupila, uma vez que permite a abertura da iris o mais proximo possível de sua raiz, escondendo a iridectomia atrás do limbo. Quanto às vantagens de tal pratica, basta que cite-mos as palavras de Kalt "Le nombre des hernies diminue; mais il fallut en arriver à pratiquer une petite fenêtre a la périphérie de l'iris pour voir le nombre de ces accidents devenir insignifiant". O mecanismo de ação da iridectomia, admitido por todos, é facilitar a passagem do humor aquoso da camara posterior à anterior, ao mesmo tempo afastando a raiz da iris da incisão, em vez de força-la a intrometer-se na ferida, herniando-se.

Este tempo que se tornara, às vezes, difficil de executar-se, em consequencia da dilatação da pupila, obrigando-nos a usar truques para apreender a base da iris, torna-se facilimo quando não se dilata a pupila.

6.º TEMPO, EXTRAÇÃO — Este tempo é executado tal como aconselha Arruga. Empregamos o ultimo modelo de sua pinça, que apresenta sobre o antigo, a vantagem de maior abertura do angulo formado pelos braços de preensão e de pegada, e pela forma da ponta, que permite mais facil penetração sob a iris. Uma vez na camara anterior a ponta da pinça — fechada — introduzida por baixo da iris e apreende o cristalino o mais proximo possível do equador, região onde a capsula apresenta sua maior espessura e, por conseguinte, resiste melhor às trações. Os movimentos de lateralidade, feitos com calma e segurança, são, logo que se sente a ruptura da zonula e a luxação do cristalino, combinados com a tração. Quando a borda da lente chega ao orifício pupilar, o gancho exerce pressão na borda inferior da cornea e acompanha o percurso do cristalino até sua saída.

O mais importante, neste momento, é calma e movimentos executados com segurança e sem pressa. Não ha oculista que não se emocione ao sentir que a lente se deslôca e sai, prêsna de uma pegada segura. Basta um pouco de precipitação para inutilizar o exito do principal tempo operatorio que, felizmente, na maioria dos casos, não tem outra consequencia, que a de transformar um tempo simples e elegante, numa caça aos fragmentos lenticulares perdidos na camara anterior ou presos ainda à zonula.

Ha cataratas que resistem galhardamente às trações mais violentas sem se romperem e outras que se rompem até com a preensão.

É interessante como o cristalino sai facilmente através da pupila estreitada, que se abre para lhe dar passagem e se fecha após sua saída, impedindo a perda do vitreo, permitindo a obtenção imediata de uma pupila redonda e centrada, mantida sem dificuldade pela eserina. Se a iris não se reduz, devemos pensar na hernia do vitreo na camara anterior, muitas vezes com integridade da hialoide. Por isto é prudente não empregar a espatula para a reposição da iris, mas a alça de Snellen. A primeira facilmente ferirá a hialoide e o vitreo se escapará. Recomendamos que antes de tentar a redução com a alça, se faça delicada massagem, através da paiebra, ao nivel da incisão. Esta manobra reduz a grande maioria das iris deformadas, após a extração da lente.

7.º TEMPO, FECHAMENTO DA INCISÃO — Ao ajustarmos os pontos, não devemos apertar demasiadamente para evitar que cortem o tecido corneano. Apertamos primeiro o ponto central e depois os laterais. Com a ponta da espatula revira-se a borda da conjuntiva, procurando afastá-la da incisão, para não deixar que penetre na camara anterior, onde o epitelio póde proliferar, em forma de cistos epiteliaes, que exigem remoção cirurgica ulterior.

Retiramos os coagulos porventura presos aos labios da ferida e instilamos uma gota de eserina oleosa a 1%. O Dr. Paulo Filho prefere a pilocarpina, visto responsabilizar a eserina como causa dos vomitos pos-operatorios. Acho que devemos ligar os vomitos — que nunca registamos em nenhum de nossos casos — a alguma causa inteiramente individual. Continuamos a preferir a eserina, após 8 anos de uso, pelo seu efeito muito mais energico, garantindo a manutenção da mióse.

Se a pupila ainda não se reduziu é conveniente aguardar alguns minutos afim de verificar se a mióse se faz regularmente. Na maioria dos casos a pupila já está redonda e central.

8.º TEMPO, PENSO — Sempre fizemos o penso com faixas de esparadrapo estiradas de tempora a tempora. Quando visitamos, ultimamente, a clinica do Dr. Paulo Filho, vimos este illustre especialista empregar uns curativos de esparadrapo, que logo chamaram nossa atenção, por serem praticos, simples e faceis de remover. Com um pedaço de esparadrapo de 5 centimetros de largura cortamos o penso de acordo com o modelo das fotografias 3 e 4. Os dois pensos, um em cada olho, reúnem-se sobre o dorso do naris, dando a apparencia de um só binocular.



FOTO 3

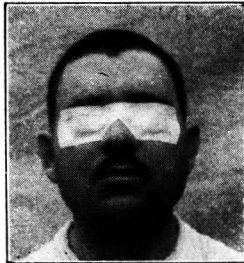


FOTO 4

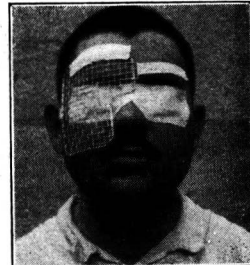


FOTO 5

A vantagem em se colocar dois monoculares em vez de se cortar um inteiro, é que podemos inspecionar o olho operado, 24 horas depois, sem sermos obrigados a descobrir o não operado. Por cima do penso, colocamos a tégua metálica protetora (foto 5). Costumamos abrir o curativo sempre após decorridas 24 horas.

As lentes opacificadas são recolhidas em 50 cc. de solução de fenol a 0,50% (esteril). Quando temos recolhido 20, enviamos ao laboratório, que as desagrega, num gral, filtra em gaze e divide em ampolas de 2 cc., esterilizando por tindalização. Estas ampolas são empregadas, em injeções subcutâneas, em dias alternados, de 0,50, 1 e 1,50 cent. cúbicos, nos casos de ruptura da capsula. Com esta medida temos evitado e encurtado as reações da fáco-anafilaxia. A primeira injeção é feita logo após a intervenção. Costumamos empregar, também, nos doentes já operados de um olho, como tratamento pre-operatório, dissensibilizante. Assim procedemos, há 2 anos, de acordo com os estudos Verhoeff, Burky, Wood, Gifford Selinger, etc.

De todos os métodos por nós praticados, inclusive o electrodiáfono de Lacarrère e o erisífono de Arruga (canêta), é esta sistematização atual sem midriase, que nos tem dado maior uniformidade de resultados.

Rendemos aqui nossa homenagem ao eminente oftalmologista patricio e particular amigo, o Dr. Paulo Filho, de cuja técnica tiramos a **não dilatação da pupila**. Contamos já 13 casos operados sem MIDRIASE e todos com resultado visual bom, dependendo de ulterior correção, pupila redonda e centrada e sem complicações post-operatórias. Dois, apenas, apresentaram pequeno acidente facilmente removido (Observação 7 e 10); assim mesmo não dependendo da técnica.

OBSERVAÇÕES

- 1) O. F. 74 anos, casado, brasileiro, lavrador, residente em Pau Gigante — Espírito Santo.

Diagnostico: Catarata senil O. D.

Operação: Em 27-IV-42 foi feita a intervenção, de acordo com a tecnica supra. A intervenção correu sem anormalidade. Camara anterior reformada, 24 horas após. Reação conjuntival insignificante. Foi feita a correção optica, provisoria, com $\div 10$ combinado com $\div 2$, eixo 10° . Com esta correção obteve visão igual a 0,7.

- II) F. C. 34 anos, casado, brasileiro, lavrador, residente em Santa Thereza — Espirito Santo, branco.

Diagnostico: Catarata cupuliforme. Arriboflavinóse. A face posterior do cristalino, vista à lampada de fenda, se apresentava como uma abobada marchetada com milhares de madreperolas. Lesões labiais, linguais e palpebras, típicas da deficiência de riboflavina. Pre-operatorio com lêvedo.

Operação: (10-IV-42) O. D. Foi feita a extração, sem midriase, de acordo com a tecnica descrita.

Sequencias operatorias e post-operatorias normais. Visão, com $\div 9$ combinado a $\div 1,50$ eixo 30° , igual a 0,9.

- III) M. S. 73 anos, italiano, lavrador, residente em S. Thereza (Espirito Santo).

Diagnostico: Catarata senil O. D.

Operação: — em 13-IV-42. Sem midriase.

Post-operatorio normal com pupila bem centrada, e camara reformada 24 horas depois.

Visão 0,5 com estigmatismo de 6 dioptrias de eixo 160° . Creemos que dentro de 6 meses, com a redução do astigmatismo, a visão se aproxime do normal. Em se tratando de doentes do interior, lavradôres, muitas vezes residindo muito longe, ha dificuldade em se fazer a correção tardia, quando melhor se pôde aquilatar do resultado funcional.

- IV) M. S. 63 anos, brasileira, viuva, domestica, residente em Victoria.

Diagnostico: miopia de 15 dioptrias bilateral e coroidóse miopigena.

Visão, após correção, de 0,3.

Propuzemos a retirada do cristalino de um olho. A paciente concordou.

Operação: De acordo com a tecnica supra.

Visão, com — 1,50 combinado a — 2 — 110° , igual a 0,6.

Esta intervenção veio nos provar que a retirada do cristalino, não oferece dificuldade. Achamos dispensavel a lampada ultravioleta, para tornar o cristalino fluorescente, uma vez que, a pinça estando sob a iris, a pegada se fará como se estivéssemos vendo a lente.

- V) M. C. F. — 70 anos, casado, brasileiro, operario, branco, residente em S. Torquato (Vitoria).
Diagnostico: Catarata senil a direita e incipiente a esquerda. Operação, em 8-6-42. Sem midriase.
Post-operatorio normal. Pupila centrada.
Visão, correção provisoria, igual a 0,6. Astigmatismo de
- VI) M. F. 54 anos, branco, lavrador, casado, brasileiro.
3 dioptrias.
Operação sem midriase. Visão 0,7 com 2,50 dioptrias de astigmatismo.
- VII) J. R. F. 60 anos, solteiro, brasileiro, branco, lavrador, residente em Cariacica. (Espírito Santo).
Diagnostico: Catarata senil O. D.
Operação sem midriase. Ao fazermos o curativo, 24 horas após, constatamos pupila centrada e camara refeita. No momento em que aplicavamos a pomada de oxido amarelo de Hg, como é do nosso habito, o doente apertou fortemente a palpebra, descolando a ferida e produzindo uma pequena hernia da iris. Não fizemos a resecção. Anestesiamos o olho com neotucaina e fizemos aplicação de acido tricloroacetico glacial. As aplicações foram feitas de 2 em 2 dias, até completa redução. Em 15 dias o olho estava sem reação e com a pupila em pêra. Visão final, corrigida, igual a —, a despeito do astigmatismo de 5 dioptrias.
- VIII) V. R., 46 anos brasileiro, lavrador, solteiro, residente em Colatina (Espírito Santo).
Diagnostico: Catarata senil O. D. e leucoma calcificado O. E.
Operação sem midriase.
Post-operatorio normal.
Visão igual a 0,8. Astigmatismo de 2 dioptricas.
- IX) B. R. 60 anos, branco, brasileiro, casado, lavrador.
Diagnostico: Catarata senil - bilateral.
Operação sem midriase O. D.
Post-operatorio normal. Visão igual 0,7 com astigmatismo de 3 dioptrias.
- X) H. L. branca, 23 anos, solteira, residente em Cavalinho (Espírito Santo).
Diagnostico: Catarata patologica, post-coreoretinite, O. D.
Esta paciente era portadora de extensas lesões coreoretinianas em ambos os olhos. E' nossa cliente ha 5 anos. As lesões ci-

catrizaram com tratamento antiluetico. Como apresentasse bôa localização luminosa, resolvemos opera-la.

Operação: Fizemos, alguns dias antes, a dilatação da pupila para verificar se havia sinequias. A face posterior da membrana se achava aderente em varios pontos. Prevendo as dificuldades e a probabilidade de perda do vitreo, como segurança, resolvemos operar sem midriase. Ceratotomia, descolamento das aderencias com a espatula. Pegada da lente e movimentos de lateralidade e tração que duraram cerca de 2 minutos. Finalmente desprendeuse a lente e verificamos que tinha uma capsula de grande espessura, contendo um nucleo diminuto. A pupila ficou deformada, revelando hernia do vitreo. Tentamos repor, mas o vitreo ameaçou de sair. Fizemos massagens e ajustamos os pontos. No primeiro curativo, constatamos que pequena aureola de iris aparecia entre o ponto de 10 e o de 12 horas. Aplicamos acido tricloroacetico.

Redução completa em 8 dias. Não houve post-operatoria.

Visão igual a 0,4 com correção, melhor que o olho não operado, onde ha grande lesão macular.

- XI) K. S. 51 anos, siria, branca, residente em Colatina.
Diagnostico: Catarata diabetica O. D. Havia glicemia de 1,250/00 e eliminação de 50 gramas pela urina.
Operação: sem midriase. Post-operatorio normal. Visão igual a 0,9 com astigmatismo de 2,50 dioptrias.
- XII) J. S. 72 anos, branco, brasileiro, residente em Vitoria.
Diagnostico: Catarata senil O. E.
Operação sem midriase. Visão igual a — com astigmatismo 2 dioptrias.
- XIII) A. F. S., 66 anos, casado, parido, lavrador, residente em Colatina.
Diagnostico: Catarata senil O. E.
Operação sem midriase. Visão 0,7 com astigmatismo de 3,50 dioptrias.

S U M M A R Y

The author describes the systematization, followed by him, in his clinic, of intracapsular extraction of cataract, without midriasis.

He emphasizes the following points:

- a) the akinesia, made, as is drawn in the first picture;
- b) the peripheral iridectomy, made with a teethless forceps, to prevent the excessive openings, almost impossible to control with a toothed one;
- c) the points of suture made after keratotomy;

- d) operation without midriasis; finally, the dress, easy to remove, light and nice. The author presents 13 observations of operations made with his actual systematization.

B I B L I O G R A F I A

- M E. KALT — Mon procédé opératoire de la cataracte senile. *Annales d'oculistique* — Agosto de 1934.
- V. CERCHEZ — Catarate senile, iritis plastique — post opératoire. Moyens d'éviter cette complication. *Annales d'oculistique* — Maio de 1934.
- HENRI Lapauje — Commentaires sur cent cinquante essais systématiques d'extraction intracapsulaire du cristallin cataracté. *Annales d'oculistique* — Dezembro de 1935.
- L. COLLIN — L'extraction de la cataracte dans sa capsule. *Annales d'oculistique* — Janeiro de 1936.
- HENRI Lapauje — L'extraction pneumatique du cristallin par rupture zonulaire — *Annales d'oculistique* — Junho de 1937.
- R. DE SAINT MARTIN — Sur la technique de l'extraction totale de la cataracte à la pince. *Annales d'oculistique* — Novembro de 1937.
- A. ELSCHNIG — Intracapsular extraction in Highly myopic eyes. *Archives of ophthalmology* — Janeiro de 1934.
- EMILE DE GROSZ — Extraction of cataracts — *Archives of ophthalmology* — Janeiro de 1934.
- LEIGHTON F. APPLEMAN — Intracapsular cataract extraction by the Knapp Method as compared with the classic procedure. *Archives of ophthalmology*. — Agosto de 1935.
- ELIAS SELINGER — Effect of extract from cataractous human lenses on senile cataract. — *Archives* — Janeiro de 1936.
- S. JUDD BEACH and W. R. Mc ADAMS — Intracapsular extraction of cataracts in the average practice. *Archives of ophthalmology* — Janeiro de 1936.
- ARNOLD KNEPP — Certain aspects on the intracapsular extraction of cataract by forceps. *Archives*. — Setembro de 1936.
- WALTER MOCHLE — Cataract extraction through a vertical conjunctival slit. *Archives* — Outubro de 1936.
- JESUS GALINDEZ Y RIVERO — Tratamiento de la cataract senil. Madrid — 1931.
- NICOLINO REBELLO MACHADO — Extração intracapsular ou total da catarata pelo erisífacio de Barraquer. Trabalho apresentado na Santa Casa de Santos — Outubro de 1936.
- H. ARRUGA — A extração total da catarata — *Hora Medica*.
- SAINT MARTIN — L'extraction Capsulo-lenticulaire de la cataracte. *Masson et Scienza*. Edt. 1935.
- W. BELFORT MATTOS — *Cirurgia ocular*. Tomo 1 — 1931.
- DUVERJER ET VELTER — *Thérapeutique chirurgicale Ophthalmologique*. — *Masson et Cie*. Edt. 1926.
- A. POULAR — *Traité d'ophtalmologie*. *Masson et cie*. Edt. 1923.
- F. TERRIEN — *Chirurgie de l'oeil et de ses annexes*. *Masson*, 1927.
- WIENEH ALVIS — *Surgery of the eye*. *Saunders Company*. 1939.
- SPAETH — *The principles and practice of Ophthalmic surgery*. *Lea & Febiger Philadelphia* — 1941.
- GABRIEL DE ANDRADE — Extração intracapsular pelo erisífacio — 100 operações.

W. BELFORT MATTOS — Vinte anos de cirurgia da catarata. Arquivos de Oftalmologia — 1940.

WALTER S. ATKINSON — Retrobulbar injection of anesthetic within the muscular cone. Archives of Ophthalmology. Setembro, 1936.

DACRIOSTOMIA E CANALICULO-RINOSTOMIA (*)

DONATO VALLE — Vargina - Est. Minas Gerais.

Exmo. Snr. presidente da Academia Nacional de Medicina.

Meus senhores.

Ao usar da palavra perante a mais douta associação médica do Brasil, desejamos, preliminarmente, agradecer a honra insigne que nos foi concedida de ocupar esta tribuna, tantas vezes enaltecida e abrilhantada por nomes ilustres e pelas palavras eloquentes e autorizadas dos grandes mestres da medicina do nosso país e do estrangeiro.

Inscrito para falar nesta sessão, com imenso prazer e satisfação aqui nos achamos, para expor aos eminentes membros da Academia de Medicina os resultados dos nossos estudos comparativos, as consequências das experiências que realizámos e as conclusões a que chegámos quanto ao debatido e nunca solucionado problema da cirurgia das vias lacrimais, capítulo importantíssimo da cirurgia especializada e assunto de longa pendência entre oculistas e otorrinolaringologistas.

Depois de havermos estudado e praticado os principais processos preferidos pelos oculistas e otorrinolaringologistas para curar as dacriocistites e os lacrimejamentos simples, sem preferência sistemática por qualquer deles, reconhecendo, em todos, vantagens e desvantagens apreciáveis, chegámos a concluir que o melhor processo seria aquele que, atendendo ao maior numero de indicações, oferecesse as maiores vantagens, sobresaindo entre elas, as seguintes:

- a) A cura rápida fisiologica das dacriocistites e lacrimejamentos simples, com o mínimo de traumatismo das vias lacrimais e dos órgãos vizinhos e com o mínimo de recidivas.
- b) A ausência de vestígios post-operatórios que atentassem contra a estética e a possibilidade da repetição do mesmo processo ou doutro qualquer, nos casos de insucesso.

(*) Comunicação a Academia Nacional de Medicina. Sessão de Agosto de 1942.