

Í N D I C E

Editorial	117
Metodo Operatorio per la Estrazione di Cisticerco dal Vitreo Emilio Raverdino	119
Hemofalmo — Complicação pós-operatória da catarata Jorge Cavalheiro Wilmersdorf - José Lucas de Souza	131
Fistulização antiglaucomatosa pela técnica de Scheie Dantas Coutinho	141
Cirurgia da catarata — Técnica que dispensa assistente Oswaldo C. Cardoso de Mello	159

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Posse da nova Diretoria	177
Discurso do Dr. Marcello Martins Ferreira	177
Discurso do Dr. Afonso Fatorelli	180
Relatório da Diretoria presidida pelo Dr. Marcello Martins Ferreira	181
Nossas últimas sessões	190
Novos sócios	191
Diretoria de Cursos — 1965	191

VÁRIAS

Associação Bahiana de Medicina — Seção de Oftalmologia	194
Congresso Pan Americano de Oftalmologia do Rio de Janeiro	197
Escola Médica do Rio de Janeiro	203
Escola de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas	204
Sociedade de Oftalmologia do Ceará	204
Departamento de Oftalmo-Otorrinolaringologia da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora	204
Associação Bahiana de Medicina — Seção de Oftalmologia	204
VII Congresso Chileno de Oftalmologia	205
XX Congresso Internacional de Oftalmologia	205
Informações sobre o XX Congresso Internacional de Oftalmologia	205
Delegação Brasileira ao XX Congresso Internacional de Oftalmologia	207

LIVROS NOVOS

Pterygium Throughout the World — Malcolm E. Cameron	209
Contact Lens Practice — Robert B. Mandell	210
Les Lentilles Cornéennes A Courbures Physiologiques — François de Lesdain	210
The Rabbit in Eye Research — Jack H. Prince	210
Parsons' Diseases of the Eye — Sir Stewart Duke-Elder	211
Clinical Surgery — The Eye — Sir Stewart Duke-Elder	211
1964/1965 Year Book of Ophthalmology — William F. Hughes	212

EDITORIAL

Faz dez anos, precisamente, escrevia Evaldo Campos ao apresentar a então moderna Revista Brasileira de Oftalmologia: “Fica lançada a sorte. O futuro nos dirá se acertamos”.

Com este número iniciamos mais uma fase de progresso cujo dinamismo se exterioriza pela renovação de roupagem, de técnica; pelo desejo de ser mais atuante ainda.

Desejamos que esta publicação seja estímulo e veículo de trabalhos de alto padrão científico, pois, assim, estaremos cumprindo programa traçado pela nova Diretoria da S.B.O.

Para isto contamos com a assistência das Cátedras de Oftalmologia que terão nossas colunas abertas à divulgação das atividades que ali se exercerem. É imprescindível, também, a colaboração de todos os Colegas, membros ou não de nossa Sociedade.

Evaldo Campos, Jonas Arruda, Luiz Eurico Ferreira e Murilo Fontoura Carvalho constituem o atual Corpo de Redatores. Conhecemo-lhes o zelo, a dedicação, a eficiência profissional.

Joaquim Gomes de Campos, Diretor-Presidente de “Laboratórios Cissa”, ao dar apoio financeiro às nossas pretensões, o faz com entusiasmo — médico que é — e cumpre disposições estatutárias daquela organização.

A Revista aí está. Das sugestões que nos enviarem, da participação efetiva que se observar, da reunião de esforços que se conseguir, dependerá o engrandecimento deste órgão, “patrimônio científico da oculística brasileira”.

D. D. A.

Revista Brasileira de Oftalmologia

DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Vol. XXIV

Junho de 1965

N.º 2

CENTRO INAM PER LA CURA DEI TUMORI ENDOBULBARI E DEI DISTACCHI
DI RETINA COMPLICATI.

DIVISIONE OCULISTICA DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

METODO OPERATORIO PER LA ESTRAZIONE DI CISTICERCO DAL VITREO.

Considerazioni Sulla Etiopatogenesi dei Distacchi di Retina Secondari e Tardivi

PROF. EMILIO RAVERDINO — Primario

Per il passato l'estrazione di un cisticerco sottoretinico per via transclerale poteva rappresentare un atto operatorio di sorprendente abilità; esso, ai giorni nostri, ha perso ogni carattere di prestigiosità, abituati come siamo alle esatte individuazioni delle rotture retiniche ed alle moderne operazioni per distacco di retina e per i tumori endobulbari.

A facilitare il trattamento della cisticercosi oculare è intervenuta ultimamente anche la fotocoagulazione, utile mezzo (HILTON ROCHA) per uccidere in loco il cisticerco sottoretinico attuando quello che già aveva proposto TSCHERING di uccidere il cisticerco con la luce del sole.

È da ritenere che al giorno d'oggi il cisticerco, situato in camera posteriore, possa essere facilmente estratto chirurgicamente, tenuto conto che alcuni particolari tumori, alloggiati nella regione del corpo ciliare, possono essere facilmente enucleati con la conservazione del bulbo e della funzione visiva.

Pertanto il vero problema chirurgico ancora insoluto è rappresentato dalla estrazione del cisticerco intravitreale; dato e concesso che non può essere considerata una vera metodica chirurgica la apertura delle membrane contentive del bulbo e la successiva pesca fortuita del cisticerco, libero nel vitreo, a mezzo di una pinza.

Alcuni AA. per il passato pensarono che una buona soluzione del problema fosse la uccisione del cisticerco e che la morte dell'animale potesse rappresentare una utile tappa nella cura della cisticercosi oculare. BARDELLI infatti usò il sublimato,

DE WECKER usò la corrente galvanica, LAGRANGE una tecnica quasi uguale, CHAVEZ l'iniezione di felce maschia e CHIBRET del cianuro di mercurio all'1/500. Ma purtroppo il cisticerco morto nel vitreo è ben presto causa di così cospicui processi infiammatori che la enucleazione dopo un pò di tempo diventa necessaria. Ciò è tanto vero che BIANCINI, dopo avere esaminato nel 1930 una numerosa casistica, era del parere che non solo non bisogna uccidere il parassita nel vitreo, ma neanche tentarne la estrazione, fintantochè il parassita fosse in vita. Questo pessimismo è ancora ribadito nel 1959 da MISSIROLI dopo aver constatato che "nessun tentativo di estrazione fosse stato fino allora coronato de successo, sia per quanto riguarda il mantenimento della funzione visiva, e molte volte addirittura il mantenimento dell'occhio nella sua sede."

Alcuni contributi chirurgici più moderni pare che giustifichino una migliore prognosi, ma non è stato presentato nessun metodo operatorio specifico per la estrazione del cisticerco dal vitreo.

È per questo che ritengo utile illustrare un caso clinico ed esporre un metodo operatorio già da me impiegato nel 1949. Questo metodo ha permesso la estrazione di un parassita vivo nel vitreo, evitando almeno le più grosse complicazioni operatorie e postoperatorie (fuoriuscita del vitreo, emorragie vitreali, distacco di retina), e senza rompere la cisti.

Nel 1949, venne ricoverato nella nostra Divisione Ospedaliera, il macellaio Bonfanti, di anni 27, il quale presentava un cisticerco vivo nel vitreo dell'occhio sinistro. La sfera del parassita galleggiava nel vitreo, stando un poco al di sotto dell'asse antero posteriore del bulbo. Presentava un diametro corrispondente a circa 2 diametri papillari; si spostava di poco nel vitreo specie quando il parassita faceva uscire la testa. Il vitreo circostante era appena intorbidato, di aspetto filamentoso, soprattutto lungo il contorno inferiore dove si vedevano sottili briglie. Queste fibrille si dirigevano verso la papilla e verso il polo posteriore del bulbo. Non esisteva sollevamento di retina. Alcune piccole briglie sottili, di maggiore densità vitreale, si notavano fra la cisti e una chiazza cicatriziale retinocoroideale situata sul raggio di ore 10 dal lato nasale, esito probabile della rottura retinica prodottasi all'atto del passaggio del parassita nel vitreo. Questa cicatrice aveva la grandezza di un diametro papillare. Non emorragie retiniche, nè fiocchi postemorragici nel vitreo. Per estrarre la cisti fu usato il seguente metodo:

Fu fatto costruire un ago da catolisi lungo 6 cm., sottile e di forma leggermente conica; esso fu ricoperto di vernice elettroisolante per tutta la sua lunghezza; solo la punta rimase libera per 2 mm. Questo ago alla base era di diametro tale da potere essere montato in un comune manico per aghi da catolisi, dove era fermamente fissato da una vite. L'ago era piuttosto rigido. Il manico portagli, a mezzo del suo filo, era collegato a un comune trasformatore per corrente continua per catolisi.

L'atto operatorio procedette nella seguente maniera: in corrispondenza del quadrante infero esterno dell'occhio malato, un poco anteriormente all'equatore, inferiormente al muscolo retto esterno, fu aperta la congiuntiva. Sulla sclera fu delimitata con piccole diatermocoagulazioni una superficie retonda del diametro di 8-9 mm.

Al centro di questa zona fu infissa la punta dell'ago, in direzione per raggiungere la regione centrale del bulbo là dove era stata individuata la cisti del parassita. Ciò fatto l'operatore si mise in posizione per potere esaminare comodamente, con l'oftalmoscopio elettrico, il fondo oculare, avendo avuto cura di dilatare al massimo la

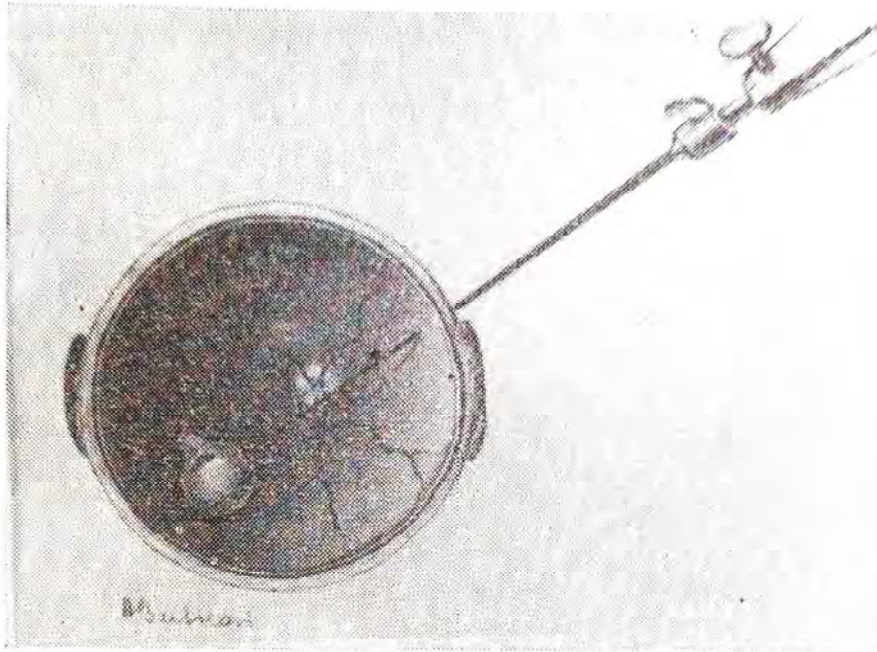


FIG. 1

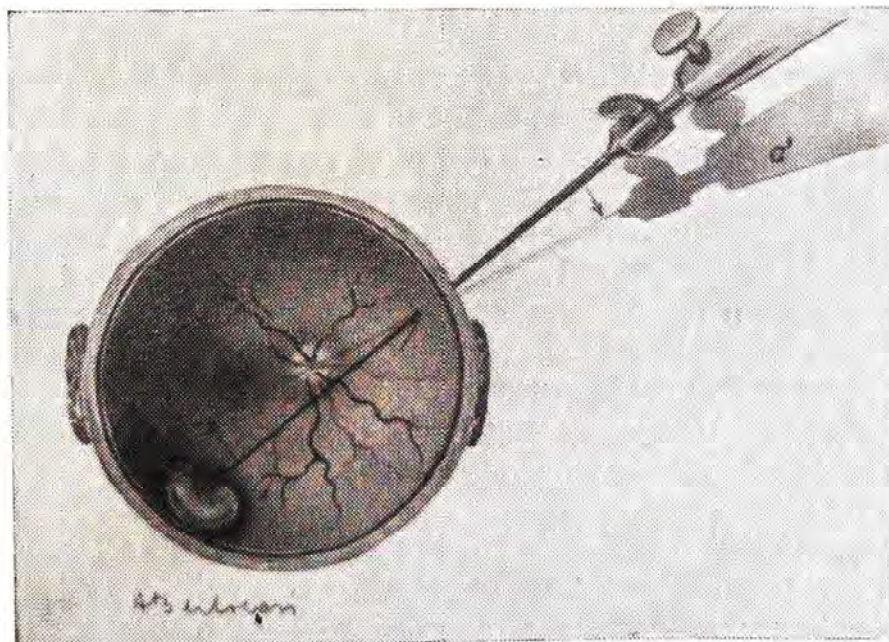


FIG. 2

pupilla. Stando in questa posizione (mentre un assistente controllava che la direzione dell'ago fosse quella voluta), con lieve pressione, infisse l'ago da catolisi nella sclera. Dopo che l'operatore ebbe bene controllata la posizione dell'ago tenuto con la mano destra, e dopo essersi situato in maniera comoda per potere esplorare la massima

parte della camera vitrea e del fondo oculare, fu immessa la corrente. L'ago penetrò facilmente attraverso alla parete del bulbo e, ad un dato momento, comparve sulla retina una chiazza bianca di coagulazione. La corrente venne mantenuta fino a tanto che comparvero nel vitreo le prime bollicine di gas. Da questa posizione l'ago (ormai ben visibile all'oftalmoscopio) fu fatto penetrare per pura pressione nell'interno del vitreo, indirizzando la punta verso la cisti. Questa manovra non riuscì tanto facile, poichè non soltanto bisognava individuare la giusta direzione verso la cisti ma non bisognava spingere l'ago troppo profondamente, per non essere costretti poi a ritirarlo per poi spingerlo nuovamente verso la cisti. Ad ogni modo si arrivò a toccare quasi al centro la cisti con la punta dell'ago, senza perforarla. Sicuri di questo contatto, fu immessa la corrente elettrica. L'ago, penetrando di poco, coagulò la parete della cisti prendendo aderenza. Ottenuto questo risultato prontamente venne tolta la corrente per non rendere torbida la visione con la produzione di bolle gassose. A questo punto, l'ago e la cisti furono spinti più profondamente verso la parete della metà nasale del bulbo, spostando il manico verso l'osso malare e un poco in basso, dirigendo perciò la punta verso la retina nasale. Difficile riusciva di mantenere fermo il bulbo, per non ferire la cristalloide posteriore e il corpo ciliare. Quando la cisti, spinta dalla punta dell'ago (alla quale aderiva per coagulazione), raggiunse la retina nel punto voluto, l'ago fu spinto con forza, inchiodando la cisti alla parete interna del bulbo. Non appena si ebbe la sensazione che l'ago vi era penetrato, venne immessa nuovamente la corrente, sicchè l'ago con molta facilità trapassò la sclera e la congiuntiva comparendo all'esterno. Non si produsse alcuna emorragia. Fu tolto allora il manico per la catolisi, e l'ago (trapassante il bulbo) venne lasciato in situ. La punta dell'ago indicava pertanto con precisione il luogo in cui la sclera doveva essere aperta per estrarre la cisti.

Per ciò fare venne aperta largamente la congiuntiva in corrispondenza della punta dell'ago; denudata la sclera, si delimitò e si scolpì a tutto spessore un lembo sclerale di forma rettangolare nel cui mezzo si ergeva la punta dell'ago. Il lembo sclerale, largo 7 mm. e lungo 11, fu scollato per tre lati soltanto, fino alla coroide, senza determinare emorragia. Per potere aprire lo sportello sclerale senza spostare la punta dell'ago, il lembo sclerale venne tagliato per metà nel senso della sua maggiore lunghezza a partire dalla punta dell'ago fino al margine libero del lembo. In questa maniera era possibile, rovesciando il lembo, senza smuovere la punta dell'ago, vedere l'ago infisso nella coroide.

Sotto la coroide si riconosceva il bianco della cisti infissa. Prima di spingere ancora l'ago per mettere all'esterno la cisti, furono preparati dei punti di sutura fra il lembo sclerale libero e venne eseguita una diatermo-coagulazione a punti staccati lungo i bordi della breccia sclerale. Ciò fatto l'ago venne spinto ancora un poco fuori della coroide finchè la cisti fosse quasi fuori del bulbo. La estrazione vera e propria venne però eseguita afferrando la cisti con una pinza, e staccandola dall'ago cui era aderente per effetto della coagulazione. Non fuoriuscì nè vitreo, nè sangue dalla coroide coagulata. Dopo l'estrazione, la breccia sclerale fu chiusa annodando i fili prima preparati; dopodichè l'ago venne ritirato piano piano con piccoli movimenti di rotazione per staccare con delicatezza eventuali aderenze. L'ago fuoriuscì senza vitreo e senza sangue. Con la sutura della congiuntiva terminò l'atto operatorio.

Durante il decorso postoperatorio non vi furono emorragie e le diatermocoagulazioni guarirono regolarmente provocando una buona pigmentazione. Non si produsse

distacco di retina secondario a essudazione, nè mai si vide una briglia di vitreo corrispondente al tragitto dell'ago. Ma il vitreo non si schiarì nei suoi strati più profondi nemmeno più avanti nel tempo, e sempre furono visibili profondamente delle briglie e dei fiocchi e verso la metà interna (là dove prima era la cisti), e verso la papilla e verso la prima cicatrice retino coroideale. Non si produssero briglie nel vitreo in corrispondenza delle diatermocoagulazioni. La tensione del bulbo si mantenne nei limiti normali. Il visus all'uscita dopo venti giorni era di 2/10.

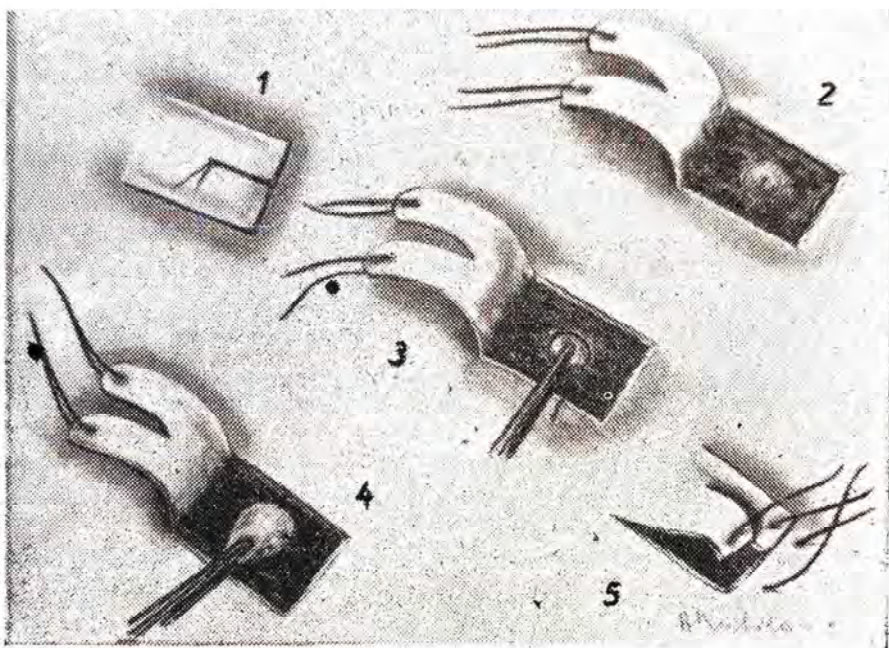


FIG. 3

A un anno di distanza non esisteva distacco, ma al polo posteriore il vitreo presentava fiocchi e addensamenti fibrillari velamentosi, più addensati in basso come per distacco di vitreo. Il segmento anteriore era normale con pupilla dilatata. Le diatermocoagulazioni erano visibili e presentavano una ricca pigmentazione. Il caso fu presentato a una riunione della Società Lombarda di Oftalmologia. Il paziente fu ancora rivisto dopo 18 mesi e si riscontrarono le solite alterazioni. Visus — 1/10.

Dopo trenta mesi il paziente fu visitato a domicilio da un assistente; il vitreo era molto torbido. Uno schizzo eseguito sommariamente mostrava un addensamento e opacamento maggiore del vitreo al polo posteriore e in basso; si notavano fibre preretiniche che venivano verso la periferia della retina. Il visus permetteva la conta delle dita. La tensione era al di sotto della norma. Non distacco di retina.

Nel luglio 1963 (l'intervento era stato eseguito il 17 marzo 1949), cioè quattordici anni dopo, il paziente si ripresentò alla visita. Il visus era abolito, la cornea era trasparente, lieve iniezione pericheratica superficiale, iride atrofica con sinechie posteriori quasi totali, cataratta completa. Il tono era di 27 mmHg. allo Schiotz. Mai vi erano stati dolori, nè attacchi infiammatori, ma soltanto fugaci rossori. L'occhio destro era normale.

In base al suesposto referto la diagnosi espressa fu: incipiente glaucoma, secondario a irite torpida in un bulbo cieco per distacco retinico di antica data.

TAVOLA II



Tipici aspetti di distacco secondario a corpo estraneo endobulbare, sopravvenuto dopo la estrazione del corpo estraneo, e dovuto a formazione di membrana preretinica. Si vede un abriglia traente.



Aspetto della regione maculare: prima dell'intervento: 50 giorni dopo l'intervento: tre anni dopo la resezione della briglia e della membrana preretinica.

Poichè per trenta mesi dopo l'intervento non si produssero rotture retiniche, nè si videro briglie partenti dalle cicatrici operatorie, è ovvio pensare che il distacco tardivo non fosse dovuto all'atto operatorio, ma avesse avuto origine nel territorio dove aveva risieduto il cisticerco, cioè proprio là dove, già durante il soggiorno del cisticerco, erano stati notati opacamenti ed addensamenti del vitreo, nonchè formazioni brigliose e velamentose.

Qui dunque aveva avuto inizio e si era sviluppato il lungo processo patogenetico del distacco che incominciò con una diminuzione del visus e finì in un distacco totale della retina.

Per spiegarci questo progressivo e lungo processo morboso dobbiamo servirci di quanto già si conosce sulla azione che il cisticerco vivo o morto provoca nel vitreo.

Queste alterazioni furono studiate da molti AA. ma soprattutto e sperimentalmente da BIANCINI.

Secondo le asserzioni di DE VINCENTIS (10 anni), GRADENIGO (2 anni) e di altri, il cisticerco vivente può soggiornare a lungo nel vitreo permettendo una più o meno buona funzione visiva; ma ciononostante nel vitreo si osserva un lieve intorbidamento per fatti reattivi delle membrane profonde, mentre la vescicola mostra il suo colorito bianco-bluastrò con il suo bordo leggermente aranciato (BUSACCA).

Perciò la conservazione più o meno buona del visus, non significa che il vitreo sia sano, chè anzi esso è alterato, malato ed intossicato da prodotti del metabolismo dell'animale, ed anche (LEBER) può diventare sede di facile impianto per lo sviluppo di germi. A queste alterazioni bisogna aggiungere quelle dovute al passaggio del parassita dalla retina nel vitreo, attraverso ad una perforazione che può restare aperta — producendo distacco di retina — ed anche chiudersi formando una cicatrice salda come nel caso nostro.

Da questa cicatrice spesso derivano briglie vitreali colleganti il parassita alla cicatrice retinica. Altre volte le suddette aderenze mancano e la cisti libera può cambiare, specie nei primi tempi, di posizione con i movimenti del capo e del bulbo. Ma per lo più, come disse GRAEFE, questa assoluta indipendenza manca per la presenza di membrane velamentose, fluttuanti nel vitreo intorno alla cisti, che intorbidano il vitreo stesso. Anche secondo CIRINCIONE il cisticerco, finchè è in vita, agisce prevalentemente come un corpo estraneo asettico, non suscettibile di riassorbimento, capace di provocare un processo di proliferazione tendente ad incapsularlo. Molto più gravi sono le conseguenze prodotte dalla morte del cisticerco. Questo è stato osservato da molti AA. ed è stato dimostrato da BIANCINI nella parte sperimentale del suo lavoro. Il parassita diventa allora causa diretta di processo flogistico; la disgregazione delle sue membrane produce un processo tossico infiammatorio già ammesso da MACKENSIE.

Ma la alterazione più importante prodotta dal soggiorno del parassita nel vitreo (e sulla cui importanza insiste a lungo il BIANCINI) sarebbe rappresentata dalla formazione di una esile membrana preretiniana che si estende e prende connessione con tutta la superficie retinica. Essa è formata di fibrille che alcune volte si sfioccano nel vitreo partendo dalla escavazione papillare. Naturalmente in queste circostanze la corioide sottostante presenta un processo flogistico infiltrativo con plasmacellule. Anche CIRINCIONE e DE VINCENTIS hanno descritto questa membranella come di natura fibro connettivale. Essa sembra essere il frutto di un processo flogistico, aderente ai vasi retinici già invasi da un processo reattivo. Con l'accentuarsi della trasformazione della membranella in tessuto fibrillare, gli strati interni della retina vengono stirati e subiscono un raggrinzamento in pieghe con produzione di un trasudato. Con queste alterazioni precoci si spiega la riduzione del visus che precede, anche per lungo tempo, il distacco di retina.

Il cisticerco è quindi all'origine del processo di formazione della membrana preretinica; ma questa membrana, una volta costituita, continua per suo conto ad estendersi, trasformandosi lentamente in un tessuto fibroso. In conseguenza di questo processo neoformativo, di natura reattiva (BIANCINI), l'inizio della disorganizzazione

del globo avverrà molto più tardi, a tempo indeterminato, quando il retrarsi della neoformazione preretinica porta meccanicamente al distacco. Secondo DE LIETO VOLLARO la neoformazione connettivale è responsabile anche di trazioni sul corpo ciliare con produzione di fenomeni irritativi secondari.

Tutte queste alterazioni, già note per studi clinici e sperimentali, spiegano lo speciale andamento clinico del nostro caso e ci danno una relativa sicurezza per affermare che il processo degenerativo verificatosi nei quattordici anni successivi alla estrazione del cisticerco, fosse il frutto della jalite posteriore insorta precocemente per la presenza del parassita nel vitreo.

Questi distacchi di retina progredienti nel tempo per la formazione e il progressivo estendersi di una membrana preretinica, sono molto simili a quelli che si producono per la presenza di corpi estranei endobulbari; perciò giusta ed appropriata appare (anche al lume di conoscenze più moderne) la similitudine (CIRINCIONE) fra i due tipi di distacchi; tanto più che, in nessuno dei due casi l'allontanamento del cisticerco o del corpo estraneo riesce ad impedire la formazione del più importante elemento patogenetico del distacco e cioè della membrana preretinica.

Ed è purtroppo noto che questi distacchi retinici non sono guaribili con nessuno dei metodi operatori classici per i distacchi di retina, poichè la retina resta sollevata fintantochè le briglie non vengano recise.

Le rotture retiniche non sono quindi il determinante elemento patogenetico di questi distacchi; esse compaiono più tardi come una complicazione del distacco. Per lo più le membrane, traendo sulla retina, la sollevano, producendo processi reattivi della corioide con essudazioni e trasudazioni secondarie. Il distacco si presenta dapprima mammellonato, ma può sollevarsi fino a formare vere e proprie bozze. Anche in questi casi lo svuotamento delle borse non produce la guarigione del distacco sostenuto dalle briglie. Anche le diatermocoagulazioni e tanto meno le fotocoagulazioni sono mezzi efficaci per la guarigione; anzi se sono deboli possono rappresentare elementi stimolanti per la formazione delle briglie e ne aumentano la validità e la estensione.

L'unica maniera di guarire questi distacchi è quella di rompere meccanicamente le briglie, permettendo la distensione della retina; le briglie difficilmente si riformano se non si sia provocata una emorragia nel vitreo.

Noi non abbiamo esperienza di taglio di briglie in distacchi dovuti a cisticerchi nel vitreo, ma abbiamo una buona esperienza di felici risultati ottenuti con il taglio di briglie nei distacchi da corpi estranei. Pertanto riteniamo, che eguali buoni risultati possano essere ottenuti nei distacchi tardivi da cisticercosi oculare, quando non vi siano rotture retiniche, e quando l'unico elemento patogenetico sia la presenza della membrana preretinica, caratteristica di questo tipo di distacco.

Pertanto, come ultima considerazione: dopo l'estrazione del cisticerco dal vitreo, non finisce l'opera del chirurgo, anche se l'intervento sia stato condotto felicemente e senza provocare rotture. Il malato non deve essere congedato definitivamente, ma l'osservazione deve essere continuata e si deve essere pronti ad intervenire, non appena si manifestino briglie traenti e si renda evidente il tipico distacco a piccoli

mammelloni o anche a borse, ni ogni caso prima che si manifestino rotture di retina. Chè se queste si manifestassero, gli interventi diretti soltanto a chiudere le rotture risulteranno inefficaci al fine di guarire il distacco, se prima in qualsiasi maniera non venga rotta la briglia di trazione.

SOMMARIO

Viene descritto un caso di cisticerco nel vitreo estratto senza perdita di vitreo evitando le emorragie endobulbari e un distacco di retina postoperatorio. Il metodo consiste nella introduzione di un ago da catolisi nel bulbo che trapassando il vitreo infila il parassita uccidendolo e lo trafigge inchiodandolo contro la parete opposta del bulbo. Immettendo ancora la corrente l'ago oltrepassa questa parete e viene a sporgere dalla congiuntiva. Viene così con precisione indicato il luogo in cui si trova il cisticerco infilato dall'ago. In questo luogo si apre uno sportello sclerale e spingendo ancora l'ago si estrae il cisticerco coagulato. Chiuso lo sportello si pratica una diatermocoagulazione intorno al foro di entrata e di uscita dell'ago. Seguono considerazioni circa la patogenesi dei distacchi retinici che sopravvengono a distanza di anni dopo una corretta estrazione del cisticerco. Questi distacchi hanno una patogenesi simile a quella dei distacchi da corpi estranei endobulbari e devono essere operati sezionando le briglie vitreali che stirano la retina.

SUMMARY

Operatory Method for the Extraction of Cysticercus from Vitreous. Considerations

About the Etiopathogeny of Secondary and Late Retinal Detachment.

A case is described of cysticercus in the vitreous having been removed without vitreous loss, thus avoiding intraocular bleeding and postoperative retinal detachment. The method consists in the introduction of a catholysis needle through the vitreous transfixing the cysticercus against and going through the opposite bulbar wall and under the conjunctiva. At this place a scleral flap is prepared and the coagulated parasite, still transfixed, is removed. Coagulation is done around the places of entering and of exit. Pathogenic considerations are done about retinal detachment that comes years after a correct removal of cysticercus. They must be operated by cutting vitreous bridles which stretch the retina.

HEMOFTALMO — COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DA CATARATA (*)

JORGE CAVALHEIRO WILMERSDORF (**)
JOSÉ LUCAS DE SOUZA (***)

É objetivo de nosso trabalho caracterizar como quadro clínico, uma complicação nos pós-operatórios imediato e mediato das operações de catarata. Referimo-nos ao Hemoftalmo, que é a presença de sangue no vítreo e câmara anterior. Não tem sido descrito pelos autores como Hemoftalmo, mas referido apenas em seus componentes separadamente, embora de maneira exaustiva.

Apesar de ocorrência rara, tivemos oportunidade de surpreendê-lo 3 vezes, entre doentes operados de catarata, com sutura sepultada e larga aba escleral. Para que possamos compreender a presença de hemoftalmo, consideremos os seus dois componentes. O hifema é o seu primeiro estágio, e posteriormente se processa a imbibição de sangue no vítreo, e desde então passará a existir simultaneamente sangue na câmara anterior e no vítreo. O hifema tem sido estudado em separado, como complicação à parte, e a hemorragia do vítreo como resultante da propagação do sangue ao pólo posterior.

Na operação de catarata, a sua incidência aumenta à medida que a abertura da câmara anterior se afasta da córnea para o limbo, e avança para a esclera. Nas aberturas puramente corneanas ele é raro, sendo mais verificável nas esclerolímbricas, principalmente naquelas em que a esclera seja mais atingida. Daí ocorrer mais nas operações com sutura sepultada, principalmente naquelas em que se faça aba escleral muito larga.

Hifema — Nas aberturas corneanas ele surge no início do pós-operatório por ruptura de vasos locais neoformados, seja por traumatismos oculares involuntários provocados pelo doente, ou por ocasião da retirada de pontos, sendo regra geral de curta duração pela pequena quantidade de sangue. O hifema, em casos de largas aberturas camerulares esclerolímbricas, se origina do maior número de vasos locais lesados, e também do rompimento daqueles outros neoformados. Surgem neste caso no pós-operatório imediato e mais raramente no pós-operatório mediato. Nestes casos ligados a traumatismos ocasionados pelo próprio paciente. Estes agora, de longa du-

(*) Trabalho apresentado ao XIII Congresso Brasileiro de Oftalmologia — Rio de Janeiro — Setembro de 1964.

(**) Professor Assistente, Livre-Docente da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas (Serviço do Prof. Paulo Braga de Magalhães) da Faculdade de Medicina da USP.

(***) Médico voluntário do mesmo Serviço.

ração, tanto maior e mais prolongada quanto maior a quantidade de sangue. (Reabsorção de 15-20 dias).

Hemofthalmmo — A sua formação se processa quando a quantidade de sangue na câmara anterior fôr excessiva, a sua eliminação se faz difícil e demoradamente, e, sobrevêm, então, a imbebição sanguínea do vítreo, que persiste mesmo depois da reabsorção do hifema. Tal imbebição se fará mais intensa, mais fácil e rapidamente, quanto mais alterado fôr o vítreo, a imbebição podendo porisso ser total ou parcial.

A presença simultânea do sangue na câmara anterior e no vítreo, caracteriza o quadro clínico que tornou-se motivo dêste trabalho. A sua conceituação não tem sido precisada claramente pelos autores.

A hemorragia do vítreo, isto é, a sua imbebição a partir do hifema, é de longa duração, vai de 4-6 meses, reabsorvendo-se totalmente ou deixando seqüelas, e o que verificamos, coincide com a observação de outros autores.

Em todos estes casos de Hemofthalmmo, os pacientes tiveram extração intracapsular de cristalino, e apresentavam hifema por ocasião de sua alta hospitalar.

A duração do hifema, do início ao desaparecimento, variou de 15 a 20 dias. Nesta fase final, os pacientes apresentavam pupila central e redonda, câmara anterior profunda, porém em 2 dêles notamos alteração do pigmento da íris, que se tornou de coloração acinzentada.

Como estes pacientes tivessem sòmente percepção e projeção de luz, fizemos então a oftalmoscopia e a biomicroscopia. Ao oftalmoscópio, a pupila apresentava-se negra e a biomicroscopia revelou vítreo turvo, de coloração de chocolate, próprio da imbebição do vítreo.

Tratamento — Além da contínua atropinização em todo o tratamento, usamos dionina, e para acelerar a reabsorção da hemorragia do vítreo usamos cortone em injeções subconjuntivais, o que aparentemente pareceu facilitar o seu clareamento.

No pós-operatório, ao verificar-se o hemofthalmmo, foi aplicado Ambosim em injeções intramusculares, durante 30-40 dias, mas a reabsorção sòmente se totalizou muito mais tarde, após a sua interrupção. Em um dos pacientes, aplicamos hialuronidase retrobulbar, 2 vezes semanalmente, tratamento que foi abandonado por inútil e até prejudicial, devido acentuada hipotensão ocular e alterações sensíveis da córnea, que regrediram com a suspensão do medicamento.

Com o tratamento, verificamos à oftalmoscopia e à biomicroscopia, clareamento progressivo do vítreo cuja hemorragia foi se reabsorvendo, e se completou em tórno de 4-6 meses.

Casuística — CASO 1 — A. W. P., 57 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas. Clínica Particular, ficha 21.680. Consulta em 22-9-62. São Paulo. Diagnóstico: OD catarata senil.

Operação: extração intracapsular com retalho proximal da conjuntiva e cápsula de Tenon, com larga aba escleral e sutura repultada, sêda virgem 2 filamentos, 10 pontos.

Evolução operatória: pupila central e redonda. Câmara anterior profunda, 2 iridectomias em botoneira.

Pós-operatório: evolução normal até o 4.^o dia, quando sobreveio hifema, por traumatismo do próprio paciente. Após tratamento houve reabsorção completa do hifema em 15 dias (ambosim, atropina, cortisone).

Acuidade visual: OD percepção e projeção da luz.

Oftalmoscopia: pupila com área completamente negra.

Biomicroscopia: pigmento da Descemet, íris de coloração normal. Vítreo cor de chocolate por imbebição de sangue. Pigmento de sangue, cor marron, na trama vítrea.

Tratamento: Ambosim, injeções musculares diárias durante 30 dias, e localmente, atropina, dionina e cortisone. Após interromper Ambosim, passamos a aplicar cortisone em injeções subconjuntivais, uma vez semanalmente. Reabsorção do sangue no vítreo completada em 5 meses. Alta clínica com visão corrigida para um terço.

Oftalmoscopia: Fundo de olho perfeitamente visível e normal.

Biomicroscopia: Restos de pigmento na Descemet. Pupila central e redonda, sem sinéquias posteriores. Vítreo com restos de pigmento na sua trama.

Refração: Correção óptica OD — A.V.: 1/3.

CASO 2 — I. C. M., 67 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas. Registro HC 566307, Prontuário 54464. Consulta em 6-5-63. São Paulo. Diagnóstico: OE catarata senil madura.

Operação OE: extração intracapsular da catarata, com retalho proximal de conjuntiva e cápsula de Tenon, larga aba esclero-límbica, e sutura sepultada, sêda virgem 2 filamentos, 12 pontos.

Evolução operatória: pupila central e redonda, câmara anterior profunda, 2 iridectomias periféricas em botoneira.

Pós-operatório: evolução boa até o 3.^o dia, sobrevivendo então hemorragia ao retirar a sutura contínua da conjuntiva. Após tratamento reabsorção total da hemorragia da câmara anterior em 20 dias (ambosim, atropina e cortisone).

Acuidade visual: OD percepção e projeção de luz.

Oftalmoscopia: pupila com área completamente negra. Fundus não verificado.

Biomicroscopia: pigmentos irianos na Descemet. Íris acinzentada. Vítreo cor de chocolate por imbebição sanguínea, pigmento de sangue cor marron na trama vítrea.

Tratamento: ambosim, injeções musculares diárias, durante 30 dias, localmente atropina, dionina e cortisone. Como evolução fôsse vagarosa, aplicamos hialuronidase retrobulbar, injeções estas que produziram hipotensão franca do globo ocular e início de alteração acentuada do estroma corneano. Com a interrupção do medicamento houve regressão rápida voltando à tensão normal e à córnea transparente. Neste pa-

ciente, após interromper o Ambosim, continuou apenas com o tratamento local, e 5 meses depois de evolução total de seu quadro clínico, terminou com acuidade visual de 1/3 após correção óptica.

Oftalmoscopia: fundo de olho perfeitamente verificável e normal.

Biomicroscopia: depósitos de pigmento iriano na face posterior da córnea. Pupila central e redonda sem sinéquias posteriores. Íris de coloração acinzentada, por atrofia parcial. Vítreo com restos de pigmento sanguíneo em sua trama.

Refração: acuidade visual igual 1/3 com correção óptica.

CASO 3 — M. J. A. M., 68 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas. Clínica Particular. Consulta em 22-2-62. São Paulo. Diagnóstico: OD catarata senil madura.

Operação OD: extração intracapsular da catarata, com retalho proximal de conjuntiva e cápsula de Tenon, larga aba esclero-límbica, sutura sepultada, sêda virgem 2 filamentos, 12 pontos.

Evolução operatória: a operação terminou com pupila central e redonda, câmara anterior profunda e 2 iridectomias em botoneira.

Pós-operatório: paciente vomitou muito nos 2 primeiros dias. Hemorragia maciça da câmara anterior, que se renovou constantemente durante 4 dias.

Tratamento: reabsorção do hifema completada em 20 dias (ambosim, atropina, dionina e cortisone).

Acuidade visual: projeção e percepção de luz.

Oftalmoscopia: não verificável, pupila com área completamente negra.

Biomicroscopia: pigmentos irianos na Descemet. Íris acinzentada. Vítreo cor de chocolate por imbebição sanguínea. Pigmento sanguíneo de cor marrom na trama vítrea.

Tratamento: Ambosim injeções musculares diárias durante 45 dias, e localmente atropina, dionina e cortisone. Após interromper o ambosim, fizemos injeções subconjuntivais de cortisone 1 vez semanalmente. A reabsorção do sangue no vítreo completou-se em 4 meses e meio.

Oftalmoscopia: fundo de olho normal.

Biomicroscopia: OD restos de pigmento na Descemet. Pupila central e redonda. Íris acinzentada por alteração do seu estroma. Vítreo com restos de pigmento sanguíneo na sua trama.

Refração: correção óptica 1/3 A.V.

RESUMO

A finalidade desse trabalho é caracterizar como quadro clínico uma complicação no pós-operatório imediato e mediato das cataratas. Referem os autores ao Hemoftalmo, isto é, a presença simultânea de sangue na câmara anterior e no vítreo, componentes estes ainda não

referidos conjuntamente, embora estudados em separado de modo exaustivo. O hifema se reabsorve em 20 dias e quanto à embebição do vítreo é mais prolongada, 4 a 6 meses de duração, mas evolui finalmente para resultados funcionais bons quanto à visão.

SUMMARY

Haemophthalmus — A Complication of Cataract Extraction

The authors describe a condition they call "haemophthalmus", a complication of cataract extraction. The vitreous and the anterior chamber are invaded by blood. The hyphaema clears up in a period of 20 days. It takes 4 to 6 months for the blood to disappear from the vitreous. The results concerning eyesight are good.

BIBLIOGRAFIA

- Arruga, H. — Cirurgia ocular. Salvat editores, Barcelona, 1950, pg. 450 e seguintes.
- Blaskovics, L. — Cirurgia de los Ojos. Salvat editores, Barcelona, 1947 — Intervenciones por catarata, pg. 431.
- Fasanella, R. M. — Prevention et traitement des complications de la chirurgie oculaire. Masson editeurs, Paris, 1950. Complications postopératoires de la cataracte, pg. 166-172.
- Guillaumat, L. e Paufigue, L. — Traitement chirurgical des affections oculaires. G. Doine Cie. editeurs, 1957, pg. 55 e seguintes.
- Kirby-Daniel, B. — Surgery of cataract. The prevention of complications during and after cataract extraction. Pg. 488-595.
- L'année thérapeutique et clinique en ophtalmologie, Tome IX, 1958, pg. 307-316.
- Seymour-Philps — Ophthalmic Operations. The surgery of cataract - cap. XII. 1950, pg. 193-255.

FISTULIZAÇÃO ANTI-GLAUCOMATOSA PELA TÉCNICA DE SCHEIE

DANTAS COUTINHO (*)

O emprêgo da cauterização escleral, ou melhor, límbica nas fistulizantes anti-glaucomatosas não é novidade em Oftalmologia. Sua racionalização, popularidade e sucessos representam um convite permanente para o cirurgião. É precisamente com o propósito de difundir a técnica, que trazemos nossa contribuição depois de dois anos e meio de trabalhos e pesquisas com o método.

SCHEIE (1) soube dar forma ao uso da cauterização nas fistulizantes antiglaucomatosas; observou a presença de fístulas subconjuntivais em olhos submetidos a simples iridectomias periféricas. Tais fatos eram raros antes do uso do eletrocautério de pilha, idealizado por HILDRETH, para fazer hemostasias ao longo da incisão límbica. O aspecto anatômico das fístulas foi excelente e representou um estímulo para o aprimoramento e racionalização de uma técnica simples e de fácil execução. Popularizou-se, em justa homenagem, como técnica de SCHEIE.

Pequenas, porém numerosas, foram as modificações feitas na técnica original. Algumas são tão engenhosas que poderão ter, no futuro, precisas indicações em certas formas de glaucomas. Referimo-nos, em particular aos trabalhos de McLEAN (2) acerca de novas técnicas de fistulização com o eletrocautério de HILDRETH.

Descreveremos o método por nós empregado, ressaltando fatos que nos parecem dignos de nota. Em segundo lugar, analisaremos os resultados sobre a pressão intra-ocular em uma série de sessenta glaucomatosos, operados no Departamento de Glaucoma, Clínica Oftalmológica do I.A.P.I., Estado da Guanabara.

I — DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

A) Acinesia e Anestesia

Realizamos a acinesia com uma agulha de bisel curto, fina e infiltrando 3 cc de anestésico, um centímetro adiante do tragus e em 3 planos diferentes, procurando atingir o maior número possível de filêtes do facial.

A infiltração anestésica retro-bulbar e anestesia do músculo reto superior em nada difere daquela a que estamos habituados.

Recebido para publicação em 2-V-65.

(*) Do Departamento de Glaucoma, Clínica Oftalmológica do I.A.P.I., GB.

B) Fixação do globo ocular

Dependerá, como é natural, da sede onde localizaremos a fístula. Se escolhermos os quadrantes superiores do globo ou o meridiano das doze horas, a fixação é feita pelo tendão do reto superior com fio de algodão prêso ao afastador de pálpebra.

C) Localização da fístula

Escolhemos, sempre que possível, o quadrante nasal superior. Assim, deixamos o setor temporal livre para uma segunda intervenção, se necessário. Deixamos os quadrantes temporais para, numa eventualidade, removermos o cristalino.

Quando, por qualquer motivo, não nos é possível localizar a fístula no setor nasal superior, poderemos utilizar qualquer meridiano, desde que este se preste para funcionar como sede de uma fístula antiglaucomatosa.

D) Infiltração subconjuntival de corticosteróide

Com a injeção subconjuntival de corticosteróide, acreditamos poder reduzir em muito o processo inflamatório nos dias que se seguem ao ato cirúrgico. Injetamos 0,2 cc em zona diametralmente oposta à fístula.

A injeção do corticosteróide no final da operação poderá facilitar a difusão do produto e mesmo a sua penetração na câmara anterior. Tal acidente, embora raro, já ocorreu em um dos clientes quando realizávamos uma esclerectomia de saca-bocado. Observamos no pós-operatório edema corneano, pregas na membrana de DESCOMET e, ao fim de uma semana, recuperação integral da transparência corneana e ausência de qualquer partícula da substância na câmara anterior. Atribuímos o acidente à difusão da substância por debaixo da conjuntiva, difusão esta facilitada pela infiltração anestésica para preparo do retalho conjuntival.

E) Retalho conjuntivo-tenoniano

A infiltração anestésica do retalho facilita muito o seu preparo. Utilizando uma agulha 25/6 de bisel longo, procuramos atingir o espaço episcleral, para separar a cápsula tenoniana do seu leito, formando assim uma zona fistulizada recoberta pela cápsula de TENON e conjuntiva.

Injetamos de 0,5 a 1 cc de anestésico e com o gancho de estrabismo espalhamos a substância em direção ao limbo. O uso de instrumental de ponta fina para aquela manobra nos parece perigoso porque pode romper o retalho (caso n.º 53).

A largura do retalho é de 10 a 15 mm aproximadamente, na sua porção mais larga.

Fixamos a conjuntiva e a cápsula de modo que o primeiro corte com a tesoura deixe visível a episclera. Recordamos aqui que a cápsula tenoniana é mais espessa entre as inserções musculares. Pinçando a cápsula e afastando-a do seu leito, introduzimos pela abertura a extremidade da tesoura. Com movimentos de divulsão separamos a cápsula da esclera. Esta manobra simples tem duas finalidades:

- a) Preparar um retalho espesso.
- b) Separar a cápsula das estruturas subtenonianas (vaso e músculos).

Completamos a incisão da conjuntiva e cápsula, primeiro paralela ao limbo e depois oblíqua, de modo a permitir fácil rebatimento do retalho sobre a córnea (Fig. 1).

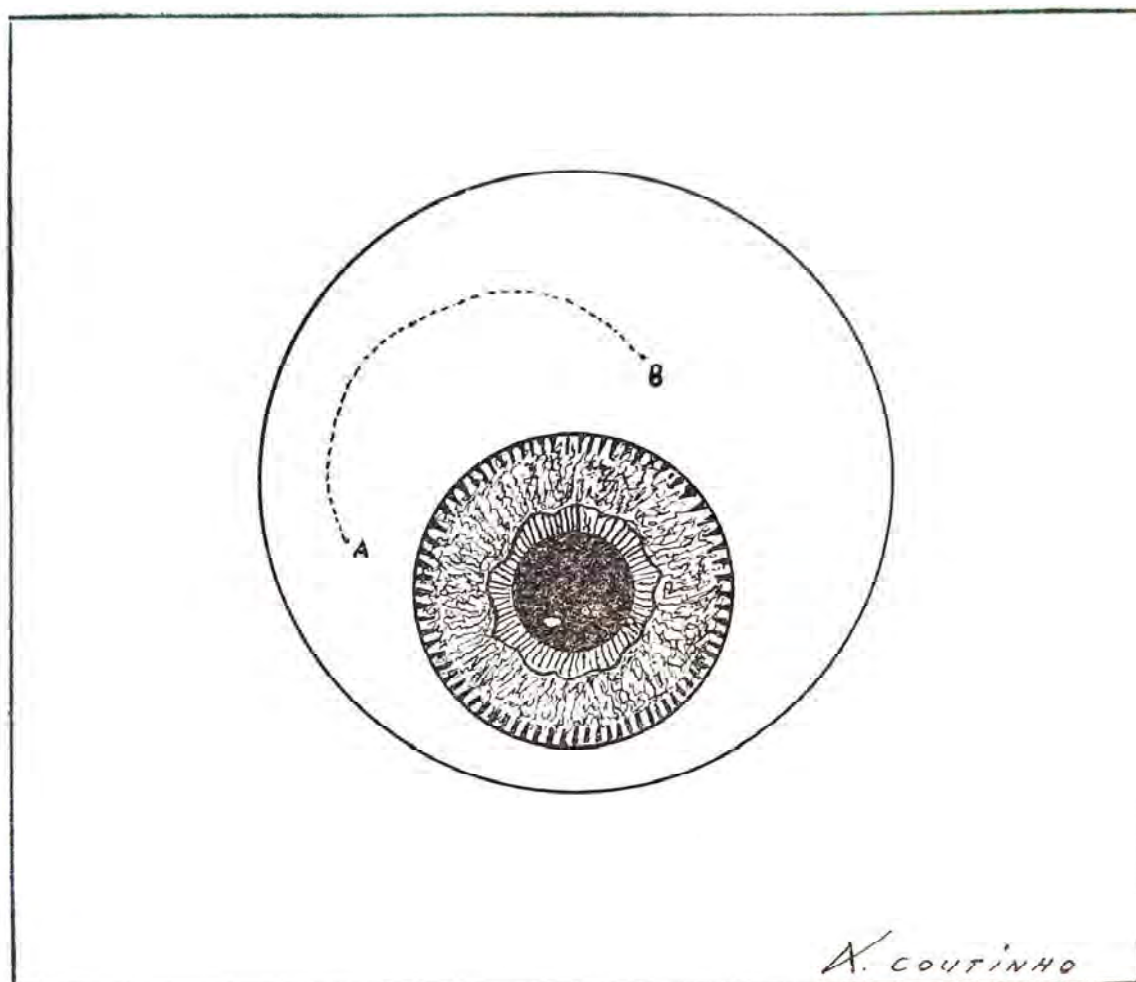


FIG. 1 — OE: a linha interrompida "AB", localizada no quadrante nasal superior, marca a sede da incisão conjuntivo-tenoniana. Note que a incisão é paralela ao limbo no início e depois oblíqua de modo a favorecer o rebatimento do retalho sobre a córnea.

Com um descolador expomos o limbo. Evitamos o uso da tesoura nesta etapa para não rompermos a cápsula ou a conjuntiva.

F) Incisão do limbo

Situar a incisão externamente no limbo, de modo a atingir a câmara anterior sem comprometer as estruturas intra-oculares, criando condições para aproveitar ao máximo a retração do lábio posterior da incisão e favorecer o prolapso espontâneo da íris é fundamental para o sucesso da técnica em estudo. Outro fator de capital importância está representado pela orientação correta da incisão ao longo da espessura límbica.

Estudaremos, em primeiro lugar, a sede da incisão externamente no limbo e seu comprimento. Em uma segunda etapa analisaremos os aspectos relacionados com a orientação da incisão.

1 — Sede e comprimento da incisão

Como sabemos o limbo é uma zona de transição entre a córnea e a esclera. Não tem, de modo algum, uma representação linear ou zonas bem definidas que permitam uma orientação segura do ponto de vista anátomo-cirúrgico. MOLLER (3), McLEAN (2) e outros cirurgiões nos ensinam que devemos localizar a incisão a tantos milímetros do limbo, na zona anterior ou posterior. Estas afirmações deixam-nos em dúvida, porque não compreendemos o limbo como uma linha de demarcação ou possuindo zonas distintas, bem delineadas.

SWAN (4), no capítulo referente a "Surgical Anatomy in Relation to Glaucoma", depois de concretas observações anátomo-cirúrgicas, trás sugestões simples sobre o modo de localizarmos a incisão externa no limbo.

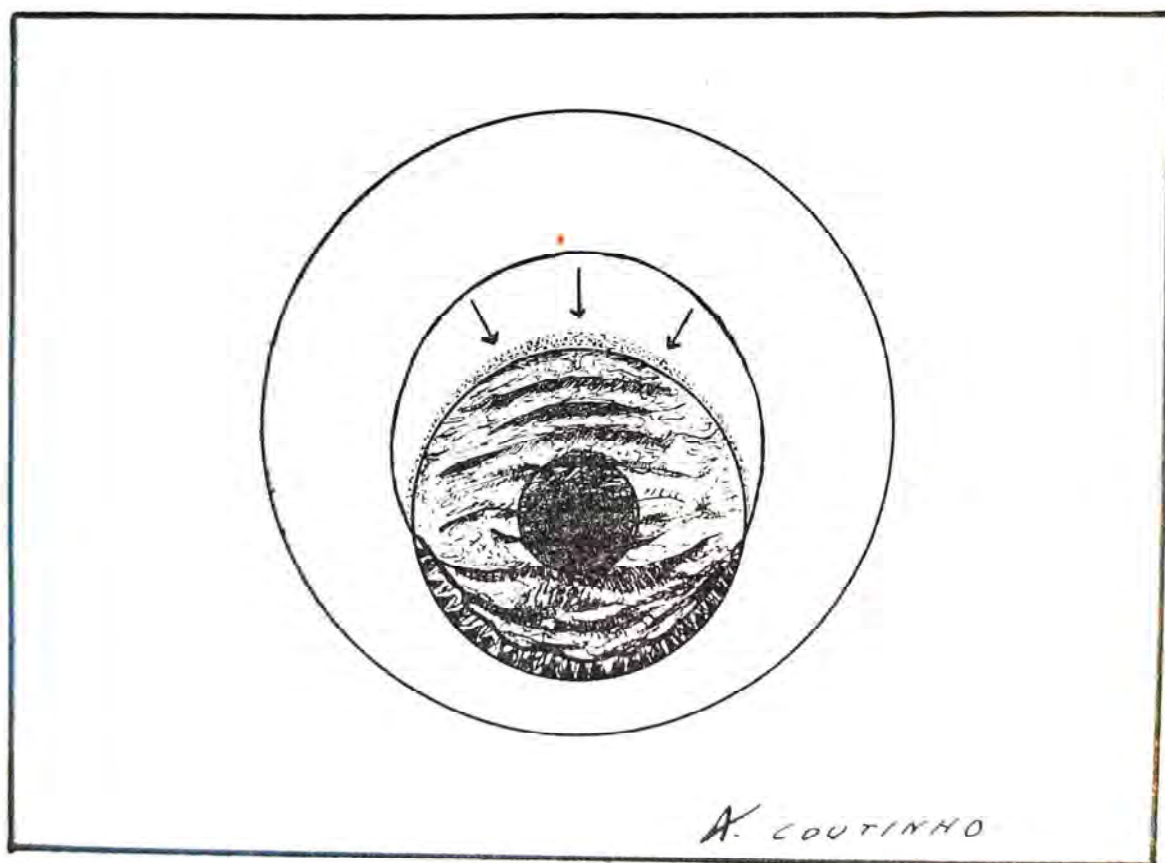


FIG. 2 — A conjuntiva e a cápsula foram incisadas e rebatidas sobre a córnea. A zona pontilhada, indicada pelas setas, salienta a meia-lua branca-azulada ou branca-acinzentada, de capital importância para orientar o cirurgião ao colocar externamente a incisão no limbo.

Quando descolamos o retalho conjuntivo-tenoniano até o ponto em que este se fixa na córnea, aparece uma zona branca-azulada ou branca-acinzentada que pode ser bem identificada. Na figura 2 a conjuntiva foi rebatida sobre a córnea. As setas salientam uma zona pontilhada, que corresponde a uma meia lua, mais larga às doze horas e estreitando-se à medida que caminhamos para o meridiano de 180°. Representa aquela área de tonalidade branca-azulada ou branca-acinzentada referida acima. O limite posterior desta área é o local mais seguro para colocarmos externamente no limbo a incisão. Veja fig. 3.

No que diz respeito ao comprimento da incisão temos variado de 4 a 6 mm. Esta variação está de acôrdo, em seu valor máximo, com aquelas sugeridas por McLEAN (2) e MOLLER (3). Outros cirurgiões, como BOUNDS, MINTON e LYLE (5), sugerem incisões de 4 mm. Reservamos as incisões menores para os olhos claros e as maiores para os olhos mais pigmentados. Julgamos que êstes últimos têm uma tendência para ocluir a fístula, principalmente quando se trata de indivíduos de cútis escura.

2 — Orientação da incisão

Orientar corretamente a incisão é tarefa das mais importantes. A figura 4 nos mostra que uma incisão partindo do ponto "A" e se dirigindo perpendicularmente ao limbo, atinge a câmara anterior no ponto "B". O ponto "A" corresponde ao limite posterior da zona branca-azulada onde marcamos externamente a incisão (Fig. 3). Salientamos as vantagens desta conduta:

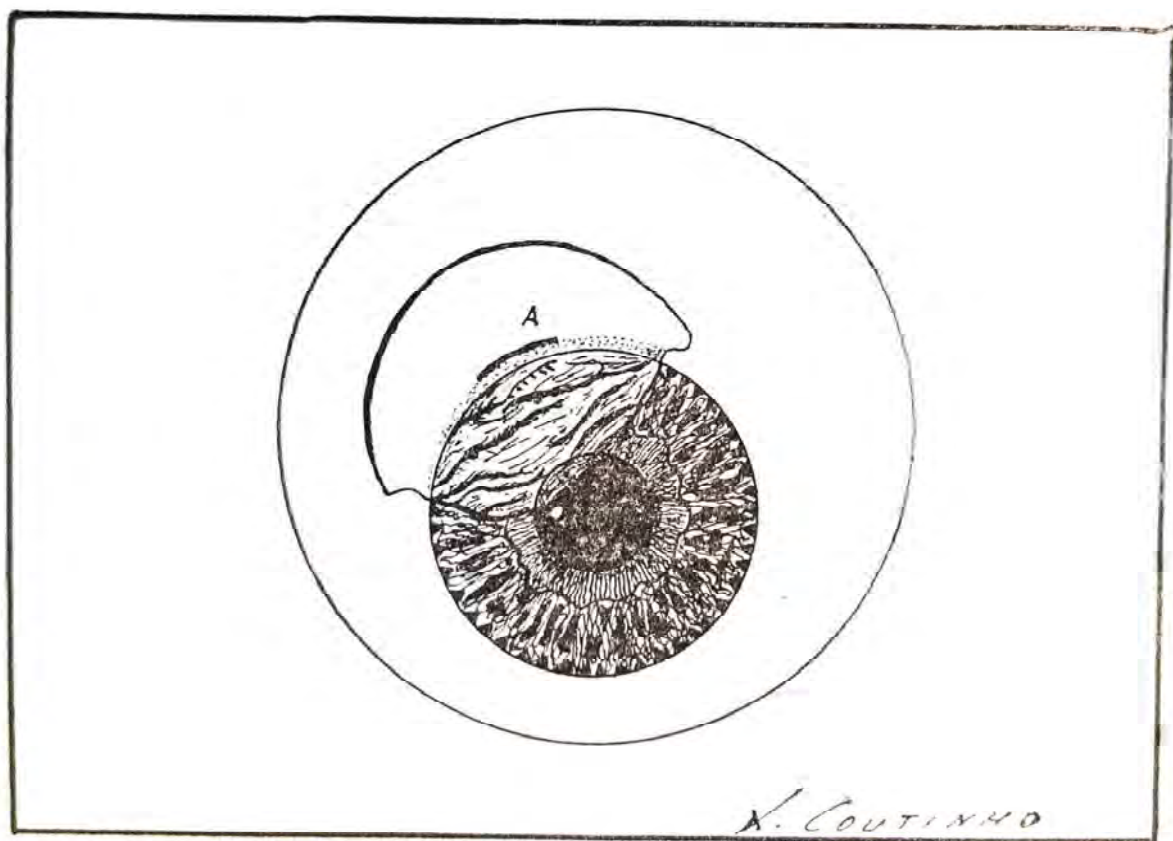


FIG. 3 — OE: o retalho conjuntivo-tenoniano uma vez preparado é rebatido sobre a córnea. No limbo, em pontilhado, a área branca-azulada ou acinzentada e no limite posterior desta região localizamos a incisão limbica externamente.

- a) Absoluta segurança ao penetrarmos na câmara anterior. Não colocamos em risco o corpo ciliar nem estruturas intra-oculares.
- b) Trabalhamos numa zona avascular, imediatamente adiante do canal de SCHLEMM.
- c) Criamos condições para uma retração completa do lábio posterior sob a ação do cautério e o anarecimento espontâneo da íris na ferida limbica.

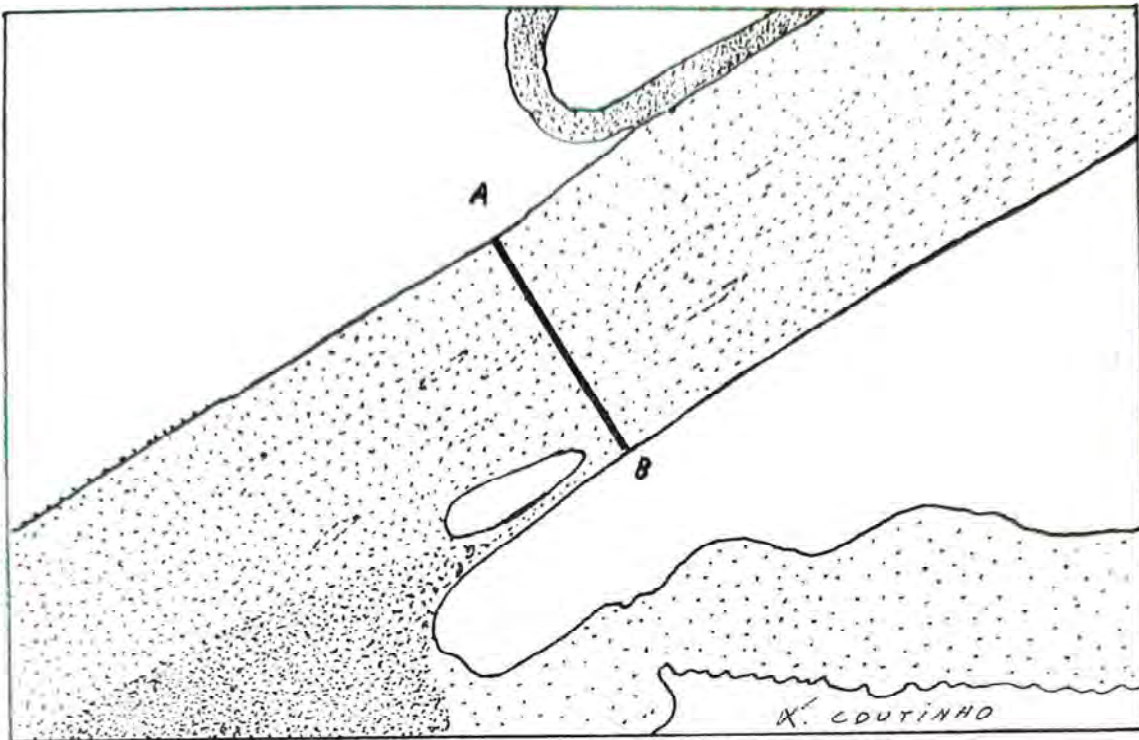


FIG. 4 — A figura ilustra um dos tempos importantes da cirurgia. Partindo do ponto "A", atingiremos o ponto "B" na câmara anterior se a incisão for orientada perpendicularmente em relação à superfície externa do limbo.

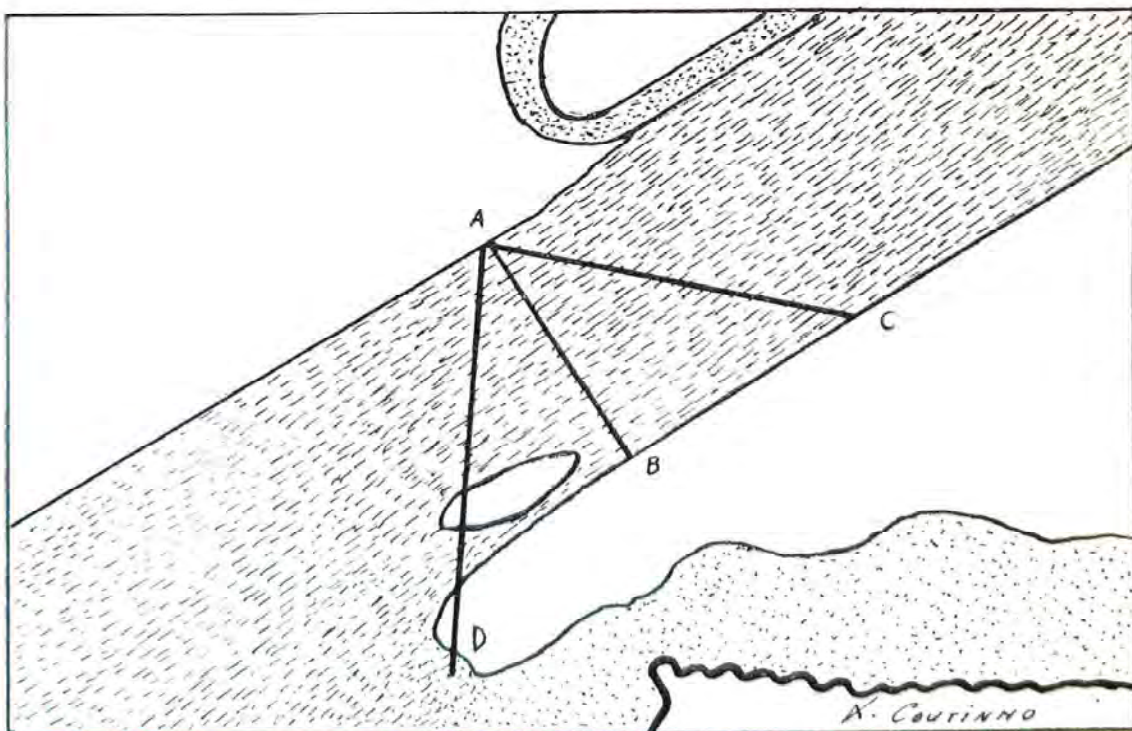


FIG. 5 — A figura ilustra as condições que poderão ser criadas se realizarmos uma incisão oblíqua, partindo do ponto "A". A linha "B" marca a incisão correta.

A figura 5 mostra a linha correta "AB" da incisão. Salienta, por outro lado, duas possibilidades, se orientarmos a lâmina do bisturi obliquamente. A trajetória "AC" e "AD" traz duas desvantagens:

a) "AC" atinge as lâminas corneanas. "AD" poderá comprometer o corpo ciliar na sua porção ântero-mediana.

b) São incisões oblíquas, dificultando o efeito da cauterização e o aparecimento da íris nos lábios da ferida.

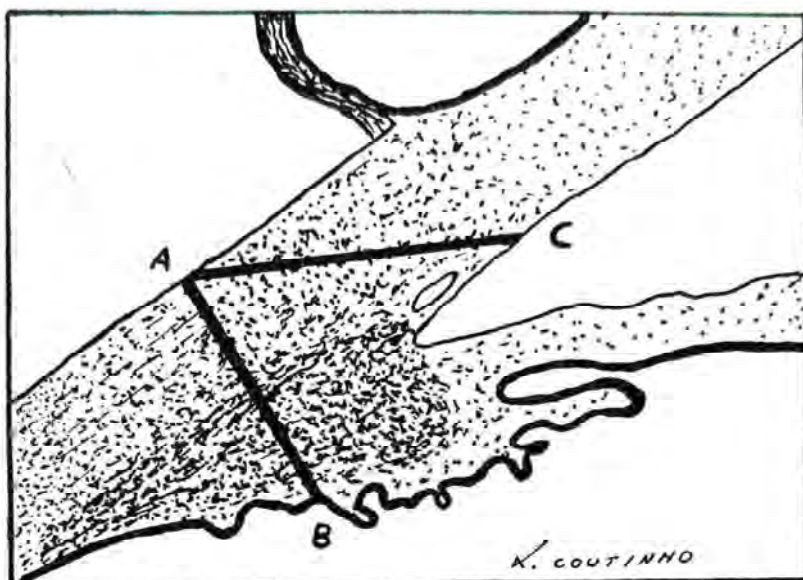


FIG. 6 — Do ponto "A", marco de uma incisão colocada bem posterior no limbo, podemos atingir a câmara anterior em "C" com uma incisão oblíqua. Atingiremos "B" orientando a incisão verticalmente em relação à parede externa do globo.

A sede da incisão em zonas mais posteriores poderá criar dificuldades sérias ao cirurgião. Ilustremos nossas palavras com a figura 6. Partindo do ponto "A", podemos atingir a câmara anterior em "C", criando uma incisão biselada, cujos inconvenientes já salientamos acima. Partindo de "A", atingiremos "B", estabelecendo uma situação desastrosa: lesamos o corpo ciliar abrindo uma ferida por onde o vítreo poderá aflorar à superfície. Tal insistência parece um absurdo de nossa parte. SWAN (4) registra um fato semelhante, presenciado quando assistia a uma intervenção. Dr. LEONARD CHRISTENSEN, citado por SWAN, analisando uma série de olhos submetidos a iridectomias ou fistulizantes anti-glaucomatosas, pôde apreciar os eventos que surgiram em consequência de incisões mal colocadas e mal orientadas.

Estender aqueles princípios básicos de cirurgia às outras intervenções antiglaucomatosas, nos parece prova de bom senso.

G) Cauterização do lábio posterior da incisão

Tenhamos em mente que o fundamento da técnica de SCHEIE consiste em provocar, pela cauterização límbica, o afastamento dos lábios da incisão, de modo a criar uma comunicação entre a câmara anterior e o espaço episcleral. Partindo deste princípio, podemos valorizar devidamente este tempo da cirurgia.

Utilizamos, para cauterização do lábio posterior da ferida, o cautério de HIL-DRETH. É preciso dosar a cauterização de modo a retrainr o tecido sem carbonizá-lo. A figura 7 ilustra as diferentes etapas do método. Com efeito:

— Em I, observamos o cautério (A) agindo sobre o lábio posterior da incisão (B).

— Em II, notamos o lábio posterior retraído (C). A incisão foi aprofundada um pouco mais, sempre verticalmente em relação à superfície externa do limbo. A extremidade do cautério (A) passa a agir em zona mais profunda, sempre na parede posterior da incisão.

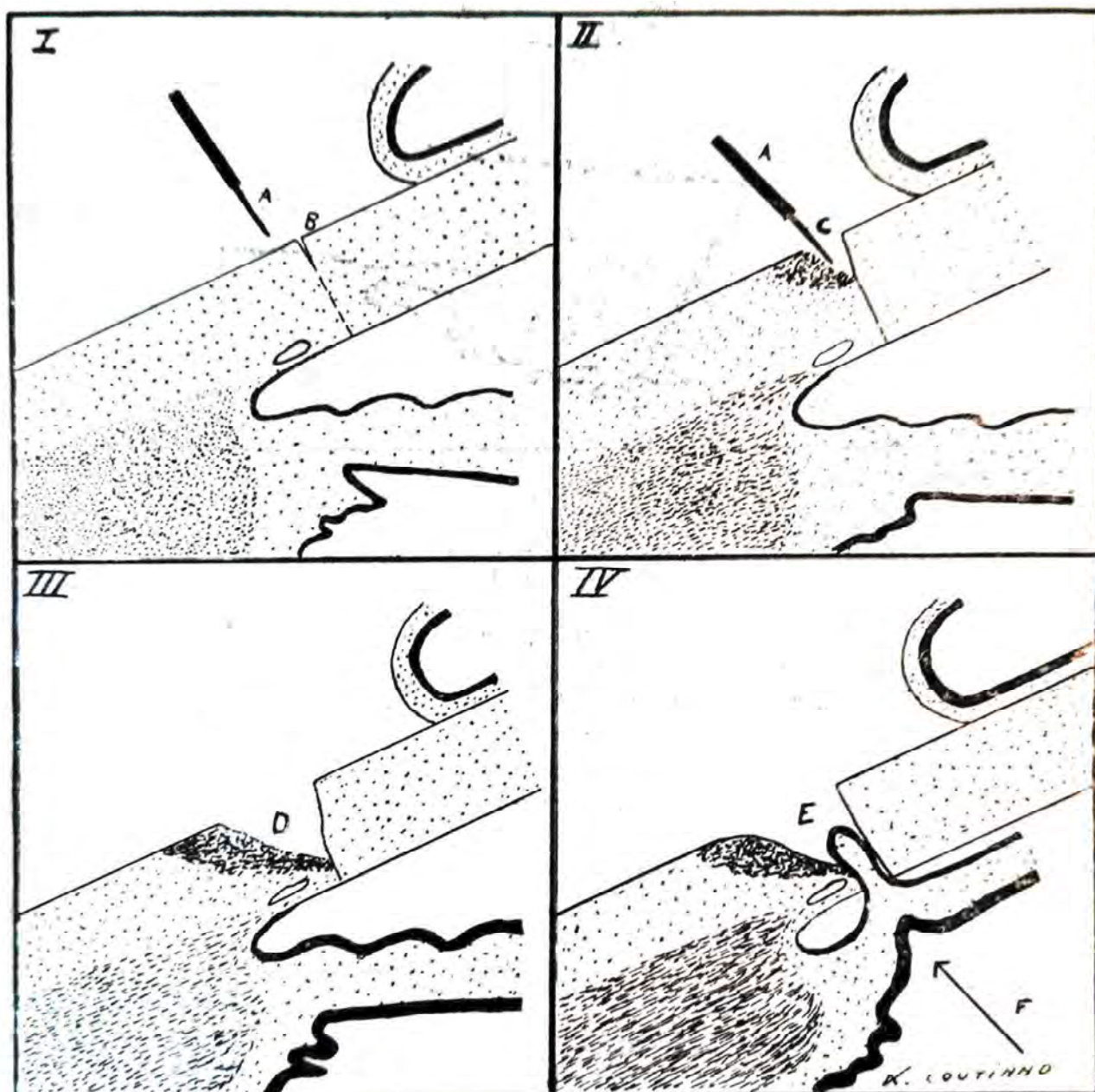


FIG. 7 — I — A extremidade "A" do eletrocautério agindo no lábio posterior da incisão "B". II — A incisão foi aprofundada um pouco mais. A ponta do cautério, que já provocou uma retração no lábio posterior "C", prepara-se para agir mais no fundo. III — Completamos a cauterização. Note a retração do lábio posterior da ferida limbica "D". IV — Prolapso da íris no fundo da incisão "E".

— Em III, notamos o efeito final da cauterização na lábio posterior da incisão (D).

— Em IV, penetramos na câmara anterior e observamos a íris herniando na ferida.

A retração da incisão provocada pelo calor da ponta do eletrocautério, goza de uma particularidade interessante e salientada por JOVIANO DE REZENDE (6). O calor na ponta do cautério é suficiente para produzir um efeito local e limitado. A propagação do calor em profundidade é praticamente nula, tendo em vista a baixa condutibilidade do tecido cauterizado.

A diatermia, por outro lado, é capaz de produzir acentuada retração escleral e é também empregada por alguns cirurgiões, como MALBRAN (7) e MOLLER (3). Nós mesmos, usamos a diatermia em dois casos (números 19 e 29). A ocorrência de iridociclite no pós-operatório chamou-nos a atenção e relacionamos tais fatos à diatermia. Com efeito, JOVIANO DE REZENDE ensina-nos "o calor obtido origina-se na intimidade do próprio tecido, e é fruto da resistência por este oferecida à passagem da corrente de alta frequência". É difícil dosar a diatermia de modo a agir local e limitadamente no limbo, impedindo sua ação sobre o corpo ciliar. Acreditamos que isto justifique a alta incidência de acidentes envolvendo a íris e corpo ciliar. Compreendemos a razão pela qual MOLLER constata marcada tendência às sinéquias posteriores, pois em uma série de 65 operados, 75% apresentavam sinéquias posteriores. Julgamos que assim fica justificado o fato de alguns autores, empregando o eletrocautério de HILDRETH, não incluírem tais complicações em seus pacientes, GUINAN (8); BOUNDS, MINTON e LYLE (5).

H) Iridectomia

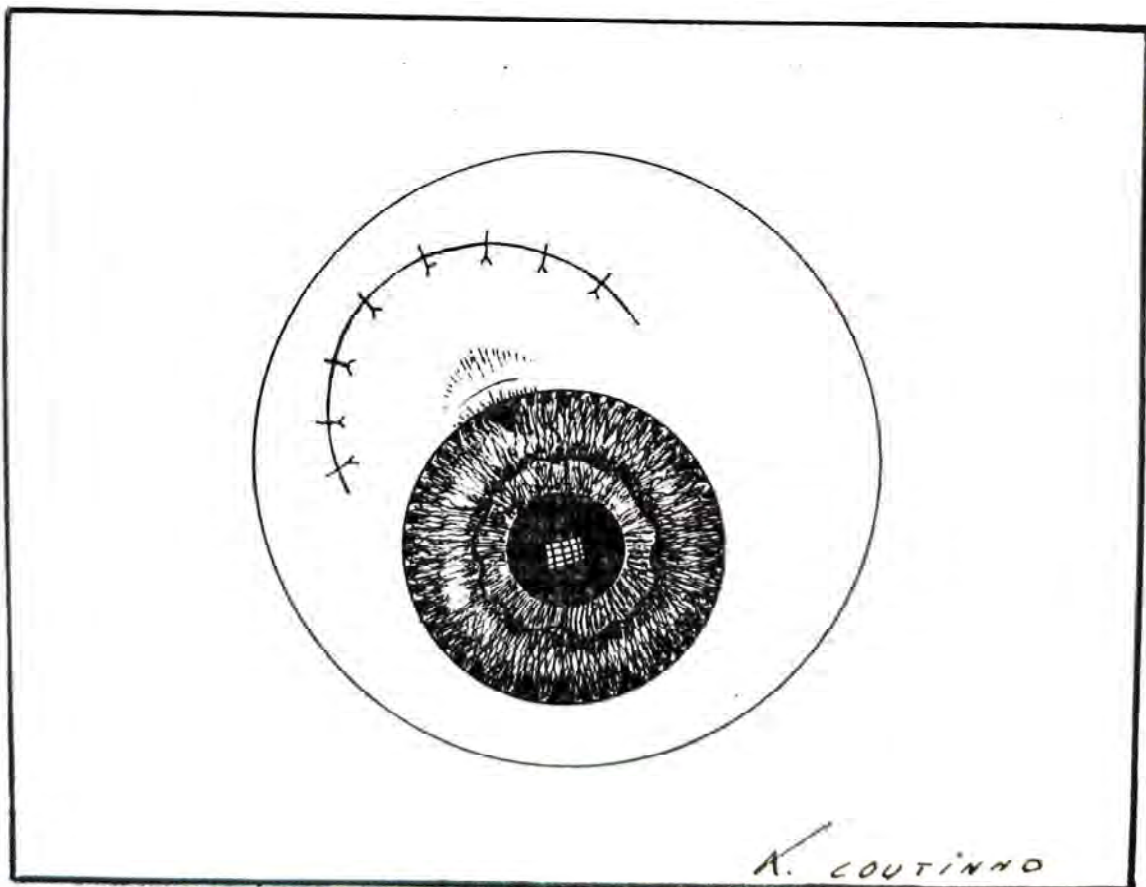


FIG. 8 — OE: a figura representa esquematicamente o aspecto do olho operado. No setor nasal superior está localizada a fistula, apresentando discreto relevo. A iridectomia periférica, na região correspondente, também é visível.

A iridectomia periférica constitui rotina na técnica de SCHEIE. Contudo, a iridectomia total poderá ser feita. MOLLER (3), em sua série de observações, fez algumas iridectomias totais, sem que isto acarretasse nenhuma dificuldade ou lhe trouxesse qualquer complicação.

O prolapso espontâneo da íris entre os lábios da ferida límbica seria o ideal para realizarmos a iridectomia sem introduzir ou manipular instrumentos cirúrgicos na câmara anterior. Reconhecemos que nem sempre isto acontece. Frequentemente, introduzimos a pinça entre os lábios da incisão já retraída, para apreender a íris, que é visível no fundo da ferida (fig. 7-IV). Em outras ocasiões, uma compressão discreta no lábio posterior da incisão favorece o seu aparecimento espontâneo. É possível que, em algumas oportunidades, tenhamos introduzido a extremidade da pinça colibrí para fixar a íris em plena câmara anterior. GUINAN (8), em 24 intervenções, registrou o prolapso espontâneo da íris em 7 casos; comprimindo o lábio posterior da incisão límbica em 14 casos; introduziu a pinça na câmara anterior em 3 pacientes.

I) Sutura conjuntival

Tanto o chuleio como os pontos em separados são empregados para reconstituir o retalho conjuntivo-tenoniano. Pessoalmente, preferimos o ponto em separado, pois não dá margem à deiscência da sutura no pós-operatório.

O uso da sêda virgem nestas suturas tende a se generalizar. É verdade que a reação tissular é mínima com o fio de sêda virgem. Utilizando aquele fio, a reação inflamatória ao nível da incisão conjuntivo-tenoniana é bem menor e permite uma coaptação boa.

Como o fio é bem mais fino que a sêda usada frequentemente nestas suturas, o número de pontos poderá ser maior, não permitindo, ao longo da incisão, qualquer afastamento nos lábios da ferida. Salientemos que a sutura é feita procurando aproximar conjuntiva e cápsula dando assim uma cobertura espessa para a fístula.

J) Curativo

Encerrado o ato cirúrgico, após a sutura do retalho, lavamos os fundos de sacos conjuntivais com soro fisiológico, removendo os coágulos. Visamos eliminar qualquer resto de sangue que possa representar um meio favorável de cultura.

Para encerrarmos, instilamos 2 gotas de colírio estéril de atropina a 1%. O olho operado é então ocluído com opérculo e protegido com protetor.

De rotina, deixamos o olho contralateral aberto para facilitar a instilação de algum colírio ou não dar ao cliente a sensação de cegueira ao despertar.

K) Pós-operatório

Como regra, o pós-operatório é tranquilo para o cliente e para o olho. O primeiro curativo é feito 24 horas após o ato cirúrgico e consiste, além da limpeza com colírio de antibiótico, na instilação de atropina a 1% e colírio de dexametasona. No dia seguinte, repetimos o mesmo curativo, deixando o olho operado sem opérculo,

com o protetor e damos alta ao cliente cuja câmara anterior poderá estar rasa, ausente ou refeita.

Recomendamos o uso de dexametasona (colírio) de 2 em 2 horas durante o dia e atropina a 0,5% ao deitar. Os curativos passam a ser feitos de 2 em 2 dias até a retirada dos pontos e presença de câmara anterior de profundidade normal.

A retirada dos pontos conjuntivos-tenonianos é realizada uma semana depois da operação.

L) Complicações

Cabe-nos dividi-las em dois grupos: 1) Complicações no ato operatório. 2) Complicações no pós-operatório.

1) Complicações no ato operatório

Obedecidas as normas ditadas pela técnica cirúrgica, raramente poderemos constatar um acidente de grande vulto. Com efeito, após 60 intervenções não registramos nenhum acidente de grande monta. Apenas 2 casos merecem ser incluídos aqui:

O caso n.º 53, com rutura do retalho conjuntivo-tenoniano na inserção corneana devido a manipulação do mesmo. O fato só foi notado quando suturávamos a conjuntiva. Fixamos o retalho na córnea, após remoção do epitélio corneano em zona limitada. A câmara anterior permaneceu rasa durante uma semana. Realizamos uma nova intervenção, semelhante à primeira, fixando melhor o retalho conjuntival. A câmara anterior se refez em 7 dias.

O caso 27, já relatado linhas atrás, consistiu na penetração de metil-prednisolona na câmara anterior.

Outros acidentes poderão ocorrer em etapas diferentes relacionadas com as fases do ato cirúrgico.

Na nossa série de observações não registramos nenhuma outra complicação que possamos incluir neste capítulo. Tal fato, acreditamos nós, se deve à simplicidade do método e à observação criteriosa dos princípios de técnica operatória. Julgamos que dois elementos importantes concorrerão para evitarmos acidentes durante o ato operatório:

- a) Localização e orientação correta da incisão límbica.
- b) Manipulação discreta para fixar a íris no tempo correspondente a iridectomia.

2) Complicações no pós-operatório

- a) Câmara anterior rasa

A câmara anterior rasa no pós-operatório é considerada como a complicação mais freqüente. SCHEIE, em uma série de 162 operações, observou que 95 olhos tinham suas câmaras anteriores refeitas em 3 dias; 44 olhos ao fim de uma semana; 9 com 10 dias; 7 necessitaram de duas semanas ou mais para refazer a câmara anterior, sendo que 3 destes olhos foram operados para injeção de ar na câmara anterior.

MOLLER registra um terço dos seus pacientes com câmara anterior sempre re-feita. Admite que o tempo médio para a câmara anterior se refazer é de 5 dias, embora tenha observado casos em que foram necessários mais de 10 dias.

BOURNE (9) admite que a câmara anterior se refaça, em média, com 3 a 10 dias. Dr. SMART, discutindo o trabalho de BOURNE, assinala que em 53,4% a câmara anterior se refaz num período de 5 a 10 dias.

Na nossa série de observações, aqueles casos que apresentaram câmara anterior rasa por mais de 10 dias foram submetidos à rigorosa oftalmoscopia e constatamos a presença de descolamento coróide (casos números 9, 48 e 49). O cliente V.P. operou em primeiro lugar o OD e apresentou descolamento coróide nasal inferior. Realizamos uma ciclodiálise com injeção de ar na câmara anterior. Posteriormente, operamos o OE e novo descolamento foi observado. Uma primeira ciclodiálise com injeção de ar na câmara anterior não foi suficiente para refazer a câmara. Constatamos um novo descolamento coróide ocupando dois quadrantes, o que nos obrigou a nova intervenção em que a ciclodiálise foi acompanhada de oclusão da fístula no próprio ato operatório.

Não existe uma opinião comum referente ao quanto devemos esperar para que a câmara anterior se refaça. SCHEIE (10) admite que a injeção de ar poderá ser realizada ao fim de duas e meia a três semanas. Não nos esclarecem quanto ao tratamento a que são submetidos os pacientes. Aproveitamos a oportunidade para voltar a insistir na oftalmoscopia indireta para estes pacientes, com o intuito de surpreendemos pequenos ou grandes descolamentos coróides.

Julgamos que a ausência ou a câmara anterior rasa no pós-operatório das fistulizantes antiglaucomatosas constitui um fato ditado pela natureza da própria intervenção. Com efeito, ao estabelecermos uma comunicação livre entre a câmara anterior e o espaço episcleral, criamos condições favoráveis para que o humor aquoso flua com facilidade para a fístula. Sabemos, por outro lado, que a intervenção induz a um estado de hipossecreção; e mais, muitos dos pacientes ainda estão sob o efeito da acetazolamida ou similares e alguns conservam até no pós-operatório o inibidor da anidrase carbônica.

Temos, resumindo, escoamento fácil e amplo através da fístula nos primeiros dias da intervenção, e, por outro lado, criamos condições que estabelecem francamente a redução do fluxo de aquoso. Fácil seria concluirmos por uma situação que favorece em todos os aspectos uma câmara anterior rasa.

Se visamos uma técnica que nos ofereça uma câmara anterior sempre presente no pós-operatório ou que se recupere o mais rapidamente possível, criamos condições para que possamos preencher estes requisitos. Poderemos contribuir em parte, evitando os inibidores da anidrase carbônica alguns dias antes da cirurgia e, por outro lado, ocluindo a fístula temporariamente.

Tais considerações não são absurdas e encontram apoio no próprio SCHEIE (10) que suspende, quando possível, a acetazolamida vários dias antes da intervenção. BECKER sugere que um ponto córneo-escleral oclua a fístula por 48 horas para, bloqueando o fluxo fácil e abundante de humor aquoso, facilitar a restauração da câmara anterior.

Em outra oportunidade, apreciaremos possíveis vantagens da alça de BECKER. Nossa experiência ainda é pequena, cêrca de 12 casos, porém já nos deixa entrever que poderemos abreviar de muito o tempo para reformação da câmara anterior.

Na nossa série de pacientes não registramos o exato momento em que a câmara anterior se refez. Isto se explica, pois damos alta ao cliente com dois dias de operado e torna-se impossível precisar os fatos. Recomendamos que todo operado, com câmara rasa ao fim de uma semana, seja submetido à rigoroso exame de fundo de olho para surpreendernos descolamentos coróideos e sem mais delongas corrigirmos tal acidente, esvaziando o líquido e injetando ar na câmara anterior.

No caso n.º 7 observamos um fato intressante! Notamos as zonas periféricas da câmara anterior refeitas e no centro íntimo contato entre a face posterior da córnea e a cristalóide anterior. No 12.º dia da operação, a câmara anterior se apresentava totalmente refeita e não se observa contato córnea-cristalóide.

b) Iridociclite pós-operatória

Os casos números 19, 21 e 29 apresentaram nítidas manifestações de comprometimento da íris e do corpo ciliar. Lembramos que nêstes pacientes, obtivemos a retração do lábio da ferida límbica com a agulha de diatermia. A reação inflamatória cedeu com corticosteróide local e geral, e o emprêgo de atropina a 1% (4 a 6 vezes ao dia).

Acreditamos que a diatermia, agindo profundamente tenha desencadeado êstes acidentes. Passamos a usar sistematicamente o eletrocautério de HILDRETH sem observarmos, a partir de então nenhum caso semelhante.

c) Hifema

É outra complicação observada pelos autores nas fistulizantes antiglaucomatosas. Um hifema discreto pode ser notado nas primeiras 24 horas em alguns pacientes. Julgamos que alguns desses casos corram por conta da penetração de sangue na câmara anterior oriundo dos vasos episclerais. Temos notado, antes de suturarmos a conjuntiva, a presença de vasos episclerais nos lábios da incisão límbica ou mais longe dela, que alimentam pequenas hemorragias. Acreditamos que êstes fatos, passados despercebidos, possam entreter um discreto hifema nas primeiras 24 ou 48 horas que se seguem ao ato cirúrgico. Passamos a adotar, antes de suturarmos a conjuntiva, a lavagem de toda episclera exposta com sôro fisiológico e inclusive a incisão para removermos qualquer sangue e descobriremos pequenos vasos que mereçam melhor hemostasia.

d) Outras complicações

Acidentes pós-operatórios de outras naturezas são citados por vários autores. Referimo-nos à infecção, descolamentos retinianos, edema de córnea, alterações cristalinianas, etc.

O caso n.º 45, desenvolveu uma catarata completa ao fim de 6 meses de operado. O cliente já apresentava, antes da fistulizante, marcadas alterações do cristalino; em fevereiro dêste ano foi submetido à extração intracapsular, com incisão corneana, localizada nos quadrantes temporais.

L) Comentários

A finalidade fundamental do nosso trabalho é propagar a técnica de SCHEIE. Com efeito, é um método simples, bem estruturado e de fácil execução. Não temos o propósito de demonstrar sua superioridade sobre as outras técnicas de fistulização antiglaucomatosas. Deixaremos para outra ocasião a análise comparativa das diferentes técnicas por nós empregadas no tratamento cirúrgico do glaucoma. Nos limitaremos à observação dos resultados do método de SCHEIE sobre a pressão intra-ocular.

O registro tensional refere-se à média das pressões colhidas antes da intervenção e depois dela. Utilizamos tanto o tonômetro de aplanção como o de SCHIOTZ. A tonometria de indentação é sempre feita com dois pesos, 5,5 gr e 10 gr, corrigindo a rigidez escleral. Todos os clientes foram submetidos à terapêutica intensa, à base de mióticos e inibidores da anidrase carbônica antes de recorrermos ao tratamento cirúrgico.

Observamos, consultando a relação dos clientes operados, que as tensões médias pré-operatórias nem sempre assumem valores altos. Tal fato se explica, pois todos os pacientes recebiam tratamento clínico intensíssimo, procurando reduzir ao máximo a pressão intra-ocular. Alguns clientes foram operados atendendo ao caráter meramente social da indicação cirúrgica (casos números 14, 15, 32, 33, 52). Outros, cuja pressão média pré-operatória pode ser definida estatisticamente como de limiar, apresentaram lesões campimétricas evolutivas, apesar do tratamento clínico (13 e 21). Alguns eram glaucomatosos prodrômicos e já não apresentavam coeficientes tonográficos que justificassem uma simples iridectomia periférica (casos números 2 e 22).

Reconhecemos que é difícil definir para cada indivíduo sua pressão normativa. Sob o ponto de vista estatístico estabelece-se melhor o conceito de pressão ocular anormal. Na XII Jornada Brasileira de Oftalmologia, um dos quesitos a merecer particular atenção dos congressistas foi aquele referente às cifras tonométricas consideradas normais. "Estatisticamente, 99,5% da população tem P.O. menor que 17 mmHg à aplanção e menor que 20,5 ao SCHIOTZ". BECKER (11) traz alguma luz sobre o assunto quando nos ensina que valores acima de 21 mmHg (4 divisões com o peso 5,5 gr ou 6,25 divisões com o peso 7,5 gr na escala de SCHIOTZ) devem ser considerados suspeitos e submetidos a novos esclarecimentos.

Verificamos na nossa série que o caso n.º 27 se mantém com uma média tensional de 19,99 à aplanção sem lesões campimétricas evolutivas. Os outros pacientes se encontram naquela faixa tensional que é definida pela estatística como normal para uma população de indivíduos não glaucomatosos.

Admitimos que cinco casos não tiveram sucesso sob o ponto de vista cirúrgico (casos números 11, 13, 37, 41, 49), representando 8,33% dos olhos operados. Dez olhos necessitaram de uma medicação complementar (exclusivamente pilocarpina) e constituem 10% das operações. Quarenta e nove olhos tiveram redução satisfatória na sua pressão ocular, abrangendo 81,66% dos operados. Onze pacientes acusaram uma pressão inferior a 10 mmHg, ou seja 18,33%.

Grupos	Número de pacientes	Percentagem
Sem resultados	5	8,33%
Controlados com miótico	10	16,66%
Controlados sem miótico	49	81,66%
Pressão ocular inferior a 10 mmHg	11	18,33%

Resultado obtido com a operação de SCHEIE em 60 olhos operados.

M) Conclusões

Dos fatores fundamentais que nos levaram a adotar a técnica de SCHEIE, um é dominante: simplicidade. Nós mesmos não tivemos dificuldade em nos familiarizarmos com o método. Outro elemento que nos chamou a atenção foi o aspecto externo das fístulas: planas ou discretamente elevadas, recobrimento conjuntivo-tenoniano espesso. Verificamos que o problema da câmara anterior rasa, no nosso entender, é denominador comum em todos os processos de fistulização e não constitui nenhum senão à técnica. Pode, como método cirúrgico, ser empregado nos glaucomas de ângulo estreito ou aberto, nas formas crônicas ou agudas, principalmente nos processos primários. Acreditamos que modificações as mais variadas possam ser introduzidas na técnica original, criando novas perspectivas cirúrgicas no tratamento dos glaucomatosos. Ver figura 8, aspecto final da intervenção.

Relação dos doentes operados

N.º	Nome	Data	Tensão média pré-oper.	Tensão média pós-oper.	Observações
1	NFC	10-12-63	29.00	10.00 *	Op. OD crise aguda
2	NFC	26-10-64	17.00	10.00 *	Op. OE glaucoma prodrômico ou intermitente
3	NA	30-11-64	80.00	9.65	Op. OD crise aguda
4	NA	3- 1-64	80.00	15.95	Op. OE crise aguda
5	MSN	20-10-63	61.00	10.17	Op. OE crise aguda
6	MSN	3- 2-64	30.10	18.77	Op. OD. Usando miótico
7	JFL	27-11-63	30.70	12.50 *	Op. OD. Cristalino em contato com a córnea durante 12 dias
8	JFL	28- 4-64	29.30	10.86	Op. OE
9	DMC	11-12-63	39.50	9.80	Op. OD. Descolamento coróide
10	DMC	6- 4-64	24.00 *	11.00 *	Op. OE
11	CS	27-10-64	24.48	21.86	
12	AR	29-12-63	23.00 *	14.50 *	Usando miótico no pós-operatório
13	MSL	6- 1-63	19.02 *	15.75 *	Ver esclarecimento no texto
14	GG	30-12-63	20.18	16.40	Ind. cirúrgica: caráter social Usando miótico
15	HMS	6- 4-64	20.03	14.07	Ind. cirúrgica: caráter social
16	MP3	26-12-63	29.00	12.00 *	
17	MVL	21-11-63	29.00	10.00 *	

18	MS	20- 9-63	52.00	13.64	
19	CLM	18-10-63	33.00	12.66 *	Op. OE. Iridociclite pós-operatória
20	CLM	14- 4-64	34.66	10.00 *	Op. OD
21	WJN	9-12-63	19.66	8.47	Ver esclarecimento no texto. Iridociclite pós-operatória
22	AAF	8- 5-64	20.50 *	16.25 *	Glaucoma prodrômico
23	MLS	29- 1-63	22.25 *	10.50 *	
24	BS	18-11-63	43.20	12.00 *	
25	MP	8-10-63	37.10	10.00 *	
26	OGR	6-12-64	41.12 *	8.00 *	
27	OS	15-10-63	34.21	19.00 *	
28	JFS	20-10-63	40.00	17.30	
29	CQ	11-63	22.17	10.20	Iridociclite pós-operatória
30	IF	4- 2-64	24.70	13.30	
31	AR	9- 9-63	29.00	12.20	
32	EL	2-12-64	20.70	12.50	Ind. cirúrgica: caráter social
33	NCS	3-64	19.22 *	12.00 *	Ind. cirúrgica: caráter social
34	MMR	16- 3-64	26.00	16.40	Usando miótico
35	JOC	18-12-63	22.58 *	15.10 *	Operado iridênclise e depois pela técnica de Scheie
36	AM	16-11-64	23.24	8.80	
37	JA	9-64	37.80	29.00	
38	MGS	5- 4-64	27.13	15.20	Op. OD. Usando miótico
39	MGS	2- 1-65	26.47	17.00	Op. OE
40	LAS	31- 1-64	45.80	16.50	OD: referência de crise aguda durante 3 meses. Usando miótico
41	JAA	10- 1-64	50.60	34.17	
42	DMF	11- 3-64	25.26	10.00 *	
43	AAS	13- 2-64	35.80	9.00 *	Op. OE
44	AAS	2- 3-65	35.80	8.50	Op. OD crise aguda por atropina
45	HL	4- 5-64	22.44	7.00 *	
46	HL	9- 9-64	24.97	9.00 *	
47	IML	7- 2-64	43.40	10.96	Crise aguda sem controle médico
48	VP	30- 3-64	25.70	7.56	Descolamento coróideio no pós-operatório
49	VP	1-12-64	32.20	22.00	Descolamento coróideio operado 2 vezes. Oclusão da fistula
50	ICO	11-12-64	26.00	13.00 *	
51	EH	26-12-64	26.00 *	8.00 *	
52	CS	9- 3-65	21.64 *	12.20	Ind. cirúrgica: caráter social
53	ASM	1-12-64	23.33 *	17.30 *	Rutura retalho conjuntival
54	LGC	8- 1-65	28.80	15.00 *	
55	VV	12-11-63	40.30	12.00	OE crise aguda
56	JSV	6-64	28.00 *	12.00 *	Crise aguda OD
57	JSV	15- 3-65	22.00 *	12.00 *	Crise aguda OE
58	JS	15- 1-65	28.80	13.00 *	
59	HC	20- 5-64	26.20	12.00 *	Crise aguda OD
60	MR	1-64	28.30	11.00 *	

O sinal * indica médias tonométricas colhidas com o tonômetro de aplanção.

SUMMARY

Scheie's Operation for Glaucoma

The technique is described and a report of 60 glaucomatous eyes treated by Scheie's operation is given.

It is particularly useful in lowering the intraocular tensions in eyes with primary glaucoma. Control of pressure was obtained in 49 eyes (81.66%). Ten eyes (10%) need miotics to achieve con-

trol. Ocular pressure was less than 10 mmHg by applanation tonometry in eleven eyes and after the operation there were no bad visual results.

Complications as delayed restoration of anterior chamber, hyphema, iridocyclitis (3 eyes) by diathermy are presented. No case of iridocyclitis has been reported with the Hildreth cautery. In case 45 there was a rapid increase of the lens opacities. A posterior cataract extraction was performed.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Scheie, H. G.: Retraction of scleral wound edges as fistulizing procedure for glaucoma. *Am. J. Ophth.* 45:220, 1958.
- 2 — McLean, A. L.: Limbal lip cautery for glaucoma. *Arch. Ophth.* 71:633, 1964.
- 3 — Moller, P. M.: Sclerotomy with cautery and iridectomy for glaucoma. *Acta Ophthalmologica* 41:151, 1963.
- 4 — Swan, Kenneth C.: Symposium on Glaucoma. C. V. Mosby Company, St. Louis, 1959.
- 5 — Bounds, G. W., Minton, L. R. and Lyle, L. P.: Peripheral iridectomy with scleral cautery. *Am. J. Ophth.* 58:84, 1964.
- 6 — Rezende, Joviano: Diatermia e fotocoagulação no tratamento do descolamento da retina. *Anais do XII Congresso Brasileiro de Oftalmologia*, 1962.
- 7 — Malbran, J. and Malbran, E.: Surgery for primary glaucoma. *Am. J. Ophth.* 47:34, 1959.
- 8 — Guinan, P. M.: Peripheral iridectomy with scleral cautery, Scheie's operation for glaucoma. *Trans. Ophthalmol. Soc., U. K.* 79:713, 1962.
- 9 — Bourne, R. A. and Adams, S. T.: Results of Scheie filtering operation. *Tr. Canad. Ophth. Soc.* 23:124, 1960.
- 10 — Scheie, H. G.: Filtering operation for glaucoma: a comparative study. *Am. J. Ophth.* 53:571, 1962.
- 11 — Becker, B. and Shaffer, R. N.: Diagnosis and therapy of the glaucomas. C. V. Mosby Company, St. Louis, 1961.

CIRURGIA DA CATARATA

Técnica que Dispensa Assistente (*)

OSVALDO C. CARDOSO DE MELO (**)

Com o intuito primordial de demonstrar uma técnica de operação de catarata que pode, sem dificuldade, ser executada sem o auxílio de um assistente e, portanto, de grande interesse para os cirurgiões oftalmologistas que exerçam sua prática no interior, é que apresentamos este trabalho, no qual trazemos de volta à discussão o problema das vantagens dos retalhos com base para o fórnice, os quais em nossa relatada experiência dos 151 casos apresentados, não propiciaram, uma vez pelo menos, invasão epitelial da câmara anterior, o que tem sido a desvantagem mais frequentemente alegada contra aquele tipo de retalho.

Durante o período de nosso treino cirúrgico, julgávamos que ao entrarmos em nossa prática, fariamos as operações de catarata utilizando preferentemente a técnica de suturas de Mc LEAN, de retalho conjuntival com base para o limbo córneo-escleral, portanto. Contudo, ao assumirmos a responsabilidade de nossa clínica, no interior, sentimos logo de início a impossibilidade de contar com assistente que nos pudesse auxiliar em todas as nossas operações e resolvemos adotar a técnica cirúrgica empregada pelo Serviço do Dr. WILFRED E. FRY, onde realizamos o nosso treino no Wills Eye Hospital, Filadélfia, U.S.A., cuja eficiência tem sido confirmada pela nossa experiência pessoal.

Muito embora as técnicas do retalho conjuntival e suturas córneo-esclerais por nós apresentadas tenham aplicação em variados casos de cirurgia córneo-escleral ou simplesmente corneana, sendo igualmente bons os resultados obtidos em casos de paracenteses de câmara anterior para evacuação de hifemas traumáticos (só sutura), iridectomias ópticas, retiradas de corpos estranhos na câmara anterior, etc., somente apresentaremos os casos de cataratas por nós operados na Clínica de Olhos da Santa Casa de Misericórdia de Campos, RJ., a partir de setembro de 1958 com exceção das discições e capsulotomias.

(*) Trabalho realizado na Clínica Oftalmológica da Santa Casa de Misericórdia de Campos, Estado do Rio de Janeiro. Apresentado à III Jornada Regional de Petrópolis do Colégio Internacional de Cirurgiões e II Semana de Cirurgia do Estado do Rio de Janeiro, realizadas no Hotel Quitandinha de 25 a 30 de agosto de 1964.

(**) Ex-Residente do Wills Eye Hospital de Filadélfia, PA., U.S.A. e Assistente da Clínica Oftalmológica da Santa Casa de Misericórdia de Campos, Estado do Rio de Janeiro.

Como cuidados pré-operatórios, como rotina, solicitamos do paciente a ser submetido à operação de catarata:

a) Exames de sangue:

1. Tempos de coagulação e sangramento;
2. Hemograma de SCHILLING, hematimetria e hemoglobinometria;
3. Dosagens de uréia, glicose e colesterol;
4. Reações sorológicas para lues.

b) Exames de urina:

1. Pesquisa de elementos anormais;
2. Sedimentoscopia.

c) Exame clínico geral.

Se necessário, pedimos outros exames, com o objetivo de pesquisar focos dentários, otolaringológicos, etc.

Usualmente, internamos o paciente que irá se submeter à operação de catarata no dia anterior à mesma, cerca de 14 horas, quando mandamos que lhe seja ministrado um purgativo salino brando. Na noite pré-operatória o paciente tomará dois comprimidos de Glaucosin (Acetazolamida — 200 mg + Metazolamida — 50 mg + Meprobamato — 50 mg, por comprimido). Na manhã da operação, duas horas pré-operatórias, tomará um comprimido de Glaucosin e, uma hora antes da operação, ser-lhe-ão aplicados, i.m., os seguintes medicamentos: Fenergan (Prometazina) — 50 mg, Pacatal (N. Metilpiperidil (3) Metilfenotiazina) — 50 mg e Demerol (Meperidina) — 100 mg. Em pacientes acima de 65 anos ou por orientação do Internista, diminuimos para 50 mg ou 25 mg a dose de Demerol.

Fazemos a acinesia das pálpebras pela técnica de ATKINSON, W. S. (Fig. 2-B), que modificamos, injetando também em direção aos nervos infra-trocLEAR (Fig. 2-C), usando Procaína a 4%. A anestesia retro-bulbar é feita com 1,5 cc do mesmo anestésico, pela técnica usual, seguida pela manobra de compressão de CHANDLER, que consiste em compressão do globo ocular durante 10 minutos, descansando 2 segundos em cada 30 para permitir a circulação sanguínea.

Usamos anestesia tópica por meio de instilação de Tetracaína a 0,5% e obtemos a necessária midríase instilando gotas de solução a 10% de Neo-epinefrina, e, quando indicado, Atropina a 1%.

TÉCNICA OPERATÓRIA USUAL

Após cuidados de assepsia e antissepsia, aplicamos a blefarostato de GUYTON-PARK (Fig. 5-A), tendo o cuidado de não pressionar o globo. Se necessário fôr, procedemos à cantotomia externa. Em seguida colocamos uma sutura provisória no reto superior, fixando-a no blefarostato.

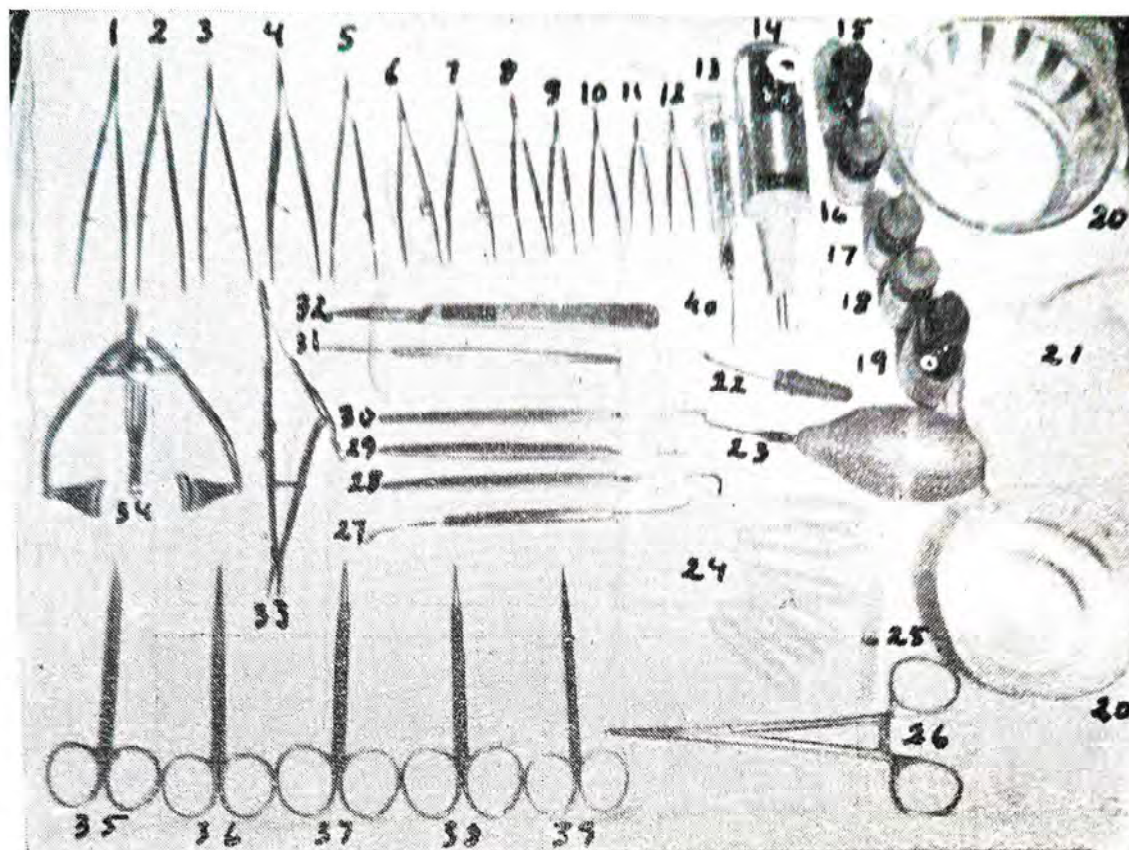


FIG. 1 — (Cardoso de Melo). Mesa de instrumentos usados nas operações de catarata.

- | | |
|--|---|
| 1 — Pinça de fixação p/reto superior. | 21 — Gaze. |
| 2 — Pinça conjuntival | 22 — Ventosa de Maumenee. |
| 3 — Pinça de fixação escleral. | 23 — Pera com cânula de irrigação. |
| 4 — Pinça de Castroviejo para fixação de reto interno. | 24 — Bastões de algodão. |
| 5 — Pinça conjuntival com dentes. | 25 — Seda preta 7-0 em agulha atraumática. |
| 6 — Pinça de sutura córneo-escleral. | 26 — Pinça hemostática. |
| 7 — Igual à anterior. | 27 — Espátula de íris e colher de David. |
| 8 — Pinça de Bishop-Harmon | 28 — Gancho muscular. |
| 9 — Pinça capsular de Kirby. | 29 — Gancho de íris. |
| 10 — Pinça capsular de Fuchs. | 30 — Alça de Snellen. |
| 11 — Pinça de íris - reta. | 31 — Faca de Graefe. |
| 12 — Pinça angulada. | 32 — Faca de Bard-Parker com lâmina 11 |
| 13 — Seringa de 2 cc. | 33 — Porta agulha de Kalt. |
| 14 — Cautério de Hildreth. | 34 — Blefarostato de Guyton-Park. |
| 15 — Solução aquosa saturada de violeta de genciana. | 35 — Tesoura curva de Stevens. |
| 16 — Sol. 0,5% de Tetracaína. | 36 — Tesoura para sutura. |
| 17 — Sol. 10% de Neo-epinefrina. | 37 — Tesoura de Mc Guire - direita. |
| 18 — Sol. 1% de Atropina. | 38 — Tesoura de Mc Guire - esquerda |
| 19 — Sol. 2% de Pilocarpina. | 39 — Tesoura reta de íris. |
| 20 — Sol. salina fisiológica. | 40 — Cânula de Trautman para lavagem da câmara anterior com alfa-quimetripsina. |



FIG. 2 — (Cardoso de Melo). Anestesia local. (A) Infiltração do infra-orbitário com Novocaina 4%; (B) Infiltração dos ramos do facial, segundo preconiza W. S. Atkinson; (C) Infiltração do infra-trocLEAR.



FIG. 3 — (Cardoso de Melo). Injeção retrobulbar. Penetração da agulha em dois tempos: (A) A agulha é dirigida verticalmente, de cima para baixo, em direção ao plano ósseo infra-ocular; (B) Com o paciente olhando acima e para o lado nasal, a agulha é dirigida para o ápice do cone muscular e 1,5 cc de Novocaina 4% são injetados.



FIG. 4 — (Cardoso de Melo). Manobra de compressão ocular de Chandler, P.: Após a injeção retrobulbar, comprime-se o globo ocular durante cerca de 10 minutos, descansando 2 segundos em cada 30 para permitir a circulação sanguínea.

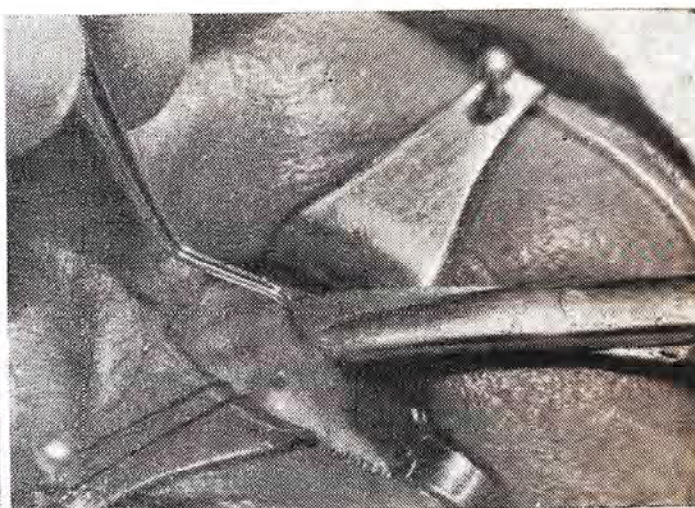
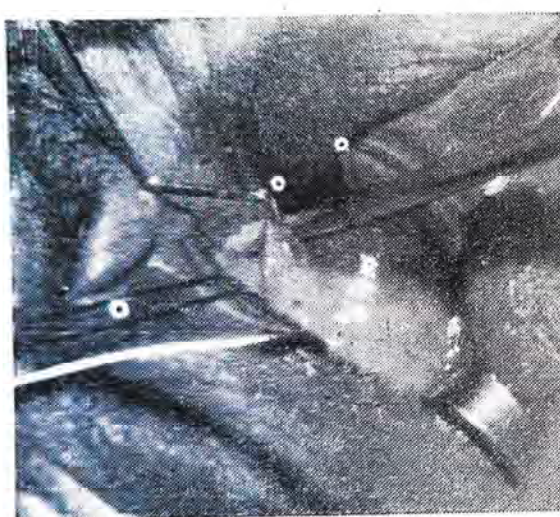


FIG. 5 — (Cardoso de Melo) - (A) Blefarostato de Guyton Park colocado, mostrando não haver compressão do globo; (B) Com o globo fixado por sutura do reto superior é feita a peritomia conjuntival com lâmina n.º 11 de Bark-Parker; (C) O retalho conjuntival de base para o fórnice; (D) Hemostasia feita com o cautério de Hildreth.

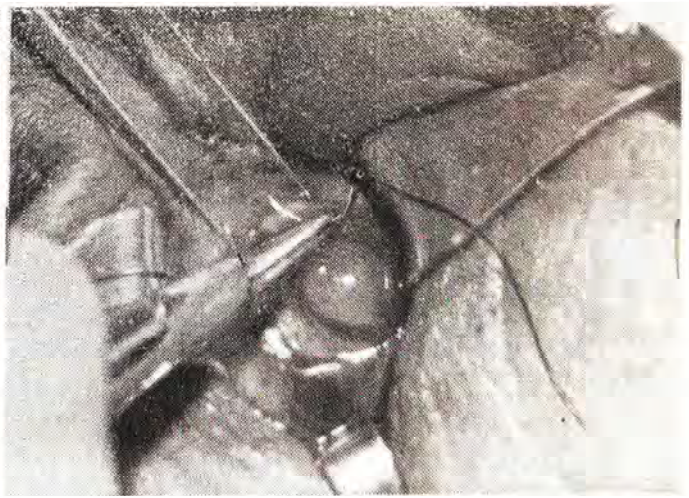
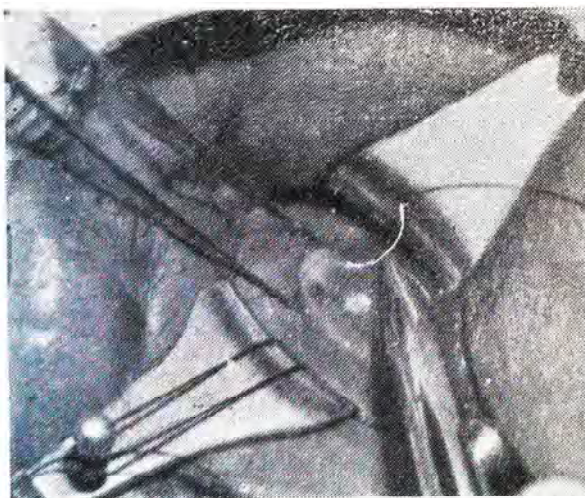
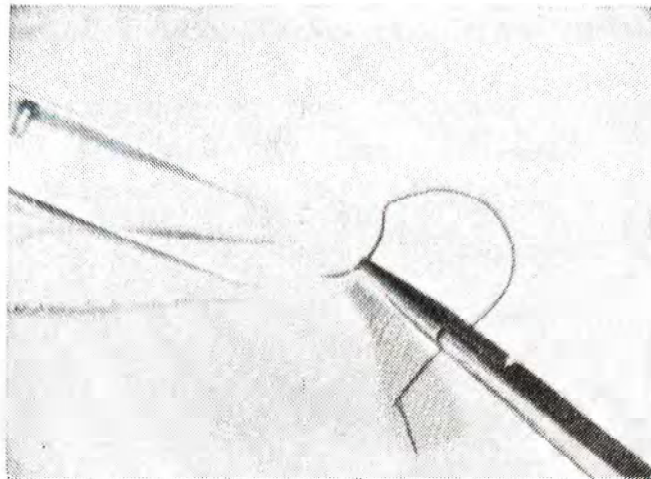


FIG. 6 — (Cardoso de Melo) - (A) Pinça de Fixação Escleral (Karl Ilg Surgical Eye Instruments, 117 N. Charles Ave., Villa Park, Ill., U.S.A.) e porta agulha de Kalt montado com sêda preta 7-0 em agulha atraumática de 7 mm; (B) Os últimos 5 cm da sutura são tintos por solução aquosa saturada de violeta de genciana; (C) Penetração da agulha na espessura da córnea, radialmente; (D) Saída da agulha após atravessar a córneo-esclera com a sutura prévia tunelizante.

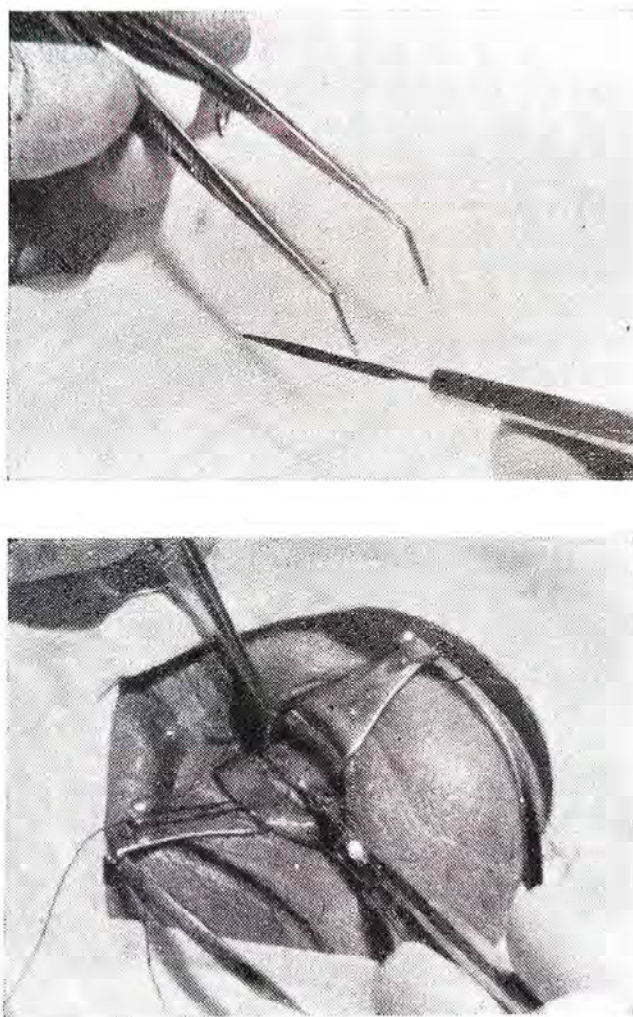


FIG. 7 — Cardoso de Melo) - (A) Pinça de fixação de Castroviejo e faca de Graefe; (B) Abertura da câmara anterior com faca de Graefe cortando os fios da sutura tunelizante pré-colocados, observando-se a fixação do globo, pelo reto interno, com a pinça de Castroviejo, sem pressioná-lo.

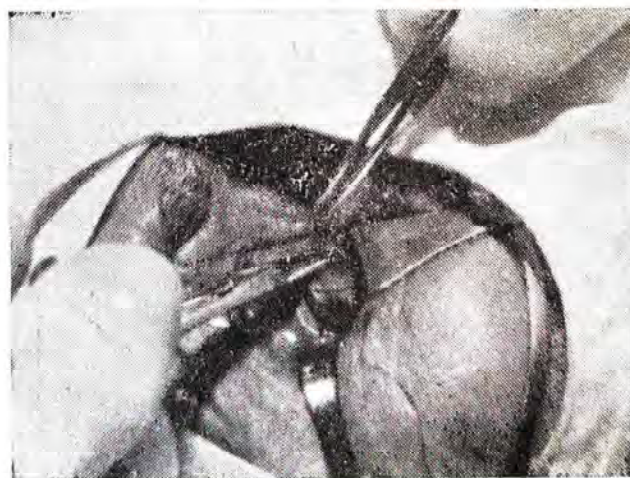
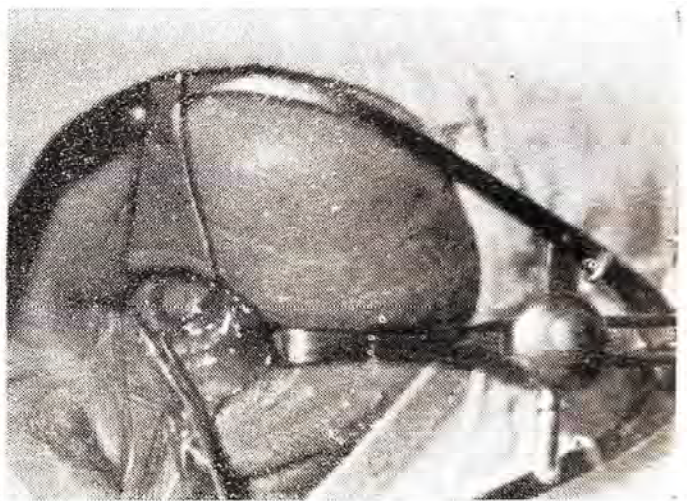
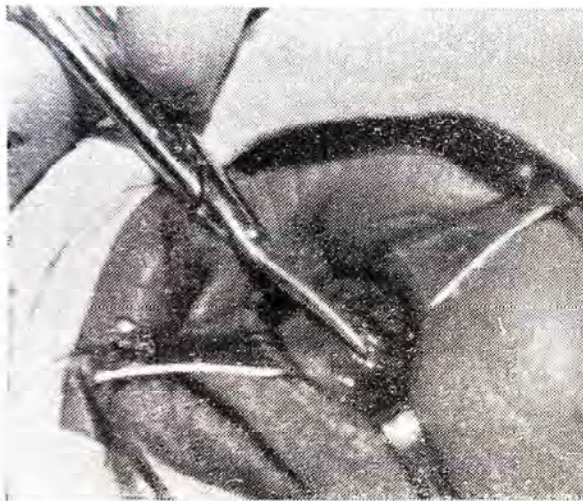
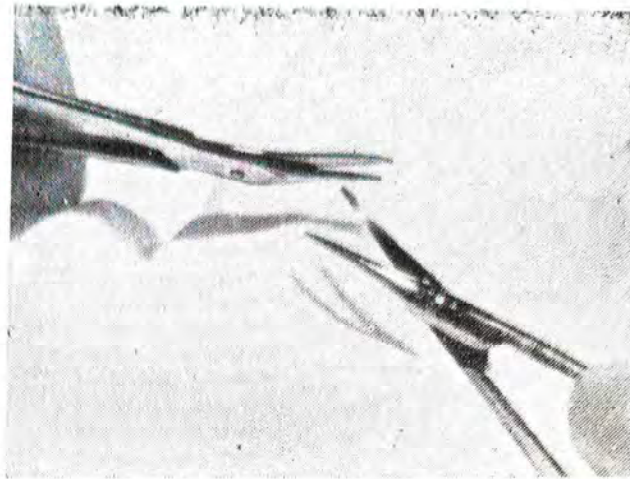


FIG. 8 — Cardoso de Melo) - (A) Tesouras de Mc Guire para córnea; (B e C) Ampliação da incisão corneana para a direita e para a esquerda, observando-se a penetração na câmara anterior dos ramos inferiores; (D) Colocação das suturas córneo-esclerais pela tunelização prévia.

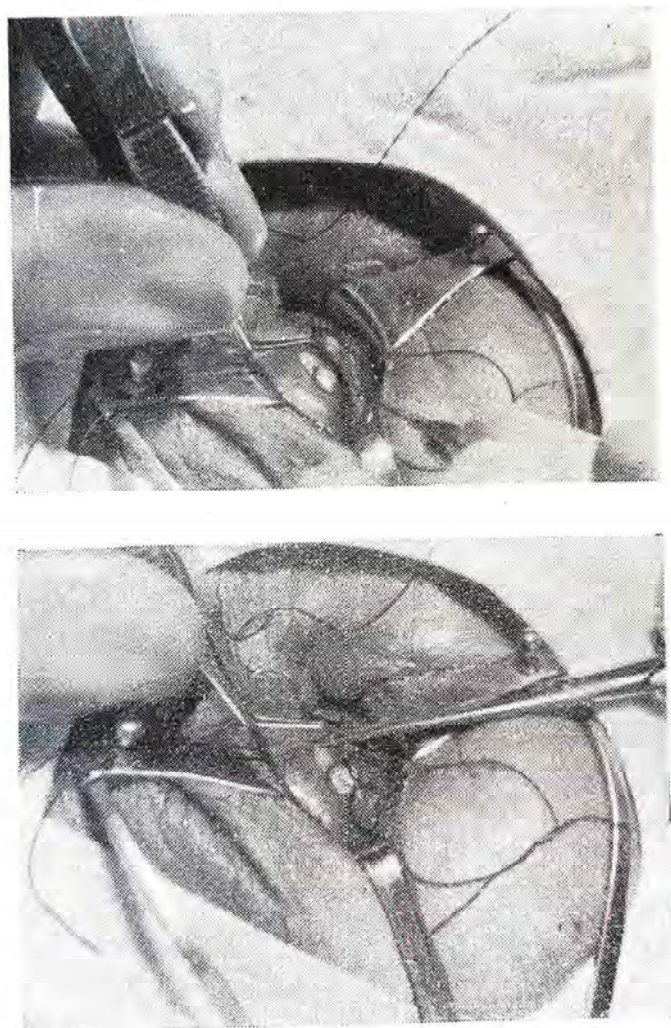


FIG. 9 — (Cardoso de Melo). Iridectomia basal: (A) Abertura da câmara anterior com espátula para a perfeita visualização e pegada da base da íris com a pinça; (B) Iridectomia basal ou periférica utilizando tesoura reta de íris.

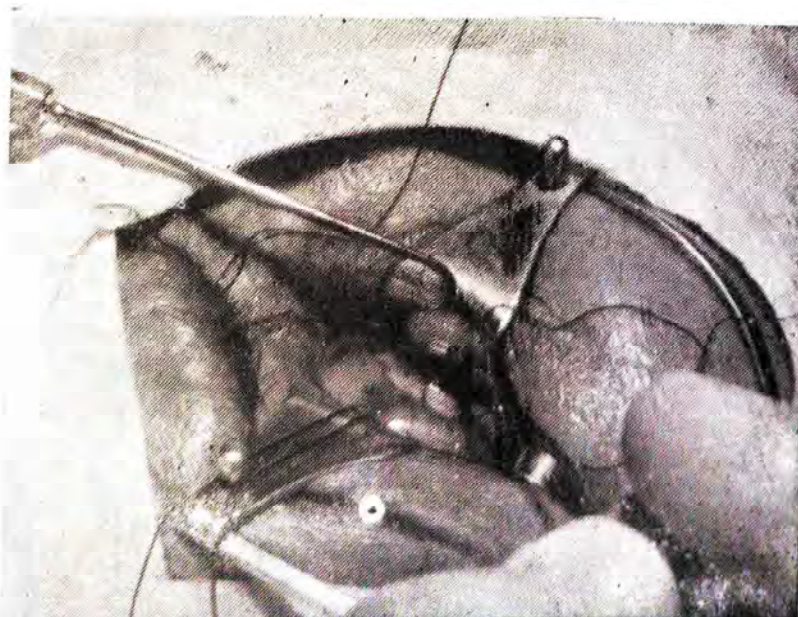
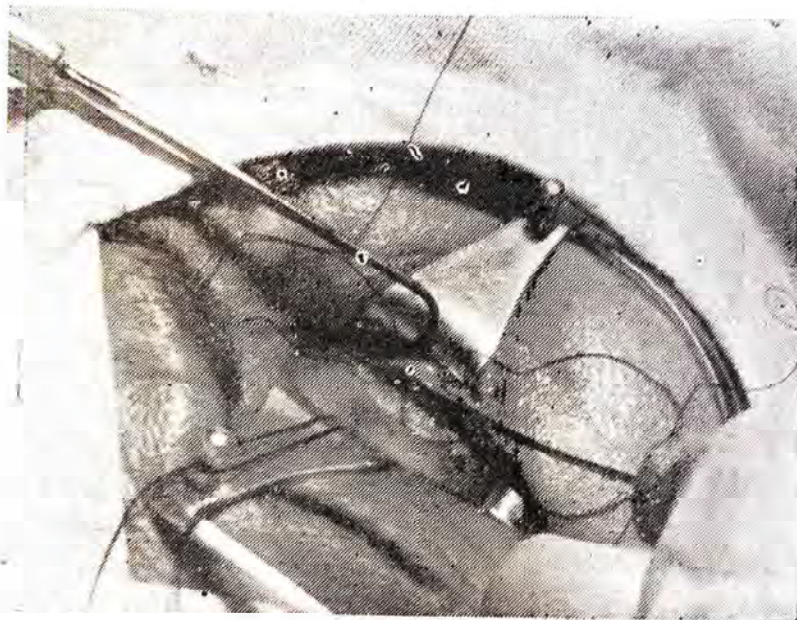
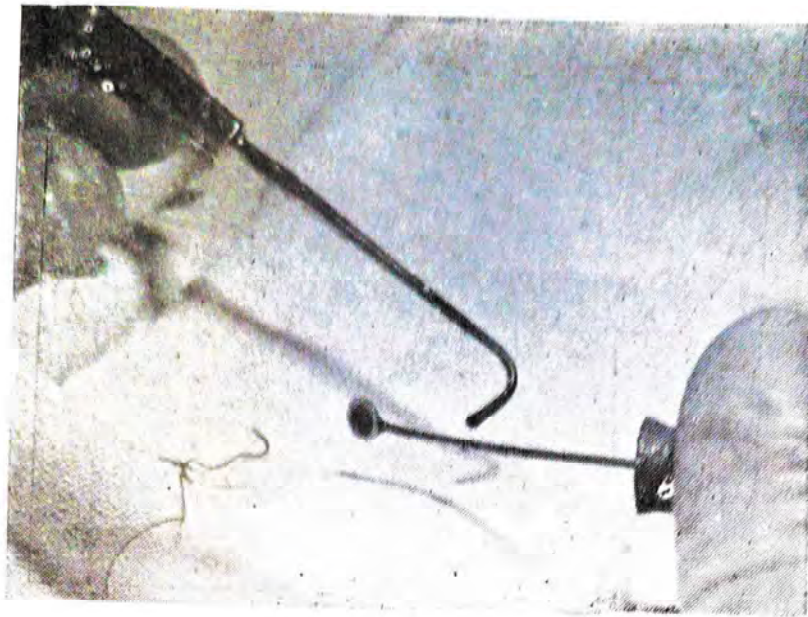


FIG. 10 — (Cardoso de Melo) - (A) Ventosa de Maumenee e gancho muscular utilizados na extração do cristalino; (B) Pegada do cristalino com a ventosa auxiliada por contra-presão com o gancho; (C) Extração por báciaula.

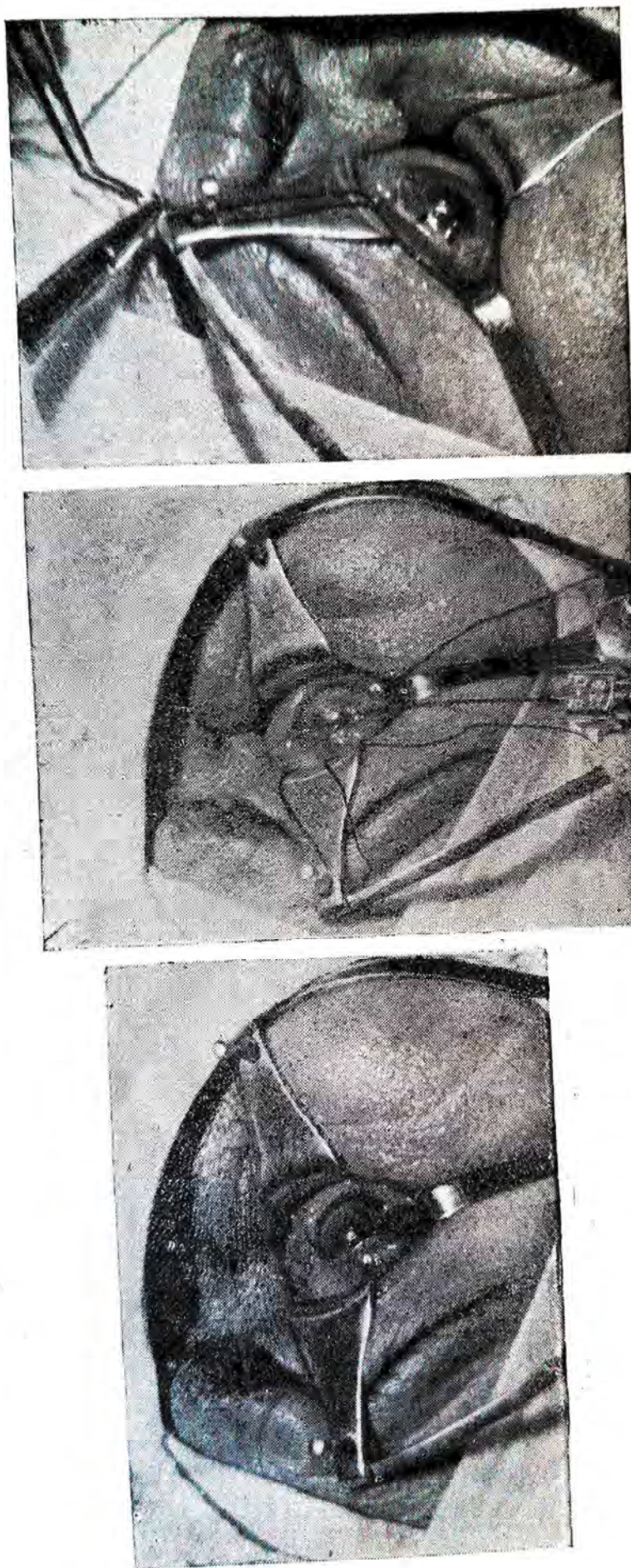


FIG. 11 — (Cardoso de Melo) - (A) Liberação d
reto superior após as suturas terem sido nodada:
(B) Injeção de ar na câmara anterior; (C) Reta
lho conjuntival recobrindo a incisão.

Caso N.º	Data	Nome	Idade	tipo de estatura	A. V. pré-operatório	Técnica operatória	Complementos do ato operatório	Pos-oper. imediato	A. V. Pós-operatório	Observações
1	6-9-58	A.C.M.	68 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Inclinação corneana, 2 suturas pós-colocadas. Irrectomia peritérica	Extração extra-capsular por ruptura da cápsula ant.	Normal	20/30	C/ assistente. S/ retículo conjuntival. Rx.: + 10.50 — 0.75 × 80º
2	20-9-58	J.F.	60 anos	Senil O.E.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		Normal	20/30 + 1	O.D.: caso n.º 8. C/ assistente. Rx.: + 10.75 — 0.75 × 113º
3	11-10-58	H.S.	75 anos	Senil O.E.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		Normal		S/ assistente. Período o contato
4	11-10-58	A.B.	61 anos	Senil O.D.	Conta dedos 3 metros	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		? Normal	20/20	C/ assistente. Rx.: + 13.00 — 2.50 × 90º
5	28-10-58	E.V.R.	69 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		Normal	Na alta: 20/30 c/+10	C/ assist. Descolam. traumático de retina no trígono dia
6	8-11-58	A.F.C.	42 anos	Senil O.E.	Conta dedos 1 metro	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total	Hemorragia de íris Arrenalima 1%	Normal	Na alta: 20/30 c/+10	C/ assistente. O.D.: caso n.º 11. Período o contato
7	22-11-58	C.C.H.	72 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		Normal	20/20	S/ assistente. Rx.: + 11.50 — 4.00 × 95º
8	29-11-58	J.F.	60 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total	Extra-capsular p/ ruptura da capsula anterior	Normal	20/40 +	S/ assistente. Coroidite atrofica. Rx.: + 13.75 — 3.75 × 75º
9	3-12-58	B.T.D.	68 anos	Senil O.D.	20/100	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total	Extra-capsular p/ ruptura da capsula	Normal	20/40 +	S/ assistente. Rx.: + 10.75 — 1.00 × 60º
10	31-12-58	A.G.N.	63 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1 metro	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		Normal	Na alta: 20/30 c/+11	S/ assistente. Período o contato
11	31-12-58	A.F.C.	42 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1 metro	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total	Extra-capsular p/ ruptura da capsula	Normal		S/ assistente. O.E.: caso n.º 6. Período o contato
12	13-1-59	M.M.	67 anos	Senil O.E.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		Normal	20/30	S/ assistente. Rx.: + 10.00 sph
13	3-3-59	J.P.R.	73 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		Distrof. Corneana	Movimentos da mão	S/ assistente. S/ correção útil
14	11-3-59	J.B.F.	63 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		Normal	20/20	S/ assistente. Rx.: + 11.25 — 2.75 × 83º
15	19-3-59	A.R.	48 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		Normal	20/40 +	S/ assistente. Rx.: + 10.50 sph.
16	2-4-59	A.S.S.	60 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		Normal	20/25	S/ assistente. Rx.: + 11.00 — 2.00 × 85º
17	3-4-59	V.S.	70 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1 metros	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		Normal	20/60 + 3	S/ assistente. Rx.: + 11.50 — 4.25 × 85º
18	17-4-59	M.C.R.	56 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total	Extra-capsular p/ ruptura da capsula	Normal	20/80	S/ assistente. O.E.: caso n.º 19 Rx.: + 13.50 — 4.00 × 95º
19	8-5-59	M.C.R.	56 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		Normal	20/20	S/ assistente. O.D.: caso n.º 18. Rx.: + 13.35 — 3.50 × 86º
20	9-5-59	L.A.C.	72 anos	Senil C.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total		Normal	20/25	S/ assistente. Rx.: + 11.50 — 2.50 × 82º
21	11-5-59	M.D.F.	20 anos	Pós-Uvete	Projeção luminosa	Usual c/ 2 + 1 suturas. Irrectomia total	Extra-capsular planejada	Normal	Na alta: 20/30 c/+10	S/ assistente. Finalidade estética
22	16-5-59	L.D.V.	40 anos	Luxada. Hiper-madura c/ glauc. secund.	Luz O.D.	Usual c/ 2 + 1 suturas. Irrectomia total		Normal		S/ assistente. Período o contato
23	1-6-59	V.G.S.	53 anos	Entumescence Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Irrectomia total	Extra-capsular planejada	Normal	20/20	C/ assistente. Rx.: + 11.50 — 1.25 × 75º
24	3-7-59	A.B.M.	60 anos	Senil O.E.	Conta dedos 1 metro	Usual c/ 2 + 5 suturas. Irrectomia total	Extra-capsular p/ ruptura da capsula	Normal	20/25	C/ assistente. Capsulotomia dia 20-8. Rx.: + 13.00 — 3.00 × 90º

25	4-7-59	F.F.A.	74 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1 metro	Usual c/ 3 suturas. Iridectomia total	Perda grande de vítreo	Normal	26/200	S/ assistente. Coróide atrófica. Rx.: + 13,25 — 4,00 X 90°
26	8-7-59	O.J.C.	67 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1/2 metro	Usual c/ 2 + 2 suturas. Iridectomia periférica Alta-quimotripsina	Perda moderada de vítreo	Normal		C/ assistente. Perdido o contato
27	16-7-59	A.M.	76 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total	Extra-capsular planificada	Normal	Na alta: 20/30 c/+10	S/ assistente. Perdido o contato
28	19-8-59	A.R.B.	64 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total Alta-quimotripsina		Normal	20/30	C/ assistente. O.D.: caso n.º 33. Rx.: + 12,00 — 1,50 X 20°
29	31-8-59	A.M.E.S.	70 anos	Entumescete Glaucoma sec.	Luz O.E.	Hughes p/ cataraça e Iridectomise. Incompleta	Grande perda de vítreo	Normal	Movimentos da mão	C/ assistente. Sem correção útil e
30	7-10-59	A.S.P.	74 anos	Senil O.D.	Projeção humidosa	Usual c/ 2 + 2 suturas Iridectomia total		Normal	20/20-1	C/ assistente. Rx.: + 11,50 — 1,75 X 120°
31	7-11-59	A.G.S.	71 anos	Senil O.D.	Luz sem projeção	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total		Normal	Conta dedos 3 metros	C/ assistente. Atrof. óptica O.D. Rx.: + 11,25 — 1,50 X 115°
32	4-12-59	L.G.	50 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total		Normal	20/60	C/ assistente. O.D.: caso n.º 39. Rx.: + 16,00 — 0,75 X 75°
33	5-12-59	A.R.B.	64 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	Na alta: 20/30 c/+10	C/ assistente. O.E.: caso n.º 28. Perdido o contato
34	19-1-60	F.B.	74 anos	Senil O.D.	30/200	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica Alta-quimotripsina	Perda mínima de vítreo	Normal	Na alta: 20/30-2	C/ assistente. O.E.: caso n.º 40. Rx.: + 10 — 3,50 X 75°
35	26-1-60	M.M.S.	78 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total		Normal	Na alta: 20/30 c/+10	C/ assistente. Perdido o contato
36	29-1-60	O.M.S.	26 anos	Congénita O.S. Alta miopia	Movimentos da mão	Usual c/ 2 + 2 suturas Iridectomia total	Grande perda de vítreo	Normal	Conta dedos 1/2 metro	C/ assistente. Anestesia geral. Coróide atrófica. O.E. S/ correção útil
37	10-2-60	P.R.	60 anos	Senil O.E.	30/200	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total		Normal	20/30+	C/ assistente. Rx.: + 13,00 — 1,25 X 70°
38	18-2-60	H.M.C.	68 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1/2 metro	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total		Normal	30/60+	C/ assistente. Rx.: + 13,00 — 3,25 X 70°
39	14-3-60	L.G.	50 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total	Extra-capsular p/ rupt. da capsula. Perda moderada de vítreo	Vômitos e Náusea		C/ assistente. O.E.: caso n.º 32. Coróide central atrófica. S/ correção útil
40	16-3-60	F.B.	74 anos	Senil O.E.	20/200	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	20/60	C/ assistente. O.D.: caso n.º 34. Rx.: + 10,00 — 2,00 X 75°
41	31-3-60	M.C.	51 anos	Entumescete Glaucoma sec.	O.E. 20/200	Usual c/ 1 + 2 suturas. Iridectomia total		Normal	20/30+	C/ assistente. Rx.: + 14,25 — 3,50 X 75°
42	1-4-60	I.G.N.	71 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total	Perda moderada de vítreo	Normal	5/200	C/ assistente. Coróide central atróf. Rx.: + 13,75 — 6,00 X 105°
43	4-4-60	O.O.T.	59 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1 metro	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	20/30 c/+10	C/ assistente. Perdido o contato
44	6-4-60	G.D.	73 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total		Normal	Na alta: 20/30 c/+10	C/ assistente. Perdido o contato
45	7-4-60	E.S.G.	18 anos	Traumática O.E.	Luz sem projeção	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica Alta-quimotripsina		Normal		C/ assistente. Anestesia geral. Finalidade estética
46	5-5-60	O.R.M.	85 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total Iridodialise acident.	Extra-capsular p/ rupt. da capsula. Perda moderada de vítreo	Normal	20/60	C/ assistente. Rx.: + 1,00 — 6,75 X 85°
47	10-5-60	V.A.F.	73 anos	Traumática O.E.	Luz sem projeção	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total		Normal	Movimentos da mão	C/ assistente. Retinite profl.

48	17-5-60	A.F.D.	73 anos	Senil O.E.	20/100-1	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	30/30	C/ assistente. Rx.: + 11.50 — 3.50 × 750
49	8-6-60	S.S.	59 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	30/70	C/ assistente. Rx.: + 13.20 — 2.00 × 900
50	11-7-60	N.A.A.N.	62 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1 metro	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	30/70	C/ assistente. O.E.: caso n.º 122. Rx.: + 13.00 — 1.00 × 450
51	9-8-60	M.S.F.	65 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia total	Normal	30/200	C/ assistente. Deger. miópica. Rx.: + 4.50 — 0.50 × 900
52	10-8-60	M.F.S.	54 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia total	Normal	30/60	C/ assistente. Rx.: + 12.00 sph.
53	11-8-60	J.S.P.	68 anos	Senil O.E.	10/200	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	30/20	C/ assistente. Rx.: + 15.00 — 1.75 × 950
54	12-8-60	M.O.	52 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	30/80	C/ assistente. Coroidite atrofica. Rx.: + 10.75 — 0.75 × 1000
55	31-8-60	A.A.	64 anos	Senil O.E.	30/200	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	30/20	C/ assistente. Rx.: + 12.00 — 1.75 × 900
56	31-8-60	F.P.	79 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia total	Normal	20/80	C/ assistente. O.E.: caso n.º 66. Rx.: + 11.75 — 2.50 × 850
57	1-9-60	O.P.A.	74 anos	Senil O.E.	Projeção tumhosa	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia total	Normal	30/70	C/ assistente. Rx.: + 13.00 — 2.50 × 900
58	6-9-60	H.C.	43 anos	Enfimescente Glaucoma sec.	Conta dedos 1/2 metro	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia total	Normal	30/60-2	C/ assistente. Alta miopia. Rx.: + 3.50 — 5.25 × 450
59	8-9-60	R.L.	71 anos	Senil O.D.	Projeção tumhosa	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia total	Normal	Na alta: 20/30 c/+10	C/ assistente. Perdido o contato
60	9-9-60	L.C.	56 anos	Senil O.D.	10/200	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	20/40+	C/ assistente. Rx.: + 12.50 — 2.00 × 1000
61	19-9-60	W.G.A.	57 anos	Complicada O.E. c/ secl. pupilar	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia total	Normal	Na alta: 20/40 c/+10	C/ assistente. Perdido o contato
62	23-9-60	D.M.L.	81 anos	Senil O.E.	Conta dedos 1/2 metro	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	30/30	S/ assistente. O.D.: caso n.º 74. Rx.: + 11.25 — 1.00 × 750
63	7-12-60	L.J.C.	59 anos	Senil O.D.	30/200	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	30/30	C/ assistente. O.E.: caso n.º 96. Rx.: + 9.00 — 5.00 × 700
64	8-12-60	J.E.F.	76 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1/2 metro	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	30/20	C/ assistente. Rx.: + 11.75 — 0.75 × 1150
65	14-12-60	M.C.B.	59 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	Na alta: 20/30 c/+10	C/ assistente. Perdido o contato
66	21-12-60	P.P.	79 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia total	Normal	20/40	C/ assistente. O.D.: caso n.º 76. Rx.: + 13.25 — 4.50 × 1500
67	17-1-61	B.M.F.	70 anos	Senil O.E.	Projeção tumhosa	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	30/20	C/ assistente. O.D. Rx.: + 11.00 — 0.75 × 1400
68	26-1-61	L.S.G.	20 anos	Congenita O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	Na alta: 20/80 c/+11	C/ assistente. O.E.: caso n.º 73. Anestesia geral
69	21-2-61	M.F.P.	68 anos	Senil O.D.	Projeção tumhosa	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Normal	Na alta: 20/30 c/+10	C/ assistente. Perdido o contato
70	27-2-61	E.P.V.	70 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia peritérica	Cerclite Dentritica	20/60	S/ assistente. Rx.: + 9.50 sph.
71	28-2-61	M.D.S.	67 anos	Senil O.D.	Projeção tumhosa	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia total	Normal	30/40	C/ assistente. O.E.: enucleado. Rx.: + 12.00 — 3.75 × 750
72	1-3-61	C.G.R.	83 anos	Senil O.E.	Projeção tumhosa	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia total	Normal	Na alta: 20/200 c/+10	C/ assistente. O.D.: caso n.º 84

73	7-3-61	L.S.G.	21 anos	Congênita O.E.	Movimentos de mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total Alta-quimotropialpa	Extra-capsular p/ ruptura da cápsula	Normal	Na. alta: 20/80 c/+10	C/ assistente. O.D.: caso n.º 63. Perdido o contato
74	13-3-61	B.M.L.	82 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1/2 metro	Usual c/ 2 + 1 suturas Iridectomia periférica		Normal	30/30	C/ assistente. O.E.: caso n.º 62. Rx.: + 10.00 - 1.00 X 85º
75	14-3-61	J.P.N.	65 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	30/25	C/ assistente. Rx.: + 9.50 sph.
76	16-3-61	E.G.R.	43 anos	Congênita O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	20/40	C/ assist. Anest. geral. O.E.: caso n.º 111. Rx.: + 11.75 - 0.50 X 115º
77	7-3-61	O.C.B.	75 anos	Senil O.D.	Movimentos de mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	30/25	C/ assistente. Rx.: + 11.00 - 0.75 X 120º
78	12-4-61	A.S.L.	80 anos	Senil O.D.	Conta dedos 3/4 metro	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	20/60	S/ assistente. Rx.: + 13.00 - 2.50 X 60º
79	17-5-61	A.M.A.	80 anos	Senil O.E.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	Na. alta: 20/30 c/-10	S/ assistente. Perdido o contato
80	23-6-61	A.F.V.	82 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1 metro	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	30/20	S/ assistente. Rx.: + 11.00 - 0.50 X 15º
81	11-7-61	M.L.	22 anos	Congênita O.D.	Movimentos de mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Extração linear planejada	Normal	20/60	C/ assistente. Alta miopia. O.E.: caso n.º 95. S/ correção necessária
82	12-7-61	M.R.S.	55 anos	Senil O.E.	Movimentos de mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	Na. alta: 20/40 c/-10	S/ assistente. Perdido o contato
83	24-7-61	J.N.P.	71 anos	Senil O.E.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	20/25	C/ assistente. Rx.: + 12.00 - 2.50 X 120º
84	25-7-61	C.G.R.	84 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	20/40-3	Rx.: + 12.50 - 3.50 X 75º S/ assistente. O.E.: caso n.º 72. C/ assistente.
85	26-7-61	D.M.L.	61 anos	Senil O.D.	20/200	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	30/20	C/ assistente. Rx.: + 10.00 - 2.25 X 105º
86	11-8-61	M.L.C.	44 anos	Senil O.E.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total	Extra-capsular p/ ruptura da cápsula	Normal	20/25	C/ assistente. Rx.: + 11.75 - 1.75 X 30º
87	15-8-61	D.P.M.	59 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Câmara rasa 6º/10º dia Desc. coróide	20/20	C/ assistente. Rx.: + 11.75 - 1.75 X 30º
88	15-8-61	O.R.S.	75 anos	Senil O.D.	Conta dedos 2 metros	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Extra-capsular p/ ruptura da cápsula	Normal	20/40	C/ assistente. Rx.: + 11.75 - 1.00 X 13º
89	21-10-61	M.M.	72 anos	Senil O.E.	Luz com má projeção	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia total	Perda mínima de vítreo	Normal	5/200	C/ assistente. Rx.: + 11.00 - 0.75 X 85º
90	6-11-61	P.M.	65 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	30/20	S/ assistente. Rx.: + 11.00 sph.
91	11-11-61	C.A.M.	55 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	30/20	C/ assistente. Rx.: + 12.50 - 2.00 X 80º
92	13-11-61	G.B.S.	72 anos	Senil O.D.	Movimentos de mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Distrofia corneana	Conta dedos 1 metro	C/ assistente. Degen. miopica. S. correção útil
93	14-11-61	B.M.F.	70 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	30/20	S/ assistente. Rx.: + 11 - 1.00 X 140º
94	23-11-61	I.F.C.	70 anos	Senil O.E.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica		Normal	30/30	C/ assistente. Rx.: + 10.00 - 1.00 X 10º
95	7-12-61	M.L.	22 anos	Congênita O.E.	Movimentos de mão	Extração linear Usual c/ 2 suturas. Sem Iridectomia		Normal	30/60	C/ assistente. O.D.: caso n.º 81. Anestesia geral. Alta miopia. S. correção necessária
96	9-12-61	I.J.C.	61 anos	Senil O.E.	30/200	Usual c/ 2 + 3 suturas. Iridectomia periférica		Normal	30/30	C/ assistente. O.D.: caso n.º 63. Rx.: + 9.00 - 5.00 X 79º
97	17-1-62	M.M.A.	25 anos	Congênita Pós-Vitelica	Luz com má projeção	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica Alta-quimotropialpa		Normal		C/ assistente. Anestesia geral. Finalidade estética

98	18-1-62	M.M.	56 anos	Senil O.D.	:30/100	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Normal	:30/25-	C/ assistente. Rx.: + 11.00 — 2.00 × 90°
99	19-1-62	C.M.A.	76 anos	Senil O.E.	:30/200	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Normal	:30/25	C/ assistente. Rx.: + 11.00 — 1.25 × 127°
100	24-1-62	G.L.S.	60 anos	Senil O.D. Glaucoma O.D.	:30/100	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Normal	Na. alta: 20/60 c/+10	C/ assistente. Perdido o contato
101	30-1-62	A.D.	78 anos	Senil O.E.	10/200	Usual c/ 2 + 3 suturas. Iridectomia periférica	Normal	20/60	C/ assistente. Degen. senil. Rx.: + 14.00 — 1.75 × 145°
102	12-2-62	M.F.B.	60 anos	Senil O.E.	Projeção Iummosa	Usual c/ 2 + 1 suturas. Iridectomia periférica	Normal	:30/30	S/ assistente. Rx.: + 10.00 — 0.75 × 165°
103	12-2-62	L.M.A.	47 anos	Sec. a glau- coma O.E.	Luz. em projeção	Usual c/ 2 + 1 suturas. Iridectomia periférica	Normal	Conta dedos 1 metro	S/ assistente. Rx.: + 12.25 — 2.50 × 90°
104	5-2-62	A.D.T.	59 anos	Senil O.E.	Movimentos de mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Câmara rasa 8.9/15° dia Desc. coróide	20/25	S/ assistente. Rx.: + 11.50 — 1.25 × 75°
105	13-2-62	J.P.B.	66 anos	Senil O.E.	10/200	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Normal	:30/20	S/ assistente. Rx.: + 7.75 — 2.50 × 85°
106	14-3-62	A.S.G.	72 anos	Senil O.E.	Conta dedos 2 metros	Usual c/ 2 + 1 suturas. Iridectomia periférica	Normal	30/100	S/ assistente. O.D.: enucleado. Rx.: + 12.50 — 1.25 × 90°
107	20-3-62	A.A.M.	50 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Normal	Na. alta: 20/40+	C/ assistente. Perdido o contato
108	20-3-62	A.M.S.	55 anos	Senil O.D.	Projeção Iummosa	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Normal	:30/25	C/ assistente. Rx.: + 14.00 — 1.25 × 165°
109	21-3-62	E.M.	70 anos	Senil O.D.	Projeção Iummosa	Usual c/ 2 + 1 suturas. Iridectomia periférica	Normal	20/40	C/ assistente. Rx.: + 12.00 — 0.75 × 172°
110	22-3-62	C.C.S.	75 anos	Senil O.D.	Projeção Iummosa	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Normal	:30/25	C/ assistente. Rx.: + 12.00 — 0.50 × 165°
111	23-3-62	E.G.R.	43 anos	Conjuntiva O.E.	Conta dedos 3 metros	Usual c/ 2 + 1 suturas. Iridectomia periférica	Normal	20/40	C/ assistente. O.D.: caso n.º 76. Rx.: + 12.75 — 1.25 × 80°
112	3-4-62	M.A.S.	65 anos	Senil O.D.	Conta dedos 3/4 metro	Usual c/ 2 + 1 suturas. Iridectomia periférica	Normal	Na. alta: 20/40 c/+10	C/ assistente. O.E. ainda sem correção
113	4-4-62	M.F.B.	80 anos	Senil O.E.	Conta dedos 1/2 metro	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Normal	20/25	C/ assistente. Rx.: + 11.25 — 2.50 × 112°
114	4-4-62	A.R.	59 anos	Senil O.E.	Projeção Iummosa	Usual c/ 2 + 1 suturas. Iridectomia periférica	Normal	Na. alta: 20/40 c/+10	C/ assistente. Perdido o contato
115	6-4-62	M.S.S.	65 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1 metro	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Câmara rasa 10.9/14° dia Desc. coróide	20/25	C/ assistente. Diabetes compensado. Rx.: + 11.00 — 1.00 × 95°
116	25-4-62	M.M.	80 anos	Senil O.E.	4/200	Usual c/ 2 + 1 suturas. Iridectomia periférica	Normal	20/40	C/ assistente. Rx.: + 13.00 — 2.50 × 35°
117	2-5-62	J.M.C.	76 anos	Senil O.E. Glaucoma comp.	Luz. sem projeção	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Normal	5/200	C/ assistente. Escavação glaucomatosa de pap. Rx.: + 11.00 — 1.75 × 90°
118	2-5-62	D.W.B.	83 anos	Senil O.D.	20/200	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Normal	20/80	C/ assistente. Atrofia óptica. Rx.: + 11.50 — 1.75 × 20°
119	16-5-62	O.D.	60 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1/2 metro	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Câmara rasa Até 4° dia 20/20	:30/20	C/ assistente. Rx.: + 13.50 — 1.75 × 80°
120	16-6-62	M.P.A.J.	78 anos	Senil O.D.	Projeção Iummosa	Usual c/ 2 + 1 suturas. Iridectomia periférica	Normal	20/80	C/ assistente. Rx.: + 1.00 — 2.00 × 90°
121	13-7-62	K.P.	33 anos	Traumatiza O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 + 2 suturas. Iridectomia periférica	Câmara rasa Até 5° dia	20/40	C/ assistente. Anestesia geral. Finalidade estética + 8.75 + 2.50 × 88°. Sem Rx
122	28-7-62	M.A.A.K.	64 anos	Senil O.E.	Conta dedos 1 metro	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Câmara rasa 10.9/15° dia Desc. coróide	:30/30-	S/ assistente. O.D.: caso n.º 50. Rx.: + 13.00 — 1.25 × 135°
123	17-8-62	M.I.	50 anos	Senil O.D.	20/200-1	Usual c/ 2 suturas. Iridectomia periférica	Normal	Na. alta: 20/30 c/+10	S/ assistente Perdido

124	21-8-62	J.R.S.	68 anos	Senil O.D.	Conta dedos 3/4 metro	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	20/30	S/ assistente. O.D.: caso n.º 145. Rx.: + 10,00 - 0,75 X 85º
125	22-8-62	M.L.P.	58 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 + 1 suturas. Irilectomia periférica	Normal	20/30 +	C/ assistente. Rx.: + 13,00 - 2,25 X 55º
126	20-9-62	M.T.A.	70 anos	Senil O.D.	20/200	Usual c/ 2 + 4 suturas. Irilectomia periférica	Normal	30/30	C/ assistente. Rx.: + 13,00 - 3,50 X 70º
127	20-9-62	M.A.M.	66 anos	Senil O.D.	Conta dedos 4 metros	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	Projeção luminosa	C/ assistente. O.E.: caso n.º 131. O.D. reaprendo. Ver caso n.º 144. Rx.: + 10,75 sph.
128	11-10-62	A.P.N.	40 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 + 1 suturas. Irilectomia total	Dist. estria-rupt. da cápsula. Perda moderada até 6.º dia	Após capsulotomia: 20/40	C/ assistente. Rx.: + 14,50 - 4,00 X 95º
129	17-10-62	A.M.F.	85 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	20/25	C/ assistente. Rx.: + 11,50 sph.
130	17-10-62	O.F.S.	65 anos	Senil O.E.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	20/25-	C/ assistente. O.D.: caso n.º 127. Rx.: + 13,00 sph.
131	30-10-62	M.A.M.	57 anos	Senil O.D.	Conta dedos 4 metros	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	20/20	C/ assistente. Rx.: + 12,50 - 1,75 X 75º
132	31-10-62	M.C.B.	54 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1 metro	Usual c/ 2 + 2 suturas. S/ irilectomia	Hernia de expulso s/ perda de vítreo	30/20	C/ assistente. Rx.: + 17,00 - 2,00 X 100º
133	3-11-62	A.J.A.	72 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	20/20	C/ assistente. Rx.: + 11,50 - 1,50 X 105º
134	3-11-62	S.G.B.	68 anos	Senil O.E.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	20/60	C/ assistente. Rx.: + 9,25 - 0,75 X 135º
135	6-11-62	J.G.	58 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Câmara rasa 9º/13º dia Desc. coróide	20/20	C/ assistente. Rx.: + 12,00 - 1,25 X 130º
136	6-11-62	D.S.	58 anos	Senil O.E.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 + 1 suturas. Irilectomia periférica	Extra-capsular planejada	20/20	C/ assistente. Rx.: + 13,50 - 3,00 X 90º
137	7-11-62	A.F.S.	89 anos	Senil O.E.	Conta dedos 1 metro	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	20/25	C/ assistente. Degeneração senil p/macular Rx.: + 12,00 - 4,00 X 25º
138	7-11-62	S.D.	70 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1/2 metro	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Câmara rasa 8º/20º dia Desc. coróide	20/100	C/ assistente. Rx.: + 11,00 - 1,50 X 105º
139	30-1-63	E.A.C.	63 anos	Senil O.E.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	20/25-	C/ assistente. Rx.: + 12,00 - 4,00 X 25º
140	4-2-63	F.S.R.	60 anos	Senil O.D. Glauc. O.D.	30/120	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Desc. coróide 10º dia	30/60	C/ assistente. Rx.: + 13,25 - 2,00 X 130º
141	5-2-63	M.M.S.P.	57 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia total	Perda moderada de vítreo	30/30	C/ assistente. Rx.: + 13,25 - 2,00 X 130º
142	14-2-63	C.C.O.	60 anos	Senil O.E.	Conta dedos 3/4 metro	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	30/20	C/ assistente. Rx.: + 13,25 - 2,00 X 130º
143	26-3-63	B.A.L.F.	74 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	Na alta: 20/30 c/ + 10	C/ assistente. Ainda sem Rx
144	28-3-63	M.A.M.	57 anos	Sec. O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 + 1 suturas. Irilectomia perif. prévia	Extração linear	Normal	Na alta: 20/40 c/ + 10
145	29-3-63	J.R.E.	69 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	Na alta: 20/30 c/ + 10	C/ assistente. O.D.: caso n.º 124
146	30-3-63	O.F.S.	65 anos	Senil O.E.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	Na alta: 20/60 c/ + 10	C/ assistente. Ainda sem Rx.
147	3-4-63	O.G.C.V.	68 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 + 1 suturas. Irilectomia periférica	Grande perda de vítreo	Na alta: 20/100 c/ + 10	C/ assistente. Ainda sem Rx.
148	2-5-63	L.C.M.	69 anos	Senil O.D.	Luz com má projeção	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	Movimentos da mão	C/ assistente. Atrofia óptica. S/ correção útil
149	3-5-63	M.D.J.	73 anos	Senil O.D.	Conta dedos 1 metro	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Extra-capsular p/ ruptura da cápsula	Normal	Na alta: 20/30 c/ + 10
150	6-5-63	M.C.P.	74 anos	Senil O.D.	Movimentos da mão	Usual c/ 2 suturas. Irilectomia periférica	Normal	Na alta: 20/30 c/ + 10	C/ assist. Coloboma central do
13-5-63	A.V.P.	66 anos	Senil O.D.	Projeção luminosa	Usual c/ 2 + 2 suturas. Irilectomia periférica	Extra-capsular p/ rupt. da cápsula. Perda mínima	Normal	Na alta: 20/30 c/ + 10	C/ assistente. Ainda sem Rx.

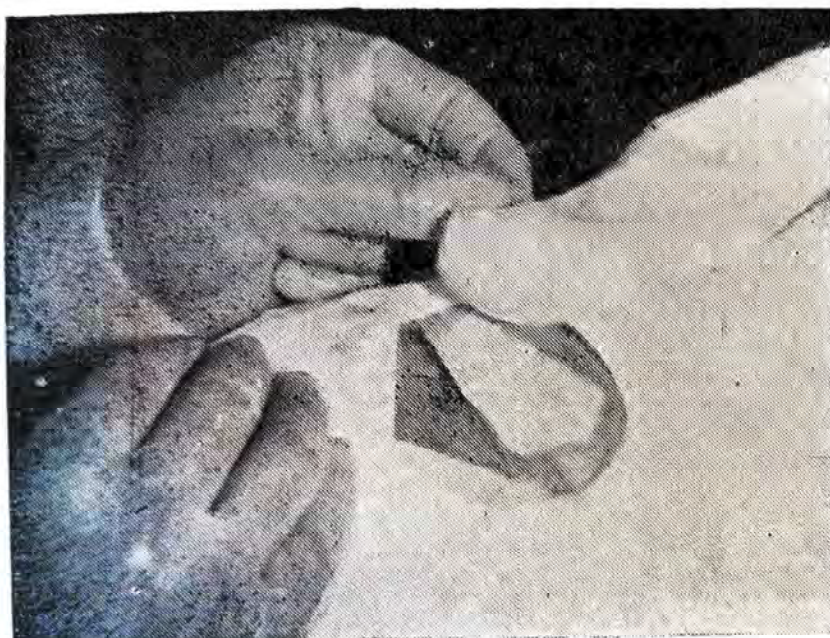
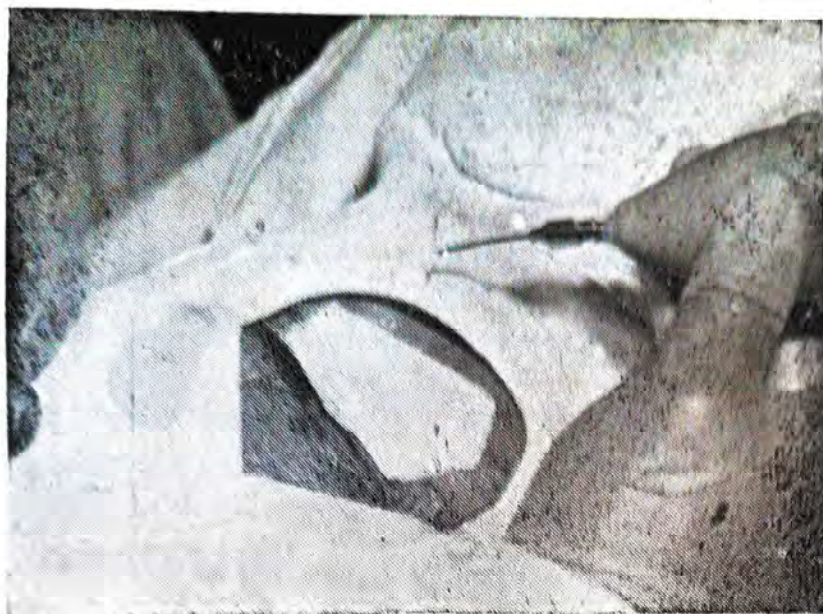


FIG. 12 — (Cardoso de Melo). Curativo oclusivo do olho operado: (A) Algodão embebido em solução salina fisiológica; (B) Colocação do penso ocular; (C) Fixação com adesivo, sobre o que será colocada placa plástica trans-

Com lâmina n.º 11 de BARK-PARKER fazemos a peritomia conjuntival, abrangendo os 200º superiores do limbo córneo-conjuntival, tendo o cuidado de evitar que permaneçam fragmentos de conjuntiva no limbo. Completamos a desinserção do retalho conjuntival por dissecação romba com tesoura curva de STEVENS (Figs. 5-B e C). Fazemos a hemostasia dos vasos esclero-conjuntivais utilizando o cautério de HILDRETH (Fig. 5-D).

Com pinça de fixação escleral (Karl Ilg Surgical Eye Instruments, 117 N. Charles Ave., Villa Park, Ill., U.S.A.) e sêda 7-0, montada em agulha atraumática de 7 mm, tendo os últimos 5 cm impregnados por solução aquosa saturada de violeta de gençiana, utilizando o porta agulha de KALT (Figs. 6-A e B), colocamos, radialmente, no limbo córneo-escleral, com finalidade tunelizante, às 10,30 e 1,30, duas suturas que deverão percorrer cerca de 2 a 2,5 mm no terço médio da espessura córneo-escleral (Figs. 6-C e D).

A seguir, utilizando a pinça de fixação de CASTROVIEJO e faca de GRAEFE (Fig. 7), fazemos a abertura da câmara anterior interessando as suturas pré-colocadas e ampliamos para as 9,00 e para as 3,00 horas com tesouras de Mc GUIRE para córnea (Fig. 8-A), com cuidado de cortar no limbo córneo-escleral, utilizando a curvatura das tesouras e penetrando os seus ramos inferiores na câmara anterior (Figs. 8-B e C). Colocamos a seguir as suturas córneo-esclerais, pela tunelização prévia (Fig. 8-D).

Nos casos normais optamos pela iridectomia basal ou periférica, que fazemos valendo-nos de espátula de íris que, ao tempo em que abre a câmara anterior, dando perfeita visualização, permite-nos pegada da base da íris (Fig. 9-A). A ressecção do fragmento de íris é feita com tesoura reta de íris, rasante à abertura córneo-escleral (Fig. 9-B). Havendo indicação, fazemos a iridectomia total, melhor chamada **em sector**, por BARRAQUER, J. Igualmente, o uso de alfa-quimotripsina será feito quando houver indicação.

A extração do cristalino é feita normalmente com ventosa de MAUNENEE auxiliada por contra-pressão com gancho muscular. Em casos de iridectomia total ou quando usamos alfa-quimotripsina, por vezes preferimos fazer a extração por deslizamento, mas, usualmente, fazêmo-la por báscula. Eventualmente, utilizamos pinça capsular, mas preferimos, sempre que possível, utilizar a ventosa (Fig. 10).

Reposta a íris, notamos cuidadosamente as suturas e examinamos a necessidade de nova(s) sutura(s) para refôrço da incisão (Fig. 11-A). Costumamos injetar ar na câmara anterior antes de completar o recobrimento da incisão com o retalho conjuntival (Figs. 11-B e C).

Antes da retirada do blefarostato instilamos diversas gotas de Pilocarpina a 2%, exceto em casos de extração extra-capsular, quando preferimos usar Atropina a 1%.

A oclusão do olho operado é feita em 3 tempos: 1) aplicação de compressa de algodão umedecido por sol-salina fisiológica (Fig. 12-A); 2) colocação de penso ocular; 3) proteção de curativo com placa plástica transparente e perfurada. Normalmente, só ocluimos o olho operado.

COMENTÁRIOS

Usamos anestesia geral apenas em casos especiais de jovens ou de pacientes cujo estado psíquico exige tal recurso. Normalmente, fazemos uso de anestesia local pela técnica descrita, que nos tem satisfeito plenamente.

A simplicidade da técnica operatória descrita é evidente, pois que não há retalho conjuntival com base para o limbo córneo-escleral, que dificulta a visualização da câmara anterior nas manobras intra-oculares o que, por si só, exige a presença de um assistente. Daí, a vantagem da técnica descrita para o cirurgião oftalmologista que exerce a sua prática no interior, onde, nem sempre pode contar com um colega que o assista.

A casuística apresentada é a relação da quase totalidade dos pacientes por nós operados de catarata desde setembro de 1958, na Clínica de Olhos da Santa Casa de Misericórdia de Campos, indigentes e particulares, excluídos os casos em que praticamos discisões e capsulotomias por técnicas que não exigiram abertura ampla da câmara anterior. As 151 operações reportadas são relativas a 134 pacientes, dos quais, 16 tiveram ambos os olhos operados, sendo que destes, um teve um dos olhos reoperado (Casos números 127 e 144).

Nos pacientes por nós operados não existiu casos de invasão epitelial da câmara anterior, que é a desvantagem maior imputada à técnica de retalho conjuntival por nós usada pelos autores que defendem o retalho conjuntival de base para o limbo. Em casos de hérnia de íris (o que só ocorreu uma vez na casuística apresentada — n.º 132), o reparo é feito muito mais facilmente do que quando o retalho é feito com base para o limbo.

Quanto ao tipo de sutura, muito embora o tipo empregado obrigue a repetição de um tempo operatório, pois, inicialmente colocamos as suturas tunelizantes e, após a abertura da câmara anterior colocamos as tunelizadas, serão elas exatamente opacionais, dando-nos a certeza de perfeito fechamento da incisão. Se necessário fôr, após anodadas essas, outras suturas de refôrço serão colocadas.

Quanto à iridectomia, que inicialmente fazíamos sistematicamente total ou em sector, hoje preferimos fazer periférica ou basal, por ser mais estética e perfeitamente funcional, se feita cuidadosamente. Se ocorrer perda de vítreo denso, completamos a iridectomia fazendo-a total no sector em que era periférica. Concordamos com o Prof. HILTON ROCHA em que isso fará com que o vítreo retorne à sua câmara com mais facilidade.

Injetamos ar na câmara anterior na maior parte dos casos.

Temos tido muito bons resultados ocluindo apenas o olho operado, o que ajuda a eliminar as desorientações psíquicas pós-operatórias dos pacientes.

CONCLUSÕES

O autor apresenta uma casuística de 151 pacientes operados de catarata e, mostrando os resultados obtidos, ao valor prático da técnica por ele empregada.

Utilizando retalho conjuntival de base para o fórnice, em 119 dos casos apresentados, apenas 2 suturas córneo-esclerais foram utilizadas. Nos 32 casos restantes houve necessidade de reforçar a incisão com maior número de suturas.

A relação entre o tipo de iridectomia e a freqüência de extrações intra-capsulares, extra-capsulares acidentais e extra-capsulares planejadas é apresentada na Tabela I. A Tabela II mostra-nos a mesma relação nos casos de perda de vítreo. Na Tabela III é mostrada a relação nos casos em que houve utilização de alfa-quimotripsina, dentre os quais, em 2 ocorreu haver câmara rasa no pós-operatório imediato. A Tabela IV mostra-nos que dos casos apresentados, 116 foram operados com assistente e 35 sem assistente.

A justificativa da apresentação da farta documentação fotográfica será feita recorrendo ao prefácio da "Histologie du Système Nerveux de L'Homme et des Vertébrés", de S. Ramón y Cajal: "Ilustrações, algumas em preto e branco, outras em côr, esclarecem o texto deste volume. seu número é considerável. Nunca há ilustrações bastante, especialmente em trabalhos de anatomia, nos quais, pode ser dito, ilustrações são mais necessárias que o texto..."

SUMMARY

Cataract Surgery — Technique without an assistant

The Author reports 151 cases of cataract extraction emphasizing the value of the technique used for the surgeons who can not always have an assistant.

Using fornix base conjunctival flap and track sutures only in 32 cases more than 2 sutures were necessary for a safe closure of the wound.

A photographic sequence is presented to illustrate every detail of the surgical procedure.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Atkinson, W. S.: Anesthesia in Ophthalmology. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., USA, 1955.
- 2 — Atkinson, W. S.: The development of Ophthalmic Anesthesia. Amer. J. Ophthal. 51:1, 1961.
- 3 — O'Brien, C. S.: Local Anesthesia in Ophthalmic Surgery. Tr. Ophthal., A.M.A., 237-253, 1927.
- 4 — Van Lint: Paralysie palpebrale temporaire provoquée dans l'opération de la cataracte. Ann. D'oculistique, 151:420-424, 1914.
- 5 — Chandler, P. A. and Maumonee, A. E.: Major Cause of Hypotony. Amer. J. Ophthal. 52:609 (Nov., Pt. 1) 1961.
- 6 — Atkinson, W. S.: The Technic of Retrobulbar Injection to avoid Orbital Hemorrhages. Anales del Instituto Barraquer, 929-935, 1963.
- 7 — Fasanella, Ed: Management of complications in Eye Surgery. W. B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1957.
- 8 — Barraquer, J.: Extraction Intracapsular del Cristalino. Sec. Oftalmologica Hispano-Americana, Granada, 1962.
- 9 — Rocha, Hilton: Mesa Redonda sobre Cirurgia de Catarata, promovida pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia, 1962.

APÊNDICE

MODELO DA FICHA CIRÚRGICA

CLÍNICA DE OLHOS

Serviço a cargo do Dr. CARDOSO DE MELO

Operação de Catarata:

- Nome: Idade..... Sexo..... Cór.....
 Diagnóstico:
 Data: / / OD. () OE. ()
 Extração: Linear (), Intra-capsular (), Extra-capsular (), Capsulotomia ();
 Discisão (); Iridectomia: Total (), Periférica (); Iridotomia ();
 Esfincterotomia ().
 1 — Anestesia: Geral (), Local (), O'Brien (), (), Retrobulbar (),
 2 — Sêda 3-0 (), 4-0 (): Pálpebra (), Reto superior ().
 3 — Retalho Conjuntival com base para: Fornix (), Limbo ().
 4 — Suturas 6-0 (), Sêda (), Cromado (): Track (), McLean (),
 Liegard ().
 5 — Incisão: Graefe (), Lança (), Knife-Needle (), ();
 Aumentada com tesoura ().
 6 — Alfa-quimotripsina: Sim (), Não ().
 7 — Suturas 6-0 (), Sêda (), Cromado (), Pós-colocadas.
 8 — Iridectomia: Total (), Periférica (); Iridotomia ();
 Esfincterotomia ().
 9 — Extração: Linear (), Intracapsular (), Extracapsular (),
 Capsulotomia (), Discisão (); Por: Tração (), Bâscula (); Com: Pinça (), Ventosa (), Alça (), Colher (), Expressão (), ().
 10 — Perda de "V": Não (), Mínima (), Moderada (), Grande ().
 11 — Hemorragia: Sim (), Não () — ().
 12 — Suturas Anodadas, Câmara anterior irrigada (), Iris reposta (),
 Toilette da incisão ().
 13 — Ar injetado na C. A.: Sim (), Não (). () Instilada.
 14 — Retalho Conjuntival: Suturas 6-0 (), Sêda (), Cromado () Contínua (),
 Interrompida ().
 15 — Curativo Oclusivo AO (), OD (), OE ().
 16 — Adendum: a) Base: Pacatal () emp., Fenegan (), Demerol () emp.
 (), ().
 b) Comportamento:

Cirurgião:

Auxiliar(es):

Anestesista:

Anestésico: