

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Vol. XIV

N.º 2

Junho de 1955

DIREÇÃO CIENTÍFICA

PROFESSORES:

Clovis Paiva

Fac. Med. Recife

Paulo Cesar Pimentel

Fac. Fluminense de Med.

Sylvio de Abreu Fialho

Fac. Nac. Medicina

Werther Duque Estrada

Esc. Ciências Médicas

Cyro de Rezende

Fac. Med. S. Paulo

Moacyr Alvaro

Esc. Paulista de Med.

Hilton Rocha

Fac. Med. Univ. Minas Gerais

Ivo Correia Meyer

Fac. Med. de Porto Alegre

ÍNDICE

Homenagem ao Dr. José Pereira Gomes	107
<i>Paulo Peret</i> : Lenticone Anterior.	109
<i>Jorge Cavalheiro Willmersdorf</i> : De uma nova técnica da dacriocistorrinostomia	121
SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA	
Sessão de março	279
Sessão de abril	286
VÁRIAS	
Oitavas Jornadas Brasileiras de Oftalmologia	289
Prêmio a Oftalmologista - Medalha de Ouro "Centro de Estudos de Oftalmologia"	290
V Congresso Pan Americano de Oftalmologia	291
III Congresso Interamericano de Cirurgia do Colégio Americano de Cirurgia	293
Séde da Sociedade Brasileira de Oftalmologia	294
Sociedade de Oftalmologia de São Paulo	294
Medalha de Ouro Chibret de 1956.	295
Uma nova escala de calibração para os tonômetros de Schiotz, Gradle-Schiotz e Mc Lean	290
A Oftalmologia na cidade do Recife	298

Diretores

EVALDO CAMPOS

JONAS DE ARRUDA — LUIZ NOUGUÉ

Surge a REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA com novas roupagens e uma Direção Científica. Seguimos a moda e aumentamos nossa projeção.

De há muito almejavam os oftalmologistas brasileiros fazer uma Revista única, que reunisse em suas páginas, o produto dos esforços de todos em benefício da oculística nacional. Levantada a idéia em Belo Horizonte, por ocasião do III Congresso Brasileiro de Oftalmologia, em 1939, nunca pôde ser realizada. Embora de acordo com a fusão, dela nunca tomamos a iniciativa, por motivos óbvios. Eis que o prof. Cyro de Rezende nos sugere encetássemos entendimentos com outros catedráticos de oftalmologia afim de concretizarmos a sugestão já antiga. E todos concordaram. Nada poderia ter sido feito sem apoio financeiro suficiente, que surgiu na pessoa de Joaquim Gomes Campos, Diretor-Presidente do Laboratório Cissa, a nos garantir o numerário para a impressão. Dos colegas, contamos receber a colaboração necessária para manter em nível elevado os nossos trabalhos.

Por enquanto, não modificaremos as datas do aparecimento.

À Direção Científica, seguir-se-á um certo número de Redatores para maior eficiência da Revista.

Fica lançada a sorte. O futuro nos dirá se acertamos.

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

DIRETORES: EVALDO CAMPOS, JONAS DE ARRUDA, LUIZ NOUGUE

ANO XIV

JUNHO DE 1955

N.º 2

LENTICONE ANTERIOR (*)

PAULO PERET (**)

A finalidade deste trabalho é a apresentação de um caso por nós diagnosticado como "lenticone anterior".

Podemos esquematizá-lo como se segue:

- 1) — Definição.
- 2) — Histórico.
- 3) — Etiopatogenia.
- 4) — Considerações Clínicas e Terapêuticas.
- 5) — Descrição do caso observado.

1.º — DEFINIÇÃO

Podemos definir "lenticone" como sendo uma afecção ocular que se caracteriza pela protrusão cônica, transparente, geralmente binocular, dos polos anterior ou posterior cristalinianos. No primeiro caso toma o nome de "lenticone anterior", e no segundo, "lenticone posterior".

Reserva-se a expressão "lentiglobo", para os casos nos quais a protrusão cristaliniana toma a forma globulosa.

O "lenticone anterior", objeto do nosso trabalho, é muitíssimo raro.

2.º — HISTÓRICO

Tomaremos por base o trabalho de FRONIMOPOULOS e JOANNIDES (Atenas), para fazermos uma revisão na literatura.

Cabe a WEBSTER (1875) a mérito de ter descrito pela primeira vez esta anomalia lenticular, criando a expressão "lenticonus". Trata

(*) — Apres. à Soc. de Oftal. da Ass. Méd. M. Gerais.

(**) — Oftalmologista do Hosp. S. Geraldo Belo Horizonte.
Recebido para publicação em 23-1-55.

va-se de um caso de lenticone anterior bilateral, associado a uma catarata polar posterior.

O segundo caso é de PLACIDO (1880), erroneamente atribuído a VAN DER LAAN (lenticone anterior bilateral em um jovem).

VENNEMAN (1891) diagnosticou lenticone anterior bilateral em uma mulher de 20 anos que se queixava de baixa visão desde o aparecimento da menarca.

JAWORSKI (1904) descreveu um caso de lenticone anterior binocular, mais acentuado no O.D., em um homem de 32 anos, portador de nefrite crônica e uremia. Em A.O. a projeção lenticular era absolutamente transparente, porém no O.D. desapareceu, sobrevindo opacidade na córtex anterior.

SEEFELDER e WOLFRUM (1907) fizeram um estudo anátomo-patológico em um feto de 4 meses, constatando uma projeção anterior na vesícula cristaliniana.

KRUSIUS (1910) apresentou um caso em que se observou o seguinte: O.D. Subluxação traumática do cristalino; O.E.: lenticone anterior (transparente).

MOHR (1910), em uma criança de 5 meses e meio de idade, com hidroftalmo, constatou uma protrusão cônica à superfície cristaliniana, irregular; no vértice a cápsula era ausente e a parte correspondente da córnea, na membrana de DESCOMET, tinha um defeito similar. O cristalino, porém não tocava à córnea.

SCHWEINITZ e WIENER (1919) descreveram mais um caso.

FREY (1922) diagnosticou lenticone anterior bilateral em pessoa jovem, portadora de nefrite. Não estabeleceu relação alguma entre lenticone e nefrite, de acordo com JAWORSKI que foi da mesma opinião, quando apresentou o seu caso.

RIEDL (1923) diagnosticou lenticone anterior bilateral em um homem de 36 anos, e WEISS (1927) apresentou mais um caso de lenticone anterior bilateral.

KIENECKER (1929) foi o primeiro a fazer o estudo do lenticone anterior à lâmpada de fenda. Observou um caso de lenticone anterior em um homem de 42 anos, portador de nefrite crônica e hipertensão arterial. Observou protrusão lenticular transparente, sem participação nuclear. Não estabeleceu relação entre a anomalia e a afecção renal.

FEIGENBAUM (1929) fez também um estudo biomicroscópico em um jovem de 10 anos e meio; era um caso de lenticone anterior bila-

teral, contendo substância cristaliniana transparente, sendo que nem a periferia dos núcleos participava da projeção lenticular. Dois anos após, examinando novamente o paciente, viu aumentar a miopia central, com o aumento do lenticonus.

A lâmpada de fenda mostrou, de acôrdo com as duas últimas observações o seguinte:

- a) — Cápsula intacta.
- b) — A projeção tinha base exatamente no centro da lente, contendo substância cristaliniana transparente.
- c) — A projeção estava limitada às camadas cristalinianas que são formadas na vida post-embrionária.

Daqui por diante seguem-se os casos de BENJAMIM RONES (1934), MOULTON (1936), RANH (1936) e IDZUHA (1936).

MADROSNIEWICKS (1937) e KNOBLOCH (1937), inscreveram, cada um, um caso de lenticone anterior.

URRETS ZAVALIA e OBREGON OLIVA (1939) descreveram dois casos de lentiglobo anterior.

TER-ARTUNIAantz-KOTILIANSKAJA e CHUTKO (1939) apresentaram um caso com achados biomicroscópicos.

HARRIS (1940) e DAMEL e GARBARINO (1942) diagnosticaram mais dois casos de lenticone anterior. H. MARBACK (1943) descreveram um caso de microfaquia com lenticone anterior.

HILTON ROCHA e COSCARELLI (1943) fizeram um estudo biomicroscópico de um caso de lenticone anterior, bilateral, em uma mulher de 30 anos. O corte óptico com fenda estreita mostrou a projeção do cristalino em sua área central, a ponto de restringir de metade a profundidade da câmara anterior. O cone era protruso, transparente e cristalóide. Núcleos normais, sem torção nas faixas de descontinuidade. A córtex se alargava na projeção cônica para constituir-lhe o conteúdo, tendo sido vista uma faixa anômala de descontinuidade, septando a própria córtex em pleno cone. Estes mesmos autores posteriormente fizeram mais uma observação de lenticone anterior. Tratava-se de um caso idêntico ao descrito, sendo a doente irmã gêmea da primeira paciente.

LEON EHRLICH (1944) observou à lâmpada de fenda um caso de lenticone anterior em um rapaz de 12 anos. No O.D. observou

lenticone anterior tomando $\frac{1}{4}$ da profundidade da câmara anterior, cheio de uma substância clara entre cápsula e os núcleos. O O.E. parecia normal. Posteriormente, sem trauma, rompeu o lenticone sobrevivendo a catarata polar, tendo o paciente se submetido à extração cristaliniana.

SEN (1948) apresentou um caso em que se via, no O.D. uma pequena projeção oval, circunscrita, parcialmente turva, na superfície anterior da lente. O conteúdo era cortical. O paciente era um rapaz de 14 anos.

FRONIMOPOULOS e JOANNIDIS (1950) em um jovem de 25 anos, diagnosticaram lenticone anterior e posterior rudimentar, tendo o paciente queixado baixa de visão com a idade de 20 anos. A lâmpada de fenda pôde constatar o seguinte em A.O.: à superfície anterior lenticular, lenticone anterior, contendo substância cristaliniana transparente. Cápsula intacta. A zona de disjunção seguia a cápsula.

Com aumento maior uma camada de fina opacidade foi notada no abaulamento, muito próximo à cápsula. Não havia participação nuclear na projeção lenticular. À superfície posterior, havia lenticone posterior rudimentar, com restos de artéria hialoide. Pequenas áreas de atrofia da coroide foram observadas entre 6 e 9 hs. no O.D.

BRADLEY R. STRAASTMA, MICHAEL L. CANCELLA e ANSELM C. HOHN (PORTSMOUTH, VIRGINIA (1954), diagnosticaram em um jovem de 21 anos, lenticone anterior unilateral (olho direito). Constataram o seguinte: proeminência esférica de material lenticular, à superfície anterior cristaliniana. A base era cercada por um anel geometricamente perfeito e a protrusão revelava imagem especular brilhante. Perto do equador temporal havia uma opacidade, subcapsular, extendendo-se discretamente às superfícies anterior e posterior. Perto da extremidade anterior deste setor cataratado havia uma pequena opacidade subcapsular, irregularmente circular. Estas opacidades eram inteiramente separadas do lenticone. Os núcleos embrionário, fetal e adulto, assim como as linhas de disjunção anterior e posterior, não eram interrompidos nem alterados pela protrusão lenticular.

De acordo com a revisão feita por HILTON ROCHA e COSCARELLI, até 1943, 20 casos foram relacionados. Pela nossa revisão somam-se mais cinco (o caso publicado por estes autores, o de EHRLICH (1944) o de SEN (1948) o de FRONIMOPOULOS e JOANNIDIS em (1950) e o de STRAASTMAN, CANCELLA e HOHN (1954).

3.º — ETIOPATOGENIA

Há várias teorias que tentam explicar o aparecimento do lenticone anterior, umas advogando o caráter adquirido, outras o caráter congênito. Nenhuma delas porém é satisfatória.

Passaremos de modo sucinto a citá-las, sem entrarmos em detalhes:

I — Defendendo o caráter congênito: *a)* Retardo do destacamento da vesícula lenticular, dependência do ectoderma superficial. O ectoderma superficial, em determinada etapa de sua evolução, invagina, dando a vesícula cristaliniana (futuro cristalino); o retardo do destacamento vesicular faria com que a porção anterior vesicular se abaulasse, para, ao se tornar independente do resto do ectoderma superficial, se mostrar cônica em sua frente.

b) — Retardo do desdobramento mesodérmico — entre o ectoderma superficial e a vesícula cristaliniana (já destacada), propiciando a deformação vesicular.

c) — Malformação zonular (ELSCHNIG).

d) — Retardo do preenchimento das fibras cristalinas, deixando um espaço vazio entre elas e a cristalóide anterior, sobrevivendo daí a deformidade (defendida por SEEFELDER, WOLFRUM e RONES).

II — Defendendo o caráter adquirido:

a) — Influência da acomodação. O exagêro da acomodação (espasmo da acomodação) propiciaria a instalação de uma deformidade anterior.

b) — Fragilidade congênita da cristalóide anterior, que sofreria no futuro a ação da acomodação ou de traumatismos, fazendo aparecer o abaulamento (HESS e DAMEL).

Em resumo, de acôrdo com a opinião da maioria dos autores, podemos concluir que tôdas estas hipóteses não explicam satisfatoriamente o lenticone anterior. As primeiras, defendem o caráter congênito, não explicando os casos adquiridos que existem.

Além disto não explicam a instalação de uma deformidade anterior, sem que haja a mínima alteração dos núcleos cristalinos, como nos mostra a biomicroscopia. As segundas, defendem o caráter adquirido, porém não satisfazem as exigências dos casos congênitos, constatados já no feto, anatomo-patologicamente.

Talvez haja dois tipos de lenticone, talvez haja um congênito e outro adquirido. Talvez haja uma predisposição congênita, variando o tempo de instalação da afecção.

O certo é que a etiopatogenia do lenticone anterior, constitui um capítulo obscuro da Oftalmologia.

4.º — CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS

a) — Anamnese: não nos oferece uma orientação segura. O paciente queixa-se de acentuada baixa de visão. Por vêzes sabe precisar o tempo do aparecimento, por vêzes não sabe nos informar a respeito disto. No nosso caso queixou-se a paciente de cefaléia e baixa de visão há mais de um ano, em A.O.

b) — Refração: visão muito baixa, geralmente de 1/20, bilateral, melhorando com o estenopeico. A correção se faz com lentes esféricas negativas (portanto miopia), em torno de 10 dps., entretanto é uma correção precária que atinge 1/10, 1/8, (1/5 em nosso caso).

Sob midríase e cicloplegia, ao se fazer a esquiascopia, nota-se que no centro do clarão pupilar há uma imagem que nos lembra exatamente uma “gôta de óleo”. Nesta região a sombra é inversa. Fora dela, geralmente é emétrope ou hipermetrope.

Se se ordena ao paciente o olhar para cima, a “gôta” se desloca no mesmo sentido; se se ordena o olhar para baixo ela acompanha o mesmo sentido.

Isto serve para diagnóstico diferencial com o lenticone posterior, pois se o deslocamento da “gôta” fôsse contrário ao do olhar, a projeção estaria no polo posterior.

c) — Biomicroscopia: o lenticone anterior é transparente, sendo uma nítida projeção anterior do cristalino, com base de cêrca de 4 mms., proeminando na câmara anterior sem tocar a córnea. Não possui nenhum traço de opacidade na sua forma pura. Quando rompida a cápsula (como se vê em nosso caso), ou quando esta sofre qualquer perturbação no sentido de rompimento, há aparecimento de opacificação, que pode deixar o paciente com simples visão de vultos (como vimos no caso de LEON ERLICH, 1944).

O abaulamento é melhor observado com feixe estreito, notando-se que as faixas de disjunção anterior e cortical acham-se defor-

madras, seguem a projeção, porém se afastam neste nível, como foi nitidamente visto em nosso caso.

As faixas correspondentes aos núcleos não sofrem qualquer alteração.

d) — Terapêutica: quando não há opacificação da lente o tratamento é óptico. Devem ser dadas lentes que corrijam a miopia, dando a melhor correção possível. Muitas vezes a opacidade é ainda compatível com a visão como foi visto por nós. Quando incompatível, deve ser feita a extração cristalíniana com a devida correção posterior da afacia.

Em nosso caso a correção foi óptica, ficando a paciente sob observação.

5.º — DESCRIÇÃO DO CASO OBSERVADO

Nome: W. O. R. Profissão: doméstica. Nacionalidade brasileira. Naturalidade: Santa Quitéria. Residência: Nova Lima. Côr: leucoderma. Idade: 18 anos. Estado civil: solteira. Sexo: feminino.

Anamnese: Queixa-se a paciente de baixa de visão e cefaléia há mais de um ano. É o primeiro exame oftalmológico a que se submete. Informa que se submeteu recentemente a exame otorinolaringológico, que nada de anormal revelou. Sempre foi sadia, tendo sofrido das moléstias próprias da infância.

Pais vivos e sadios. Possui 7 irmãos sadios, apenas um que “sofre da vista”.

Iluminação oblíqua: segmento anterior praticamente normal.

Reflexos fotomotores (direto e consensual) em A.O.: Normais.

Estática pupilar: Normal. Tensão ocular de A.O.: Normal.

Refração dinâmica:

O.D.V.: 20/200 com — 6,00 esf. () — 1,00 cil e 130° =
= 20/100

O.E.V.: 20/200 com — 7,00 esf. () — 2,00 cil e 160° =
= 20/100

Refração sob cicloplegia (após instilação de cicloplegina):

O.D.V.: com — 5,00 esf. () — 1,00 cil e 130° = 20/100

O.E.V.: com — 6,00 esf. () — 2,50 cil e 160° = 20/100

Ceratometria

O.D.

90
— 42,75
46,25

O.E.

85
— 42,87
46,00

Esquiascopia (central)

O.D.

— 6,00
— 6,00

O.E.

— 7,00
— 7,00

Esquiascopia (periférica)

O.D.

+ 3,00
e

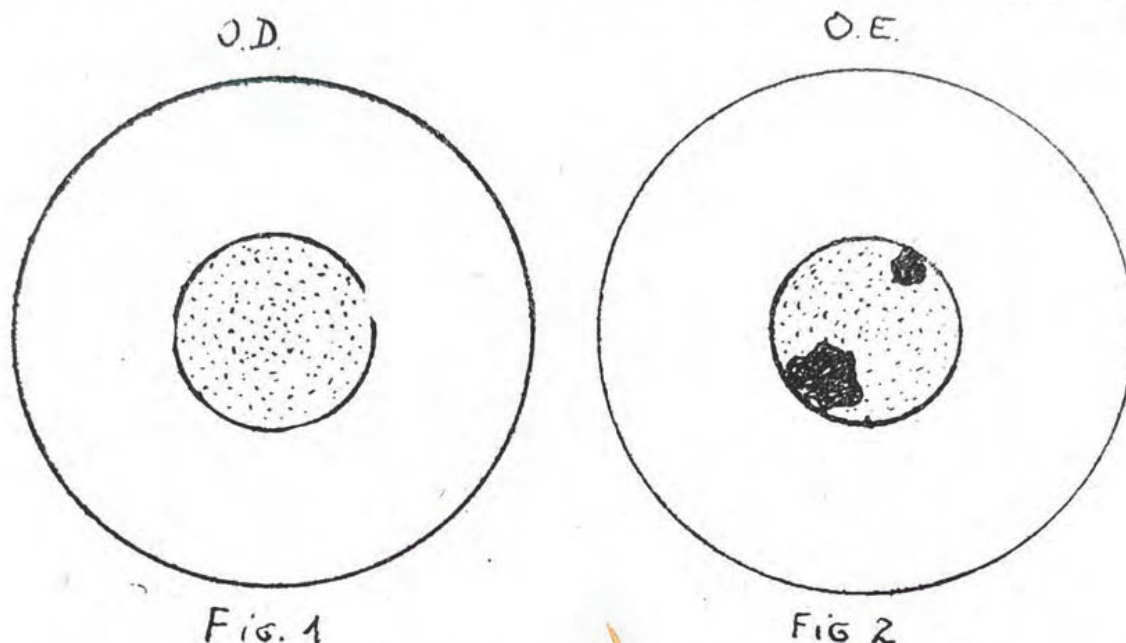
O.E.

+ 1,50
e

O clarão pupilar contém em seu centro a imagem típica da “gôta de óleo” com sombra inversa. A prova do paralaxe mostra que é de localização anterior.

Biomicroscopia: Em A.O. protrusão cristalíniana de base cêrca de 4 mm.

Com feixe largo: observa-se opacidade capsular anterior, bem no vértice da projeção. No O.D. a opacidade é discreta (fig. 1). No OD.E. há dois pontos de opacidade mais intensos (fig. 2).



A circunferência menor representa o polo anterior cristalino, opacificado

Com feixe estreito: observa-se melhor a protrusão. O núcleo fetal não participa da projeção. Acha-se íntegro. No ápice há uma lesão capsular que a este nível se mostra opaca (instalação da catarata polar anterior por rompimento do vértice do lenticone; o mesmo fato foi visto por ERLICH (1929), porém monocular; em nosso caso há instalação da catarata polar anterior em A.O., porém compatível com a visão de 1/5 com a correção óptica). As faixas de disjunção anterior e posterior do núcleo adulto seguem a protrusão, porém a este nível acham-se mais afastadas uma da outra. O afastamento entre a cápsula e a faixa de disjunção é mais pronunciado.

Oftalmoscopia: Normal em A.O.

Exames complementares:

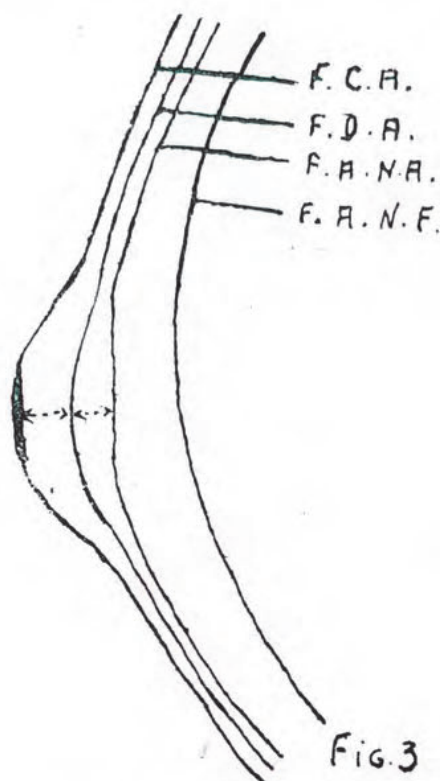
Otorino laringológico: Normal.

Reação de KAHN: negativa.

Reação de MANTOUX $\frac{1}{10.000}$ } negativas
 $\frac{1}{100.000}$ }

Exame clínico: Normal.

Diagnóstico: "Lenticone Anterior em A.O. com catarata Polar Anterior".



F.C.A. : faixa capsular anterior.
 F.D.A. : faixa de disjunção anterior.
 F.A.N.A. : faixa anterior do núcleo adulto.
 F.A.N.F. : faixa anterior do núcleo fetal.

Terapêutica: tratamento óptico. Receitado:

O.D. — 5,00 esf. () — 0,50 cil e 130º

O.E. — 6,00 esf. () — 1,00 cil e 160º

As lentes foram bem toleradas pela paciente.

A doente ficou sob observação que será feita periódicamente.

RESUMO

O autor apresenta um caso de lenticone anterior, com catarata polar anterior.

Seu trabalho é sintetizado em cinco partes:

Definição. Histórico. Etiopatogenia. Considerações clínicas e terapêuticas. Descrição do caso.

Baseia a revisão histórica no trabalho de FRONIMOUPoulos e JOANNIDES.

Descreve as hipóteses etiopatogênicas e em seguida estuda os aspectos clínico e terapêutico da anomalia lenticular, reunindo dados biomicroscópicos.

Finalmente descreve o caso com estudo biomicroscópico, mostrando a distorção das faixas de descontinuidade e a catarata polar anterior, compatível com correção óptica.

Apresenta três ilustrações do caso, mostrando a opacidade anterior e as distorções das faixas de descontinuidade seguindo o cone lenticular.

SUMMARY

The author present a case of anterior lenticonus, with anterior polar cataract.

His work is synthetised in five parts:

Definition. Historical. Etio-pathology. Clinical and therapeutics considerations. Description of the case.

He is founded the rewiew of the literature in FRONIMOUPOULOS and JOANNIDES work.

He describe the etio-pathological hypothesis and after he study the clinical and therapeutics aspects of the lenticular anomaly, joining biomicroscopic data.

At last he describe the case with biomicroscopic data, showing the distorsion of the descontinuity bands and the anterior polar cataract, compatible with optics correction.

He present three illustrations of the case, showing the anterior opacity and the distorsion of the descontinuity bands, following the lenticular cone.

BIBLIOGRAFIA

WEBSTER: Ein Fall von lenticonus aus der praxis des Dr. C. R. Anew Arch. f. Augenh. 4:212-264,1875.

VENNEMAN: Un cas de lenticone double antérieur. Ann. d'Ocul., 105: 158-164, 1891.

JAWORSKY: Ein fall von lenticonus anterior und über dessen Entstehen. Arch. f. Augenh. 65:313-317,1910.

SEEFELDER e WOLFRUM: Ueber eine eignerartige linsenanomalie (lentiglobus anterior) bei einem vier monatlichen menschlichen fötus. — Arch. f. Ophth. 65,320-325,1907.

KRUSIUS: Ueber zwei seltene anomalien des linsensystems. Arch. f. Augen. 65:233-238,1910.

MOHR: Ein beitrage zur pathogenese des lenticonus anterior Klin Monatsbl. Arch. f. Augenh. 48:157-167,1910.

FREY: Einige fälle interessanter linsenveränderungen. Arch. f. Augenh. 90: 135-146,1922.

RIEDL: Lenticonus anterior: lenticonus posterior. Klin. Monatsbl. f. Augenh. 71,344-348,1923.

WEISS: Ein fall von vorderem lenticonus, Russk. oftal. zhur, 6:281-285,1927.

KIENECKER: Ueber einen fall von doppelseitigem sogennantem lentiglobus anterior, Klin monastsbl. f. Augenh. 82:55-64,1929.

HILTON ROCHA e COSCARELLI: Lenticone Anterior: Ophtalmos, 2:219-226,1943.

LEON EHRLICH: Archives of Ophth, maio, 1944.

FRONIMOPOULOS e JOANNIDIS: Archives of Ophth., março, 1948.

BRADLEY, R. STRAASTMAN, MICHAEL L. CANCELLA e ANSELM C. HOHN: American Journal of Ophtalmology, 37:197,1954.

DE UMA NOVA TÉCNICA DA DACRIO- CISTORRINOSTOMIA (*)

JORGE CAVALHEIRO WILLMERSDORF

Antes de entrarmos propriamente no assunto da Tese, queremos deixar bem claro os nossos sinceros agradecimentos:

ao Prof. Dr. Cyro de Rezende, que orientou nossa formação Oftalmológica, que nos iniciou na arte difícil da observação Clínica, de quem recebemos ensinamentos de tão alta valia, que só ele sabe dispensar aos que procuram receber as luzes dos seus vastos e profundos conhecimentos. Ao Mestre, aqui atributo nossa grande admiração e estima;

ao Prof. Manoel Cerqueira Leite, pelo auxílio na redação da Tese;

aos colegas da Clínica Oftalmológica que gentilmente procuraram tornar amena nossa tarefa, quando recorremos aos seus conhecimentos e especialmente ao médico interno Raphael Treiger pela habilidosa colaboração e dedicação e ao Dr. Oswaldo Monteiro de Barros pela “documentação fotográfica”;

aos colegas das Clínicas Otorrinolaringológica e Radiológica do Hospital das Clínicas pela presteza que atenderam às solicitações que lhes fizemos;

à Sra. Lili Ebstein Loewenstein e Srta. Lucia Moreira e a todos aqueles que concorreram para a realização da Tese.

(*) Tese para o concurso de Livre Docente da Cadeira de Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

Desde o início de nossa carreira, sempre nos interessamos pela cirurgia das vias lacrimais.

As dacriocistites são sempre numerosas, nas clínicas gratuitas; e naquelas cujos métodos de tratamento não são seguros e de resultados rápidos, este grupo de pacientes tende a aumentar.

As lavagens, sondagens e operações com finalidades dilatadoras das vias lacrimais, nunca nos satisfizeram completamente. Nas clínicas que as praticam como tratamento de rotina, não procurando renová-lo, tivemos oportunidade de verificar que é processo de grande duração e de baixa porcentagem nos bons resultados, embora haja autores que afirmem o contrário (62).

* * *

A única operação de resultados rápidos e seguros, mas que não nos satisfazia completamente, era a extirpação do saco lacrimal. Entretanto, a epífora resultante dela, embora em muitos casos diminuísse com o tempo, sempre foi desfavorável, tanto para o paciente quanto para o médico. Apesar disto, no Serviço onde trabalhamos, operávamos assim, pacientes sem recursos, oriundos do Interior do Estado, pois nos parecia ser este o melhor processo que nos garantiria eliminar a infecção focal, desde que a recuperação do funcionamento da via condutora da lágrima não era possível por outros processos.

A Dacriocistorrinostomia já era nossa conhecida; porém, a técnica de ARRUGA não nos despertara o desejo de praticá-la constantemente.

* * *

Em 1949, fomos indicados pelo Prof. Cyro de Rezende — Catedrático de Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Chefe do Serviço de Oftalmologia do Hospital das Clínicas — para iniciar a prática desta operação e torná-la rotineira em nossa clínica.

Recebemos, nessa época, entre os instrumentos cirúrgicos da fábrica argentina Bagó, o instrumental necessário para esta intervenção, sendo que nêle se incluía a pinça-esco-pro e o gancho-espátula de Donato Valle.

Iniciamos, no referido ano, a prática desta operação. Entretanto, as dificuldades surgidas e as modificações empregadas para superá-las, foram tais, que deram origem a novos aspectos. Achamos, então, que poderíamos estudá-los em conjunto e apresentá-los sob a forma de uma tese, cujo título seria: "De uma nova técnica da Dacriocistorrinostomia".

* * *

Para apresentarmos a evolução dêste trabalho, dividimos as operações em três períodos, estudando cada um em particular, expondo, finalmente, as conclusões a que chegamos.

Antes de abordarmos o assunto, fizemos um apanhado sucinto dos métodos operatórios e das dificuldades que se apresentam aos que praticam esta operação; depois, entramos, decididamente, no âmago da questão.

* * *

A finalidade dêste trabalho é apresentar modificações da técnica e da sistematização da Dacriocistorrinostomia, procurando torná-la uma operação mais anatômica e de execução mais segura, tentando evitar as dificuldades que comumente surgem, durante os seus tempos.

* * *

PARTE I

MÉTODOS DE TRATAMENTO DAS OBSTRUÇÕES BAIXAS DA VIA LACRIMAL, A DACRIOCISTORRINOSTOMIA

As obstruções da via lacrimal podem localizar-se na parte alta, na parte baixa ou em toda a via (34). Obstrução alta

é qualquer processo que dificulte o escoamento da lágrima, do orifício, até o saco lacrimal. A obstrução baixa é causada por um processo localizado na parte baixa da via, isto é, no saco ou no canal lácrimo-nasal. As dificuldades de escoamento da lágrima, porém, são causadas, geralmente, por impediço em sua passagem, pelo canal lácrimo-nasal, do saco para o meato inferior.

Todos os processos infecciosos (10), alérgicos (61) ou mecânicos, que impeçam o canal lácrimo-nasal de permanecer como via real, durante a passagem da lágrima, ocasionam epífora, e esta via real se torna portadora de uma obstrução baixa ou de uma dacriocistite latente. E os autores afirmam que 60% destas dacriocistites são de origem nasal (78).

As obstruções baixas da via lacrimal podem ser tratadas por: processos conservadores ou de recuperação da parte baixa e por processos não conservadores, ou que abandonam a ação condutora do canal lácrimo-nasal, procurando a obtenção de uma nova via de escoamento para a fossa nasal.

PROCESSOS CONSERVADORES

Os processos conservadores ou de recuperação do canal lácrimo-nasal podem ser classificados em: I — Processos de recuperação do canal lácrimo-nasal membranoso-ósseo. II — Processos de recuperação do canal membranoso, somente.

I — Processos de recuperação do canal lácrimo-nasal membranoso-ósseo

A recuperação do canal lácrimo-nasal membranoso, sem que se abandone a parte óssea, pode ser obtida: A) — pela dilatação ou cateterismo e B) — por operações cuja finalidade é a dilatação.

A) Cateterismo

O cateterismo da via lacrimal pode ser feito por via nasal ou por via ocular.

O cateterismo por via nasal é difícil de ser praticado, devido às dificuldades para atingir e achar a abertura do canal, no meato inferior. Ninguém o pratica; no entanto, se fôsse possível realizá-lo com facilidade, seria o processo mais racional.

O cateterismo por via ocular pode ser praticado pelo método descendente, ou pelo método ascendente, ou retrógrado.

O método descendente consiste na dilatação da via lacrimal, com sondas de calibre variável (28, 31, 77). É processo muito usado (7) e há autores que apresentam, em favor dêle, boas estatísticas (37, 74, 62). Nós o praticamos, ainda, para reconhecimento do local da obstrução.

Alguns casos de dacriocistite se resolvem apenas com a sondagem; porém, sua indicação mais perfeita é nas obstruções baixas e congênitas da via lacrimal (87). Nestes casos, quando fazemos as lavagens da via, em crianças portadoras desta afecção, devemos primeiro tentar desobstruí-la, pela pressão do líquido corado. Não é conveniente fazer anestesia geral nestes pacientes (22); devem ser mantidos em contenção. Muitas vezes, a pressão do líquido vence a obstrução e o pequeno paciente começa a deglutí-lo. Se isto não acontecer, utilizamo-nos da sondagem, que parece de fácil execução. Há, porém, trabalhos citando as mais variadas complicações desta prática (84).

O cateterismo ascendente, visa apenas à dilatação do canal lácrimo-nasal; é mais difícil de ser executado e, também, não nos dá, continuamente, resultados satisfatórios. Inúmeros autores têm tentado sua execução por processos vários e engenhosos, e nós também tivemos ocasião de fazê-lo.

Nossa tentativa consistiu em passar, pela via lacrimal, um fio-alça, cuja função foi a de condutor de drenos; êstes eram fixados na sua extremidade inferior, que saía pela narina. Pela tração da extremidade superior do fio-alça, que saía pelo orifício lacrimal, os drenos eram levados até o saco lacrimal, dilatando, assim, o canal lácrimo-nasal. Êstes drenos foram temporários ou permanentes. Os fios usados eram de seda, algodão ou "nylon". Os drenos começaram sendo feitos de alças, primeiramente de seda; depois de algodão,

borracha cilíndrica, lâminas de látex e, finalmente, de cilindros ôcos de látex.

Muitos autores têm tentado êste processo; contudo, não é eficiente (12, 41, 86). Só serve para provar a ineficiência das operações dilatadoras que visam a recuperar a parte baixa da via. Os fios-alças, condutores dos drenos, no cateterismo ascendente, lesam também a parte alta (orifício e canalículo lacrimal), dando, muitas vezes, deformações e canaliculites. A dilatação do canal lácrimo-nasal provoca a formação de tecido cicatricial, que, cedo ou tarde, oblitera novamente a via aberta (88).

As estatísticas imediatas dão bons resultados. Entretanto, as estatísticas resultantes de um estudo prolongado dos casos, levam sempre a conclusões desconfortantes, infelizmente omitidas pelos autores.

B) Operações que visam a dilatar o canal lácrimo-nasal

Estas podem ser divididas em dois grupos: 1) — operações que agem sôbre o canal lácrimo-nasal, usando a parte alta como via de acesso; 2) — operações que vão diretamente à parte baixa da via, sem lesar a parte alta.

Como exemplo do primeiro grupo, temos a operação de POULARD e suas modificações. As operações dêste grupo podem dar resultado (81); mas seu princípio operatório é falho, pois

O segundo grupo se divide em:

que, para corrigirem a parte baixa lesada, começam por lesar a parte alta normal da via condutora da lágrima.

a) — Operações que visam a obtenção de luz real e permanente, pela aplicação de tubos de substância inalterável, como, por exemplo, matéria plástica, metais inoxidáveis (prata, platina), etc. (89). Êste tubo poderá permanecer em definitivo, ser eliminado espontâneamente, ou retirado, procurando-se, assim, formar um canal lácrimo-nasal com luz permanente e real (89).

b) — Operações que visam à recuperação do conduto lácrimo-nasal, por destruição do mesmo, parcial ou totalmente, até o saco lacrimal, com reepitelização posterior. A destruição parcial do conduto pode ser obtida pela diatermo-coagulação do mesmo seguindo-se, após, a aplicação de drenos, com a finalidade de reepitelização posterior e dilatação permanente. A destruição total é obtida pela curetagem do conduto, com a esperança de uma reepitelização posterior. Aplicam-se drenos. Atualmente, os autores têm procurado obter a recuperação pela aplicação de metais inalteráveis ou de matéria plástica. Estas técnicas têm recebido denominações múltiplas e representam o desejo constante de obtenção de um processo conservador e satisfatório.

II — *Processos de recuperação do canal membranoso, somente*

Compreendem-se, aqui, as operações que visam à recuperação do conduto membranoso, conservando o conduto ósseo, ou processos de transplante do canal lácrimo-nasal.

Alguns autores procuram transplantar o canal lácrimo-nasal membranoso, por uma nova abertura, feita na fossa nasal (92). Nesta operação o canal é individualizado, até o fundo do conduto ósseo, onde será seccionado. Sua luz é aberta e, através de um largo orifício feito na goteira, o canal membranoso é trazido para a fossa nasal, onde é fixado (56).

PROCESSOS NÃO CONSERVADORES

A Dacriocistorrinostomia

Êstes compreendem as operações que visam a recuperar a função da via condutora, eliminando o canal lácrimo-nasal, isto é, fazendo uma anastomose do saco lacrimal com a pituitária. A êstes processos damos o nome geral de Dacriocistorrinostomia.

Na Dacriocistorrinostomia, as vias de acesso ao saco lacrimal são: a via nasal e a via ocular.

I — *Processos que utilizam a via nasal*

A via nasal é usada pelos otorrinolaringologistas, com bons resultados (1, 3, 5, 48, 99); contudo, parece não ser a ideal, pelas dificuldades de acesso (54) e pelas recidivas. Outrossim, como a supuração e a epífora se processam no aparelho ocular, os pacientes portadores de obstrução da via lacrimal procuram normalmente os oculistas, para tratamento. Saliente-se, ainda, que a estatística das operações por via ocular apresenta melhor resultado que a das por via nasal.

II — *Processos que utilizam a via ocular*

A via ocular é usada pelos oftalmologistas (70), que tomam, como via de acesso, a superfície cutânea da região do saco lacrimal.

O saco lacrimal, depois de alcançado e exposto, é aberto e suturado à mucosa nasal, através de uma abertura feita na parede óssea que existe entre as duas mucosas.

A Dacriocistorrinostomia por via ocular, pode ser dividida, de acôrdo com a resultante de sua anastomose, em dois grupos: operações que visam à formação de um trajeto fistuloso, isto é, de um novo canal; operações que procuram abrir e manter aberto o saco lacrimal, na fossa nasal.

No primeiro grupo, o novo canal fistuloso pode ser conseguido intencionalmente, como fazem alguns autores, para evitar a obstrução ou má orientação, utilizando-se de drenos. A via fistulosa é obtida, ainda, pela anastomose do saco lacrimal com os seios para-nasais; nos casos de erros de técnica, com as células etmoidais; ou senão, intencionalmente, quando o saco é ligado ao seio maxilar. Esta última operação não é mais usada (50).

Pertencem ao segundo grupo, todos os processos que visam, intencionalmente, a manter o saco aberto, na fossa nasal, por via ocular (80).

É interessante notar que, na Dacriocistorrinostomia por via nasal, quando o resultado é favorável, se obtém a abertura do saco lacrimal, pela extirpação de sua parede posterior.

Podemos, também, obter a abertura do saco lacrimal, com as operações que visam a formar fístula ou novo canal.

CONSIDERAÇÕES

As considerações principais que servem de base à crítica dos métodos cirúrgicos de tratamento, são as seguintes:

A operação deve corrigir a parte lesada, sem lesar a parte normal. Portanto, todo processo que, visando a corrigir a parte lesada, começa lesando a parte normal, é passível de ser modificado ou abandonado.

O processo ideal seria, pois, aquêle que pudesse obter a recuperação completa da parte baixa, sem lesar a parte alta e com resultados favoráveis aproximando-se de 100%. Infelizmente, isto não se dá, porque todos os processos de recuperação (conservadores) ocasionam retrações cicatriciais que lesam as partes normais. Por isto, a Dacriocistorrinostomia é, atualmente, o processo mais usado (29, 83), pois, apesar de não ser processo conservador, é aquêle que dá melhor resultado e cuja estatística se aproxima de 100% (2, 9, 11, 13, 15, 19, 26, 40, 45, 60, 64, 67).

* * *

PARTE II

DIFICULDADES LIGADAS À DACRIOCISTORRINOSTOMIA E À SUA INDICAÇÃO

As principais dificuldades, nos casos que exigem a Dacriocistorrinostomia, podem ser divididas em três grupos: antes da operação, durante a operação e depois da operação.

I — DIFICULDADES SURTIDAS ANTES DA OPERAÇÃO

Os autores em geral, sentem dificuldade na indicação da Dacriocistorrinostomia e nos exames principais pré-operatórios. As antigas contra-indicações da Dacriocistorrinostomia já estão sendo modificadas.

Na lista de contra-indicações enumeradas neste trabalho, consideraremos apenas as dificuldades ligadas a condições gerais e locais, cuja solução ainda causa embaraço na indicação e contra-indicação.

Entre as *dificuldades ligadas às condições gerais*, enumeramos: o estado geral do paciente, a idade, o tempo de coagulação e sangria, e o diabetes.

1) *Estado geral do paciente*

É claro que nenhum paciente poderá ser operado, se não apresentar condições gerais de saúde que garantam o bom êxito da operação. São contra-indicação: processos infecciosos gerais em evolução, estados caquéticos, anemias, distúrbios circulatórios descompensados, processos patológicos localizados, agindo sobre o estado geral (47).

2) *Idade*

Os autores (8, 75) que contra-indicam a Dacriocistorrinostomia, levam em conta a senilidade ou a pouca idade do paciente. A contra-indicação por senilidade é muito relativa, e depende do estado geral do paciente, que deverá ser previamente regularizado, se necessário e possível. O paciente mais idoso, operado por nós, contava 78 anos. Quanto à operação em paciente de pouca idade, encontramos autores que a praticaram até em crianças de 18 meses (84). Porém, esta idade não é suficiente. Devemos, primeiro, tentar a desobstrução da via, com lavagens e sondagens. Se estas não derem bom resultado, adiaremos a operação para uma idade mais avançada.

3) *Tempo de coagulação e sangria*

Embora não tenhamos exigido este exame de todos os pacientes, devemos tomar sempre este cuidado. A hemofilia é motivo de contra-indicação. Toda e qualquer deficiência, no tempo de coagulação e sangria, dificulta e traz embaraço ao operador.

4) *Diabetes*

É uma dificuldade. Mas é preciso notar que GIQUEAUX (40) operou muitos diabéticos e obteve resultados favoráveis, após haver regularizado a glicemia de seus pacientes.

Entre as *dificuldades ligadas às condições locais*, decorrentes de processos patológicos, enumeramos: certos estados anormais da conjuntiva, do rino-faringe e da pele; traumatismos e tumores, que afetam, direta ou indiretamente, a via lacrimal.

1) *Conjuntiva*

O tracoma, que é para nós, uma séria dificuldade, não é, apesar de tudo, uma contra-indicação formal da operação. A sua indicação depende, somente, da maior ou menor quantidade de tecido fibroso na via lacrimal. Só haverá contra-indicação quando este fôr excessivo, houver retração cicatricial e o saco lacrimal estiver muito atresiado (21, 69). Operamos alguns pacientes com resultados satisfatórios.

2) *Rino-faringe*

Com a finalidade de bem conhecer o estado do paciente, nesta parte, solicitamos o exame otorrinolaringológico. Este exame indica o estado da fossa nasal, defeitos do septo, sinéquias de septo com cornetos, processos congestivos, sinusites alérgicas ou supurativas, etc. (23). Precisamos, antes da operação, regularizar o estado das fossas nasais e seios paranasais (57, 66). Nas nossas observações, encontramos estados alérgicos que, apesar de causadores de dacriocistites, não contra-indicam a operação. Pelo contrário, estes estados a indicam formalmente.

A ozena (57), hoje em dia, já não é causa de contra-indicação. Alguns autores citam ótimos resultados operatórios. Outros acham que a ozena melhora com a operação (35). Outros, ainda, indicam a Dacriocistorrinostomia com finali-

dade curativa, mesmo sem dacriocistite (96). Em nossas observações, tivemos casos de ozena que evoluíram favoravelmente. Um deles apresentava dacriocistite unilateral, e a fossa nasal ozenosa se beneficiou com a Dacriocistorrinostomia. Desejávamos operar (46), com finalidades curativas, a outra via normal, mas o paciente não quis submeter-se à operação e abandonou a clínica.

Não operamos pacientes com leishmaniose nasal e dacriocistite, porque a recidiva do processo nasal prejudica o resultado favorável obtido. Não praticamos a operação, em todos os pacientes com lesões cutâneas de leishmaniose e com a cuti-reação de Montenegro positiva.

3) *Pele*

O lupus eritematoso é um processo patológico da pele, que causa embaraço no indicar a operação. Entretanto, A. JÄGER acha que a Dacriocistorrinostomia, em tais casos, está perfeitamente indicada (52). Apresenta, mesmo, um trabalho sobre indivíduos operados com ótimos resultados.

4) *Traumatismos*

Os traumatismos que ocasionam dacriocistites e que não lesam a parte alta da via lacrimal não contra-indicam a operação. Os traumatismos que lesam a parte baixa, indicam a operação.

5) *Tumores*

Em todos os casos de tumores curados com cicatrizes por aplicação de radioterapia, temos contra-indicado a operação. Indicamos extirpação da glândula lacrimal, para evitar, nestes casos, a ação da lágrima sobre o saco lacrimal, e evitar recidivas tumorais locais (100).

II — DIFICULDADES PRINCIPAIS, ENCONTRADAS DURANTE A OPERAÇÃO

Reverendo a bibliografia sobre o assunto e acompanhando o evoluir da operação praticada por cirurgiões experimentados, verificamos que as principais dificuldades surgidas cronologicamente, eram as seguintes: hemorragia persistente, insuficiência do campo operatório, necessidade de precisão na osteotomia, presença de células etmoidais e dificuldades na incisão das mucosas, nas suturas e na manutenção da abertura do saco na fossa nasal.

1) *Hemorragia*

Todos os autores são unânimes em afirmar sua ocorrência quase constante (93,60A,55) e procuram evitá-la (49). Os meios mais usados para isto são os seguintes: utilização de aparelho aspirador; aplicação local, por instilação, de prívina (18) ou adrenalina; injeção de anestésico com adrenalina, no buraco suborbitário, ou ao seu redor, procurando agir sobre os vasos que por aí passam (53). Certos autores, para evitar a hemorragia, procuram modificar a incisão, aproximando-a, o mais possível, da comissura interna. Com a mesma finalidade, usam o afastador de Desmarres, fazendo tração sobre a parte superior da abertura e sobre a via de acesso. Porém, como o campo é muito móvel, pela ação do afastador, não conseguem evitá-la de maneira satisfatória e constante. Pesquisando a bibliografia a respeito, verificamos que o único autor que insiste na necessidade de a incisão ser afastada da comissura interna, é TERTON. Segundo este, a incisão deve ser a 1 cm da comissura interna, distância medida com a ponta do bisturi. E afirma ainda: "Eu sempre caí, a pique, sobre o saco e nunca sobre os vasos. Posso afirmar que este reparo é o mais prático de todos, após uma experiência prolongada". Este autor, já em 1928, chama a atenção para esta incisão, mas a pratica com golpe único, até o saco. A idéia da incisão é boa; porém, quanto a lesar vasos, parece isto depender das variações anatômicas locais.

2) *Campo operatório*

Todos os cirurgiões são unânimes em afirmar que o campo operatório é profundo e que há certa dificuldade em agir nessa profundidade. A técnica de DUPUY-DUTEMPS e suas pequenas modificações dão uma via de acesso ao saco, goteira e mucosa nasal, com a forma de um tronco de cone, cuja pequena base é a abertura cutânea e cuja grande base é o fundo do campo operatório. Quem assiste à prática desta técnica, tem a impressão de que o operador trabalha através de uma pequena abertura de funil. O auxiliar precisa, constantemente, movimentar a abertura cutânea, com o afastador, para apresentar um pequeno campo de ação situado profundamente. Esta movimentação facilita a hemorragia, obrigando ao uso de aspirador ou de outros meios para vencê-la, o que por sua vez, dificulta a operação. Há cirurgiões que usam o afastador de Desmarres, para aumentar o campo operatório e para evitar hemorragias (72, 90).

3) *Osteotomia*

A dificuldade dêste tempo da Dacriocistorrinostomia, consiste em ser necessário agir sobre um osso, num campo situado profundamente. Esta dificuldade vem sendo superada aos poucos. Os autores usavam, de início, formão e martelo ou macete, ou fresa de dentista. Posteriormente, passaram ao uso da pinça de KERRISON, de CITELLI (11) e do trépano de ARRUGA (6) e suas modificações (33, 32, 98). Os trépanos nunca satisfizeram completamente, neste ato operatório. A pinça de DONATO VALLE, fabricada pela firma Bagó é a que usamos e nos parece a melhor. Consiste numa grande modificação da extremidade da pinça de CITELLI e resolve, perfeitamente, a osteotomia. Corta o osso e não causa fraturas irradiadas, a partir da borda da abertura óssea. Se há operadores que ainda usam trépanos, pinças de CITELLI, de KERRISON é, com certeza, porque ainda não conhecem a de DONATO VALLE ou têm usado esta pinça, mas de fabricação defeituosa (94, 20).

A extremidade da pinça deve ultrapassar muito pouco o nível da lâmina cortante. Pontas muito compridas dificultam a osteotomia, embora alguns autores afirmem que facilitam o descolamento da mucosa.

Alguns autores, para evitar a lesão da mucosa nasal, pelos osteótomos e trépanos, durante a operação, preconizam a sua anestesia pela introdução de líquido anestésico sob a mucosa, com a finalidade descolá-la (76).

4) *Células etmoidais*

Há autores que citam a presença de células etmoidais dificultando o alcance da mucosa do agger nasi. Isto não tem importância, porque a estatística de J. STEFEK é de 74% de casos com presença de células etmoidais, em 55 crânios examinados (91). Portanto, devemos contar sempre com a existência destas células e estarmos prontos para superá-las, quando intentamos alcançar a mucosa da fossa nasal (84).

5 — *Incisão das mucosas, suturas e manutenção da abertura do saco, na fossa nasal*

Há inúmeros trabalhos (59), sobre a dificuldade da incisão do saco e da mucosa nasal e atualmente já se usam instrumentos adequados para alargar a abertura do saco lacrimal: a faca de WEBER ou a faca de POULARD modificada por LLOVERA.

A dificuldade, na incisão da mucosa, citada pelos autores, consiste em que a mucosa localizada sob a goteira, é, regra geral, de células etmoidais e, portanto, delgada e friável. O campo é profundo. Alguns autores, por isto, indicam a ressecção da mucosa nasal (68, 13), na abertura da pituitária; outros suturam apenas o retalho anterior do saco (43, 73, 85, 25). na borda anterior da mucosa nasal, ou borda da abertura óssea. Para maior facilidade na sutura, foram idealizados novos tipos de agulha (DESCHAMPS, TERSON), feitos com forma especial, possibilitando o trabalho através de pequena abertura, num campo operatório muito profundo (95).

Com o fim de conseguir a manutenção da abertura do saco lacrimal, surgiram trabalhos que recomendam a aplicação de cateter (39). O cateter é introduzido, pelo nariz, até o saco, e é mantido no local, por uma sutura na mucosa do saco, ou por simples contenção mecânica. Este será retirado depois de cinco ou dez dias (38, 59).

III — DIFICULDADES SURGIDAS DEPOIS DA OPERAÇÃO

Consideradas cronologicamente, as dificuldades mais comuns que surgem no post-operatório são as seguintes: hemorragias, manutenção da via anteriormente aberta, a recuperação na fossa nasal e a reparação cutânea.

1) *Hemorragias*

As hemorragias post-operatórias dependem da lesão maior ou menor dos vasos, praticada pelo operador, e do estado de crase sangüínea do paciente. Regra geral, nas primeiras, há perda mínima de sangue. A bibliografia sobre o assunto cita apenas dois casos gravíssimos de hemorragia post-operatória, que foram, porém, perfeitamente dominados (58). Num deles, o operador foi obrigado a abrir novamente a ferida operatória e a laquear o vaso lesado.

2) *Manutenção da via anteriormente aberta*

Para vencer esta dificuldade, alguns operadores começam a fazer lavagens desde o 1.º, 2.º ou 3.º dia, depois da operação, procurando retirar coágulos ou fibrina, para evitar a formação de sinéquias e proliferações obstruidoras. O número de lavagens varia com o caso. Se houver obliteração, praticam-se sondagens, com instrumentos especiais que removem as proliferações formadas em torno da abertura da fossa nasal. Isto é mais fácil para o especialista que trabalha também em otorrinolaringologia.

Devido a estas complicações, vão surgindo pequenas mudanças, na técnica operatória, visando a orientar a nova co-

municação com a fossa nasal e, assim, diminuir o número de lavagens e curativos. Os autores usam, com esta finalidade, fios de seda, nylon ou algodão, cujo calibre varia. Estes fios passam pelo canalículo e saem pela fossa nasal. Os drenos são mantidos em posição favorável, (16) por meio de sutura com cat-gut na mucosa nasal, por meio de compressão mecânica local (curativo compressivo local); ou, então por meio de um fio que se vai fixar na superfície cutânea, pela abertura da ferida. Atualmente, os operadores já estão idealizando instrumentos especiais e métodos apropriados para examinar, e posteriormente, fotografar a nova abertura, na fossa nasal (44, 14). Na realidade, quem pratica a Dacriocistorrinostomia, será, de futuro, obrigado a usar estes métodos com a finalidade de completar o post-operatório, de maneira mais segura, e documentá-lo melhor. Além disto, com estes métodos, poderemos retirar as proliferações e romper as sinéquias que acaso aparecerem. É interessante notar que os drenos utilizados para manter aberta a via, facilitam enormemente o post-operatório, tornando-o mais seguro, e diminuindo o número de curativos.

3) *Reparação na fossa nasal*

Os autores citam casos de proliferação nas bordas cruentas das mucosas não suturadas ou mal suturadas (91). Esta proliferação de tecido conjuntivo tende a obliterar a abertura (75) e, posteriormente, podemos constatar, na sondagem, a presença de saco lacrimal amplo, sem abertura para a fossa nasal. Houve obliteração completa, à custa da proliferação.

Às vezes, a abertura do saco para a fossa nasal não se forma em declive, e a lágrima não pode correr livremente (19). A abertura se forma num ponto mais alto e a lágrima se estagna, num fundo de saco inferior. Nestes casos, os pacientes apresentam via lacrimal perfeitamente permeável, epífora e supuração intermitente, causada pela reação inflamatória à proliferação de germes, na lágrima estagnada. DONATO VALLE, na Semana dedicada à Dacriocistorrinostomia, realizada em 1952, no Rio de Janeiro, pela Sociedade Brasi-

leira de Oftalmologia, citou casos iguais a êstes, e procurou explicá-los por processos patológicos na fossa nasal, que dificultam, por ação mecânica, o escoamento da lágrima.

Alguns autores, para evitar esta complicação, passaram a orientar a via pela aplicação temporária de fios (24). Na bibliografia, não encontramos referências sôbre lesões e retrações cicatriciais, causada pelos fios, na parte alta da via lacrimal. Mas estas lesões e retrações existem.

Tem-se lembrado a possibilidade da ocorrência de sinéquias na fossa nasal. Os autores consultados, porém, nada citam a respeito. Tenho pedido, sistematicamente, o exame otorrinolaringológico, neste sentido, e elas não foram verificadas, nem mesmo depois que passei a usar drenos de borracha (látex), na fossa nasal.

4) *Reparação cutânea*

Na semana dedicada à Dacriocistorrinostomia citada acima, foram discutidos vários defeitos referentes à reparação cutânea, como cicatrizes defeituosas, deformações da rima palpebral e afundamento da região do saco lacrimal.

Com finalidade estética, há especialistas em cirurgia plástica que retiram a sutura cutânea, no dia imediato à operação. Nós, oftalmologistas, costumamos retirá-la três ou quatro dias depois.

Um defeito que, às vezes, se apresenta, nos operados segundo a técnica de DUPUY-DU TEMPS, é a deformação da rima palpebral. É causado pela sutura única, prendendo pele, tendão do orbicular, periósteo e pele, no tempo da reparação da via de acesso, sutura seguida posteriormente, de retração cicatricial.

Outro defeito que os autores não têm assinalado é o afundamento da região do saco lacrimal. Tivemos ocasião de observar dois pacientes portadores dêste defeito, operados pela técnica DUPUY-DU TEMPS.

* * *

PARTE III

DE UMA NOVA TÉCNICA DA DACRIOCISTORRINOSTOMIA

PRELIMINARES

Começamos a praticar a Dacriocistorrinostomia em 1949.

Tínhamos sido indicados pelo Prof. Cyro de Rezende, para praticar esta operação e torná-la rotineira em nossa Clínica. Apresentávamos, então, como credenciais, termos feito grande número de operações em vias lacrimais e possuímos um interesse particular por esta modalidade de cirurgia.

Nessa época, a nossa Clínica tinha recebido o instrumental apropriado para a Dacriocistorrinostomia e, entre êle, a pinça-escopro e o gancho-espátula de DONATO VALLE.

Procuramos, então, conhecer da melhor maneira, os tempos operatórios da Dacriocistorrinostomia, descritos nas publicações e nos tratados mais modernos, para, em seguida, iniciarmos a sua execução.

A nossa única finalidade era dominar a técnica e introduzi-la na rotina cirúrgica de nossa Clínica. Porém, com o evoluir das operações que vinham sendo praticadas, surgiram inúmeras dificuldades e fomos obrigados a fazer modificações nos tempos operatórios, para superá-las, mudanças que redundaram em novos aspectos cirúrgicos.

Achamos que seria interessante sistematizar e apresentar o que observamos, numa tese, sob o título seguinte: "De uma nova técnica da Dacriocistorrinostomia".

Desejamos, ainda, assinalar, que a finalidade dêste trabalho é expormos as conclusões a que chegamos, e lembrar, também, que o tema apresenta facetas para novos estudos.

Para expormos melhor nosso pensamento, dividimos a evolução dêste trabalho em três períodos.

Estudamos os elementos de cada período; depois, em conjunto, tiramos as conclusões que caracterizaram os períodos evolutivos. Êstes foram denominados, de acôrdo com as suas características, da seguinte maneira: 1) Tentativas de domínio da técnica; 2) Modificações da técnica operatória e nova sistematização; 3) Novas modificações e novos aspectos.

* * *

CAPITULO I

TENTATIVAS DE DOMÍNIO DA TÉCNICA

(1.º Período)

As operações dêste período evoluíram de acôrdo com as dificuldades que geralmente surgem aos iniciantes da prática da Dacriocistorrinostomia. Apesar disto, seu objetivo quasi sempre foi atingido.

Para facilitar a compreensão dêsta fase evolutiva, achamos melhor, primeiro, expor o roteiro geral das observações cirúrgicas e, finalmente, através do comentário do que me foi dado observar apontar as conclusões finais.

ROTEIRO GERAL DAS OPERAÇÕES

Depois de examinarmos, em separado, cada uma das observações cirúrgicas e considerá-las em conjunto, chegamos a uma visão panorâmica da evolução da técnica operatória, em todo o período, representada no seguinte roteiro: a) Estado ocular; b) Operação; c) Post-operatório.

A) Estado ocular

Neste primeiro período, não tínhamos ainda sentido, de maneira definitiva, a necessidade de exames complementares, antecedendo a indicação da Dacriocistorrinostomia. Preocupavam-nos o estado ocular do paciente, o diagnóstico exato e a indicação operatória. Nosso pensamento, a êste respeito, só no segundo período amadurece.

B) Operação

Preparação: Após lavagem do saco lacrimal e assepsia do campo operatório, fazemos a anestesia da região do saco lacrimal e sua periferia e a da mucosa nasal.

A anestesia da região do saco lacrimal e sua periferia é conseguida: 1) Pela infiltração dos tecidos em tôrno da tró-

clea do grande oblíquo. A agulha deve atravessar a pele do canto súpero-interno da órbita, junto ao buraco ou chanfradura supra-orbitária, penetrando 15 mm, mais ou menos, para alcançar os tecidos que envolvem a tróclea do grande oblíquo e atingir o nervo nasal externo. 2) Pela infiltração dos tecidos em tórno do buraco sub-orbitário para anestésiar os filetes nervosos da pálpebra inferior e da face lateral do nariz. 3) Pela infiltração dos tecidos situados sôbre o rebordo orbitário infero-interno, interno, súpero-interno, e sôbre a face lateral do nariz, obtida pela introdução da agulha através da pele, no sulco naso-palpebral, à altura do buraco sub-orbitário, indo, de baixo para cima, em direção ao ângulo súpero-interno da órbita, perto do vértice do nariz.

A anestesia da mucosa nasal, neste período operatório, era feita por meio de algodão embebido numa solução de cocaína a 4%, e adrenalina a 1/1000, em partes iguais, que, introduzido pela narina, permanecia, na superfície da fossa nasal a ser atingida, futuramente, pela operação.

Procuramos seguir a técnica de ARRUGA, dando, ao pedaço de algodão, a forma de uma pequena mecha, fixada na ponta de um fio que saía pela narina (8).

Para facilitar a coagulação do sangue, durante a operação, aplicávamos sistematicamente, botropase, na veia. Após êstes cuidados, iniciávamos a operação.

OPERAÇÃO PRÒPRIAMENTE DITA:

1) *Incisão cutânea* — Foi praticada entre a comissura interna e a inserção do tendão direto do orbicular, na crista anterior da goteira, e iniciada a $\frac{1}{2}$ cm acima da linha horizontal que passa pelas comissuras palpebrais, indo até 1 cm abaixo desta linha. Às vêzes, o comprimento da incisão era um pouco maior. Ela só interessava a pele. Depois, separando os bordos da ferida, aplicamos, em posição vertical, o afastador de saco lacrimal. Foi feita, após, a divulsão dos tecidos abaixo da pele, com tesoura romba, até o tendão do orbicular, sem ferir vasos. Seguiram-se, logo, a aplicação de outro afastador, em posição horizontal, e o ajuste da posição de am-

bos os afastadores. Êstes afastadores, em posição cruzada, têm a finalidade de comprimir diretamente, os vasos lesados, evitando hemorragia e a de dar ampla exposição ao campo operatório. A incisão operatória pode ser aumentada, para cima e para baixo, quando se quer ampliar a extensão do campo; sustamos ao mesmo tempo a hemorragia, com os afastadores, pela compressão direta dos vasos. Individualizado o tendão direto do orbicular, seccionamo-lo junto à goteira. O saco foi descolado com o periósteo, expondo toda a goteira, até a crista posterior.

2) *Osteotomia* — Após a fratura e retirada de uma esquirola óssea do unguis, com a extremidade curva do gancho-espátula, iniciamos a osteotomia da goteira lacrimal e de sua crista anterior.

Nas primeiras 15 observações deste período, tivemos receio de avançar para a crista anterior. A mucosa, localizada sob a goteira era sempre delgada, friável e raramente conseguimos praticar a osteotomia sem rompê-la. A osteotomia da goteira, com pequena retirada da borda da crista anterior, incidia sempre em células etmoidais anteriores, e, às vezes, em cornetos ou entre os mesmos. O osteotomia praticada desta maneira nos conduzia, não poucas vezes, a uma cavidade bem ampla, cuja mucosa se movimentava sob a ação da expiração e inspiração forçada.

J. STEFEK fazendo pesquisas em 55 crâneos, neste sentido, verificou em 74% dos casos, presença de células etmoidais de tamanho variável, sob a goteira lacrimal (91). Esta informação é confirmada pela Dacriocistorrinostomia.

Só da 16.^a operação em diante, é que passamos a fazer a osteotomia ampla de toda a crista anterior, contando, quase sempre, com a presença de células etmoidais anteriores. Continuando-se a osteotomia, em direção à face lateral do nariz, surgia logo a mucosa da fossa nasal, espessa, rígida e difícil de romper-se. As lâminas ósseas, entre a célula etmoidal e a mucosa nasal, eram retiradas para que esta se expusesse melhor (84, 93).

3) *Anastomose do saco com a fossa nasal. Incisões, retalhos e suturas das mucosas* —

Incisões — A incisão do saco lacrimal era feita com o auxílio de uma pequena sonda que, introduzida pelo orifício lacrimal, ia fazer saliência no campo operatório. Um pequeno golpe de tesoura ou de bisturí, sôbre a sonda, um pouco antes de sua extremidade, abria a mucosa. Esta abertura era aumentada, com tesoura romba, para baixo, até o fundo do canal lácrimo-nasal, e, para cima, até a cúpula. Durante toda a operação, usamos lupa para melhor perceber os mínimos pormenores.

A incisão da pituitária feita com bisturí, era aumentada, até atingir as bordas da abertura óssea.

Nas primeiras 15 operações, nem sempre conseguíamos incisões perfeitas. A mucosa nasal era delgada e friável e, muitas vêzes, rompia-se, não possibilitando a obtenção de retalho suficiente.

Retalhos — Os retalhos mais fáceis de serem obtidos foram os de forma retangular pediculada. O retalho do saco tinha extremidade livre na cúpula, e base de fixação no conduto lácrimo-nasal; e era rebatido para abertura da pituitária. Quando êste retalho era muito grande, nos casos de mucocoele da via lacrimal, procurávamos diminuir-lhe o tamanho (42). Os retalhos da pituitária quando obtidos, não nos ofereciam segurança. Eram retangulares, com extremidade livre inferior e base de fixação superior.

3) *Suturas* — Os retalhos pediculados, retangulares do saco lacrimal eram rebatidos para a abertura da pituitária e suturados ou não, na mucosa nasal, de acôrdo com a presença e estado desta.

Os retalhos de pituitária, raramente obtidos eram suturados na cúpula do saco.

A parede anterior da nova comunicação foi obtida pela:
1) Sutura do retalho da pituitária com a cúpula do saco lacrimal; 2) Sutura da borda anterior do saco com o periósteo da borda anterior da abertura óssea; 3) Sutura do plano mus-

cular (músculo orbitário e seu tendão), com o periósteo da borda anterior da abertura óssea.

Percebemos, desta maneira, que, em muitas operações, o 3.º tempo se imbricou no 4.º tempo operatório.

Só depois da 16.ª operação em diante, é que conseguimos obter perfeitas incisões em forma de H, no saco e na mucosa nasal, com retalhos e suturas firmes, de acôrdo com as técnicas clássicas.

As agulhas usadas foram as de DAVES GECK (cat-gut meio cromado, $\frac{1}{2}$ círculo, 1 cm, com duas agulhas e, posteriormente, as agulhas nacionais do Laboratório Crino-Seda (cat-gut 4 zeros, fracamente cromado com $\frac{1}{2}$ círculo, 1 cm, com 2 agulhas).

No início, usamos porta-agulhas especiais; mas, como não eram cômodos, foram substituídos pela pequena pinça “mosquito” de Halstaed.

4) *Recomposição da via de acesso* — Fizemos sempre recomposição do plano muscular, pela sutura do músculo orbicular e do seu tendão, com o periósteo da borda anterior da abertura óssea e, em várias operações, suturamos também a borda anterior do saco lacrimal. Em seguida, praticamos a sutura cutânea continua, ou em pontos separados.

Nas últimas operações, é que passamos a recompôr a via de acesso, de maneira uniforme, acompanhando os planos anatômicos: sutura do plano muscular, sutura para recompôr a inserção do tendão do orbicular e sutura cutânea contínua ou em pontos separados.

C) *Post-operatório*

Neste período, todos os pacientes tomaram sulfanilamida, vitamina C, botropase e medicamentos analgésicos depois da operação. Para os últimos operados, passamos a receitar penicilina.

A sulfanilamida, a penicilina e a vitamina C, com a finalidade de evitar infecções e facilitar a reparação local. Indicamos, também, repouso e botropase, nos dois primeiros dias,

para que não houvesse hemorragias post-operatórias; e analgésicos (veramon, cibalena), por via oral, para que os pacientes não sentissem as dores locais que habitualmente surgem, depois de passar o efeito da anestesia.

As lavagens da via lacrimal, com a finalidade de mantê-la desobstruída, foram feitas a partir do dia seguinte à operação, em dias alternados, e, depois, em intervalos maiores. Todos os pacientes tiveram a via permeável, nos primeiros oito dias e, só depois, é que as dificuldades no escoamento se iniciaram. Em alguns pacientes a via se obliterou e só com sondagens e lavagens é que de novo se abriu.

Notamos, entretanto, que, neste período, foi muito grande o número de lavagens necessárias para manter permeável a via.

* * *

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO N.º 1

R. 123.800. P. 6.638.

M. B. S.: 78 anos, feminino, branca, viúva, costureira.

Cons.: 20-1-49.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica.

Queixa: — Ao. lacrimejam há 3 anos.

Exame externo: — AO. epífora.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

1.º Tempo: Incisão cutânea a $\frac{1}{2}$ cm da comissura interna, de $1\frac{1}{2}$ cm de comprimento, começando a 1 cm acima da linha horizontal, que passa pela comissura interna e descendo até 1 cm abaixo da mesma linha.

Divulsão dos tecidos; individualização do periósteo, com o saco lacrimal, em toda a goteira, até a crista posterior.

2.º Tempo: Fratura do unguis. Osteotomia do unguis e da apófise montante do maxilar superior, fazendo, na goteira lacrimal, uma abertura óssea arredondada, com exposição da pituitária.

3.º Tempo: Preparação dos retalhos de mucosa e suas suturas. Pituitária: a sua incisão linear não foi possível: apresentou-se rôtã e não deu retalho satisfatório. Saco lacrimal: preparação de re-

talho pediculado, na face interna, que foi rebatido para a abertura da pituitária.

4.º *Tempo*: Sutura em um plano único, do músculo orbicular da borda anterior do saco e do tendão direto, na borda anterior da abertura óssea. Sutura cutânea contínua. Curativo unilateral, compressivo e oclusivo.

Post-operatório

1949 — Fevereiro: 2 — Operação.

Fevereiro: 4, 7, 9, 14, 21 — Via lacrimal permeável.

Março: 8 — Via lacrimal permeável.

Maio: 5 — Via lacrimal permeável.

Outubro: 10 — Via lacrimal permeável. Curada.

A via lacrimal esquerda foi operada pela mesma técnica, no dia 9-5-49. A paciente recebeu alta, curada, com ambas as vias permeáveis, no dia 10-10-49.

OBSERVAÇÃO N.º 2

R. 79.950. F. 1.534.

U. F.: 52 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 9-9-47.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica. AO. Tracoma cicatrizado.

Queixa: — OD. lacrimeja há mais de 2 anos.

Exame externo: — AO. cicatrizes inúmeras nas conjuntivas palpebrais e pano esclerosado tracomatoso.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

1.º e 2.º *Tempos*: Iguais aos da primeira operação.

3.º *Tempo*: Preparação dos retalhos e suas suturas. Pituitária: apresentou-se róta e não deu retalho suficiente. Saco lacrimal: preparação de um retalho retangular, na face interna do saco, com extremidade livre na cúpula e com base de fixação no conduto lácrimo-nasal. Retalho rebatido e introduzido na abertura da pituitária, sem sutura.

4.º *Tempo*: Igual ao da primeira operação.

1949 — Fevereiro: 7 — Operação.

Fevereiro: 11, 14, 24 — Via lacrimal permeável.

Março: 4, 11, 31 — Via lacrimal permeável.

Abril: 26 — Via lacrimal permeável.

Julho: 5, 18 — Via lacrimal permeável.

1950 — Julho: 2 — Via lacrimal permeável.

1951 — Maio: 11 — Via lacrimal permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 3

R. 138.067. P. 7.349.

V. S. L.: 16 anos, feminino, branca, solteira, lavradora.

Cons.: 21-2-49.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — Pus, no canto do OE., há mais de 2 anos.

Exame externo: — OE. rutura do canaliculo inferior, saída de pus, pelo orifício lacrimal superior, quando fazíamos pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — Impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

1.º e 2.º Tempos: Iguais aos da primeira operação.

3.º Tempo: Preparação dos retalhos e suturas. Pituitária: tornou-se róta, não dando retalho. Saco lacrimal: retalho retangular pediculado, na face interna, com extremidade livre no conduto lácrimo-nasal e com base de fixação na cúpula. Sutura da sua extremidade livre, na borda superior da abertura da pituitária.

4.º Tempo: Sutura do músculo orbicular e do seu tendão, com o periósteo da borda anterior da abertura óssea. Sutura cutânea contínua. Curativo unilateral, compressivo e oclusivo.

(Retalho de saco lacrimal diferente, pela sua orientação).

Post-operatório

1949 — Março: 21 — Operação.

Março: 23, 25, 28 — Via lacrimal permeável.

Abril : 3, 30 — Via lacrimal permeável.

Maior: 1, 6, 20 — Via lacrimal permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 4.

R. 123.800. F. 6.638.

M.B.S.: 78 anos, feminino, branca, viúva, costureira.

Cons.: 20-1-49.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica.

Queixa: — AO. lacrimajamento há 3 anos.

Exame externo: — AO. epífora.

Prova can. lacrimal: — Ambas as vias impermeáveis, com refluxo de líquido, pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

1.º e 2.º Tempos: Iguais aos da primeira operação.

3.º Tempo: Preparação dos retalhos de mucosa e suturas. Pituitária: conseguimos obter retalho retangular, com extremidade livre

para baixo e com base de fixação para cima. Saco lacrimal: retalho com base de fixação, no conduto lácrimo-nasal e extremidade livre na cúpula. Sutura da extremidade livre do saco, na borda inferior da abertura da pituitária e sutura da extremidade livre desta, na cúpula do saco lacrimal.

4.º Tempo: Igual ao da terceira operação.

Post-operatório

1949 — Maio: 9 — Operação.

Maio: 11, 13, 18, 23, 26, 30 — Via lacrimal permeável.

Junho: 10 — Via lacrimal permeável.

Setembro 10 — Via lacrimal permeável.

Outubro: 10 — Via lacrimal permeável. Curada.

A via lacrimal direita já havia sido operada pela mesma técnica, no dia 2-2-49. A paciente recebeu alta, curada, com ambas as vias permeáveis no dia 10-10-49.

OBSERVAÇÃO N.º 5

R. 117.559. F. 55.661.

J.L.: 50 anos, masculino, branco, casado, lavrador.

Cons.: 26-10-48.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite traumática, crônica, supurada.

Queixa: — Levou um coice de burro no vértice do nariz, junto à cabeça do supercílio, e sofreu afundamento local.

Exame externo: — OE. epífora.

Prova can. lacrimal: — OE. pus, pelos orifícios lacrimais, e impermeabilidade ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

Evolução completamente igual à da quarta operação.

Post-operatório

1948 — Maio: 5 — Operação.

Maio: 13, 15, 18, 20, 27 — Via lacrimal permeável.

Junho: 3 — Via permeável; não há epífora. Voltar após 6 meses.

Dezembro: 21 — Via permeável, não há epífora.

1952 — Março: 3 — Via lacrimal permeável. Curado.

Pedi radiografia de seios para-nasais e exame ORL.

OBSERVAÇÃO N.º 6

R. 140.469. F. 7.723.

A.U.G.: 29 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 23-4-49.

Diagnóstico: OE: Dacriocistite crônica.

Queixa: — OE., desde criança, com lacrimejamento.

Exame externo: — OE. saliência na região do saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. via lacrimal impermeável, com refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

1.º e 2.º Tempos: Iguais aos da primeira operação.

3.º Tempo: A abertura óssea incidiu num corneto e na pituitária; mas, esta foi suficiente para obter-se retalho.

A evolução restante deste tempo foi igual à da quarta operação.

4.º Tempo: Igual ao da terceira operação.

Post-operatório

1949 — Maio: 11 — Operação.

Maio: 13, 16, 20, 30 — Via lacrimal permeável.

Outubro: 27 — Via lacrimal permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 7

R. 38.617. F. 8.277.

H.L.A.: 32 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 9-6-49.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OE. pus, no canto interno, há anos.

Exame externo: — OE. pus, pelos orifícios lacrimais, quando fazíamos pressão na região do saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

1.º, 2.º e 4.º Tempos: Iguais aos da primeira operação.

3.º Tempo: A abertura óssea incidiu num corneto e na pituitária. Esta tornou-se rôta e, não deu retalho. A evolução restante foi igual à da segunda operação.

Post-operatório

1949 — Junho: 24 — Operação.

Julho: 4, 6, 12, 19 — Via lacrimal permeável.

Agosto: 9, 22 — Via lacrimal permeável.

Setembro: — Via lacrimal permeável. Não há epífora.
Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 8

R. 145.488. P. 8.553.

V.R.: 44 anos, masculino, branco, solteiro, tintureiro.

Cons.: 5-7-49.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica.

Queixa: — OD. lacrimejamento, há mais de 1 ano.

Exame externo: — OD. obstrução da via lacrimal. Presença de saliência, na região do saco lacrimal, que desaparece à pressão digital, com passagem de líquido espesso para o nasofaringe.

Prova can. lacrimal: — Obliteração alta da via lacrimal, na união dos dois canalículos.

Sondagens posteriores estabeleceram a via, na parte alta; porém, a supuração e epífora continuaram.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

1.º e 2.º Tempos: Iguais aos da primeira operação.

3.º Tempo: O retalho retangular do saco foi rebatido sem sutura, para a abertura da pituitária. Sutura do retalho da pituitária na cúpula do saco lacrimal.

4.º Tempo: Igual ao da terceira operação.

Post-operatório

1949 — Julho: 22 — Operação.

Julho: 23, 24, 25, 26 — Via lacrimal permeável.

Agosto: 5 — Via lacrimal permeável. Curado.

OBSERVAÇÃO N.º 9

R. 136.501. P. 8.656.

M.Z.: 48 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 13-7-49.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica. AO. Tracoma cicatrizado.

Queixa: — Já se tratou de tracoma. Lacrimejamento há 12 anos, com supuração, de vez em quando, no OE.

Exame externo: — AO. grande número de cicatrizes, nas conjuntivas palpebrais e fossetas de HERBERT, na borda límbica superior. OE. supuração abundante, com saída de pus, pelos orifícios lacrimais, quando fazíamos pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

1.^o e 2.^o *Tempos:* Iguais aos da primeira operação.

3.^o *Tempo:* Incidência da abertura óssea sobre o meato médio. Pituitária: tornou-se róta. Evolução do resto do tempo: igual à da segunda operação.

4.^o *Tempo:* Igual ao da terceira operação.

Post-operatório

1954 — Outubro: 28 — Operação.

Outubro: 29, 30, 31 — Via lacrimal permeável.

Novembro: 3, 4, 7, 8, 19, 21 — Via lacrimal permeável.

Não há epífora. Curada.

OBSERVAÇÃO N.^o 10

R. 76.473. F. 1.571.

J.M.: 46 anos, feminino, branca, viúva, prendas domésticas.

Cons.: 12-9-47.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. lacrimejamento.

Exame externo: — OD. epífora com saída de líquido mucoso, espesso, pelos orifícios lacrimais, quando fazíamos pressão, sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

Evolução igual à da quarta operação.

Post-operatório

1949 — Outubro: 28 — Operação.

Outubro: 29, 30 — Via lacrimal permeável.

Novembro: 5 — Via lacrimal permeável.

Dezembro: 2 — Via lacrimal permeável.

1950 — Janeiro: 10, 20 — Via lacrimal permeável. Não há epífora. Curada.

OBSERVAÇÃO N.^o 11

R. 165.889. F. 10.301.

R.R.: 65 anos, feminino, branca, viúva, lavadeira.

Cons.: 19-11-49.

Diagnóstico: AO. Tracoma cicatrizado. OE. Dacriocistite supurada.

Queixa: — OE. pus no canto interno.

Exame externo: — AO. grande número de cicatrizes, nas conjuntivas palpebrais, fossetas de HERBERT e pano esclerosado na borda

límbrica superior. OE. nébula central corneana e pus, pelos orifícios lacrimais, quando fazíamos pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

Evolução igual à da segunda operação.

Post-operatório

1949 — Novembro: 11 — Operação.

Novembro: 22, 23, 25, 26, 28, 30 — Via lacrimal permeável.

Dezembro: 3, 13, 20 — Via lacrimal permeável.

1950 — Janeiro: 5 — Via lacrimal permeável.

Abril: 5, 7, 17 — Via lacrimal permeável.

1951 — Abril: 7, 14 — Via lacrimal permeável.

Outubro: 20 — Via lacrimal permeável. Não há epífora.
Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 12

R. 168.686. P. 10.757.

R.A.: 59 anos, feminino, branca, viúva, prendas domésticas.

Cons.: 27-12-49.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite supurada (fistulada no OE).

Quiera: — Ao lacrimejamento, há mais de 1 ano.

Exame externo: — OD. saliência, na região do saco lacrimal, cedendo à pressão, e dando escoamento de líquido denso e amarelado, pelo noso-faringe. OE. pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão na região do saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício. OE. fístula da saco lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

1.º e 2.º Tempos: Iguais aos da primeira operação.

3.º Tempo: Incisão em H, nas mucosas do saco lacrimal e da pituitária. Sutura dos retalhos posteriores e anteriores.

4.º Tempo: Igual ao da terceira operação.

Post-operatório

1950 — Janeiro: 3 — Operação.

Janeiro: 13, 16, 20, 24, 28 — Via lacrimal permeável.

Fevereiro: 6, 16, 20, 21 — Via lacrimal permeável.

Junho: 20, 21 — Via lacrimal permeável. Não há epífora.

Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 13

R. 167.179. P. 10.524.

O.K.: 23 anos, feminino, branca, solteira, prendas domésticas.

Cons.: 6-12-49.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite supurada.

Queixa: — OE. pus, no canto interno há 3 anos.

Exame externo: — Secreção purulenta, no OE., e pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

1.º e 2.º *Tempos:* Iguais aos da primeira operação.

3.º *Tempo:* Preparação de retalho do saco lacrimal e rebatimento dêste para a abertura óssea. Sutura da borda anterior do saco lacrimal, com o perióstio da borda anterior da abertura óssea.

4.º *Tempo:* Igual ao da terceira operação.

Post-operatório

1950 — Janeiro: 18 — Operação.

Janeiro: 19, 20, 26, 28 — Via lacrimal permeável.

Fevereiro: 2, 7 — Via lacrimal permeável.

Março: 4, 6, 8, 10 — Obliteração da via; sondagem; novamente permeável.

Março: 13, 16, 20, 27 — Via lacrimal permeável.

Abril: 4 — Via lacrimal permeável.

Abril: 17 — Via lacrimal permeável, depois de sondagem.

Abril: 19, 24, 28 — Via lacrimal permeável.

Maior: 3 — Via lacrimal permeável, depois de sondagem.

Maior: 13, 19 — Via lacrimal permeável.

Junho: 12, 28 — Via lacrimal permeável.

Julho: 18 — Via lacrimal permeável.

Agosto: 18 — Via lacrimal permeável.

1951 — Junho 26 — Via lacrimal permeável.

Dezembro: 22 — Via lacrimal permeável.

1952 — Janeiro: 1, 2 — Via lacrimal permeável. Curada.

Pedí exame ORL, e radiografia da cabeça, visando aos seios para-nasais e fossas nasais.

Exames post-operatórios

1952 — Fevereiro: 2 — Exame ORL. Sem afecção otorrinolaringológica. (ALVARO IMPERATRIZ).

Agosto: 27 — Radiografia da cabeça: visando aos seios para-nasais normais. (FERNANDO CHAMMAS).

OBSERVAÇÃO N.º 10

R. 168.686. P. 10.757.

R.A.: 59 anos, feminino, branca, viúva, prendas domésticas.

Cons.: 27-12-49.

Diagnóstico: AO Dacriocistite supurada. (OE. fistulada).

Queixa: — AO. lacrimejamento, há mais de 1 ano.

Exame externo: — AO. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão do saco lacrimal. OE. fistula lacrimal.

Prova can. lacrimais — AO. impermeáveis ao líquido corado e presença de fístula do saco lacrimal, no OE.

Operação: (2.^a operação): Dacriocistorrinostomia OE.

Evolução igual à da segunda operação.

Post-operatório

1950 — Janeiro: 23 — Operação.

Janeiro: 24 — Via lacrimal permeável.

Janeiro: 28 — Via lacrimal permeável. Abscesso na região operada.

Receitei penicilina, 4 milhões, associada à sulfanilamida, por via oral.

Fevereiro: 6, 16, 26 — Via lacrimal permeável.

Junho: 20, 21, 23 — Obliteração da via; sondagem; novamente permeável.

OBSERVAÇÃO N.º 15

(Clínica Particular).

L.E.: 31 anos, masculino, branco, casado, comerciante.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada..

Queixa: — OD. supuração há 2 anos.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão do saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

Evolução igual à da segunda operação.

Post-operatório

1950 — Fevereiro: 8 — Operação.

Fevereiro, Março, Abril: Lavagens em dias alternados, e, depois, com intervalos maiores.

1950 — Abril: Obliteração da via e nova permeabilização, depois de sondagens e lavagens.

Agosto: 8 — Via lacrimal permeável e sem epífora. Curado.

OBSERVAÇÃO N.º 16

R. 179.533. P. 12.733.

M.T.: 40 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 23-5-50.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite supurada.

Queixa: — OE. lacrimejamento e pus, há 4 anos.

Exame externo: — OE. epífora e pus, pelos orifícios lacrimais.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocystorrinostomia OD.

1.º e 2.º Tempos: Iguais aos da primeira operação.

3.º Tempo: Preparação de retalho do saco lacrimal e rebatimento dêste para a abertura óssea. Sutura da borda anterior do saco lacrimal com o perióstio da borda anterior da abertura óssea.

4.º Tempo: Igual ao da terceira operação.

Post-operatório

1950 — Junho: 30 — Operação.

Julho: 7, 10, 24 — Via lacrimal permeável.

Agosto: 10 — Via lacrimal permeável.

Agosto: 14 — Via lacrimal permeável, depois de sondagem.

Setembro: 22, 26 — Via permeável, epífora e supuração, sondagens. A sondagem de 26-9, nos revelou a presença de uma parede de tecido fibroso, ao nível da abertura de comunicação entre o saco e a fossa nasal, deixando-a livre apenas na sua porção superior. Este fato nos explicou a presença de epífora e supuração, e permeabilidade ao líquido corado.

Setembro: 29 — Cateterismo retrógrado.

Outubro: 6 — O fio usado no cateterismo, rompeu o canalículo inferior do orifício até a comissura interna, e a via não melhorou. O cateterismo retrógrado foi ineficiente.

1950 — Outubro: 13 — Solicitamos radiografias da via lacrimal. Não foram concludentes.

Outubro: 26 — Via lacrimal permeável, supuração, epífora. Solicitamos exame ORL.

Novembro: 8 — Via lacrimal permeável; epífora; não há supuração.

A doente abandonou a clínica, quando pretendíamos fazer a incisão secundária da parede que obstruía parcialmente a via.

Exames post-operatórios

1950 — Outubro : 16 — Radiografias da via lacrimal, não deram resultados concludentes.

Novembro: 9 — Exame ORL. exame clínico normal; mas a radiografia revela espessamento da mucosa nasal. (LAMARTINE PAIVA).

OBSERVAÇÃO N.º 17

R. 151.587. P. 11.601.

Y.S.G.: 27 anos, feminino, preta, viúva.

Cons.: 25-2-50.

Diagnóstico: OE, Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OE. — saída de pus, no canto interno.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

1.º *Tempo:* Igual ao da primeira operação, e mais: descolamento do periósteo, em direção à face lateral do nariz.

2.º *Tempo:* Osteotomia de toda goteira, da crista anterior e da parte óssea da face lateral do nariz, até expor a mucosa da fossa nasal, rígida e espessa. Abandono da célula etmoidal anterior e retirada de lâmina óssea, entre a célula etmoidal e a mucosa nasal.

3.º *Tempo:* Preparação de retalhos; suturas. Incisão em H do saco lacrimal e das mucosas. Suturas dos retalhos anteriores e posteriores.

4.º: Recomposição da via de acesso: sutura do músculo orbicular e de seu tendão, com o periósteo da borda anterior da abertura óssea; sutura cutânea.

Post-operatório

1950 — Março: 1 — Operação.

Março: 5, 10, 15, 24 — Via lacrimal permeável.

Abril : 4 — Via lacrimal permeável.

Abril : 14 — Via lacrimal permeável, depois de sondagem.

Abril : 19, 24 — O líquido passou, mas refluíu pelo outro orifício.

Abril : 28 — Via lacrimal permeável, depois de sondagem

Abril : 31 — Via lacrimal permeável.

Maio : 19 — Via lacrimal permeável, depois de sondagem.
Maio : 22, 29, — Via lacrimal permeável.
Junho: 2, 9, 12, 21 — Via lacrimal permeável.
Junho: 23 — Via lacrimal permeável, depois de sondagem.
Junho: 25 — Via lacrimal permeável.
Junho: 26 — Via lacrimal permeável.
Julho : 2 — Via lacrimal permeável.
Agosto: 14, 18, 23 — Via lacrimal permeável.
Agosto: 29 — Via lacrimal permeável, depois de sondagem.
Agosto: 30 — Via lacrimal permeável, depois de sondagem.
Setembro: 4 — Via lacrimal permeável, depois de sondagem.
Setembro: 6 — Sondagem; o líquido passou.
Setembro: 11 — Sondagem; o líquido não passou.
Setembro: 15 — Sondagem; o líquido não passou. Marcamos
extirpação do saco lacrimal. **EXTIRPAÇÃO DO SACO
LACRIMAL DO OE.**
Setembro: 29 — Retirada dos pontos. Alta, curada.

OBSERVAÇÃO N.º 18

R. 183.425. P. 13.515.

U.P.: 21 anos, masculino, branco, solteiro, servente de pedreiro.

Cons.: 20-7-50.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada. AO. Tracoma cicatrizado.

Queixa: — OE. pus, no canto interno, há 3 anos.

Exame externo: — AO. cicatrizes, nas conjuntivas palpebrais. fossetas de HERBERT e pano esclerosado, no limbo superior. OE. pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE, impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

Evolução igual à da décima sétima operação.

Post-operatório

1950 — Julho : 25 — Operação.

Agosto: 2, 4, 6, 8, 11, 14, 18, 26, 29 — Via permeável.

Agosto: 30 — Via permeável, epífora, supuração. Cateterismo retrógrado.

Setembro: 22, 26, 29 — Cateterismo retrógrado. A sondagem do dia 26-9 nos revelou a presença de uma parede de tecido fibroso, ao nível da abertura de comunicação entre o saco lacrimal e a fossa nasal, deixando-a livre, apenas, sua porção superior. Este fato nos explicou a presença

de epífora e supuração, e a permeabilidade ao líquido corado.

Outubro: 4, 9 — Cateterismo retrógrado. O fio foi retirado.

Outubro: 16 — O líquido passou, sob pressão.

Outubro: 17 — O líquido passou, sob pressão. Pedimos radiografia das vias lacrimais.

Outubro: 31 — O paciente foi enviado à Clínica ORL.

1953 — Abril: 4 — Voltou à consulta. Diz ter feito tratamento de sinusite e leishmaniose.

Apresenta, atualmente, obstrução completa da via operada.

Exames post-operatórios

1950 — Outubro: 26 — As radiografias das vias lacrimais não deram resultados concludentes; porém, nos revelaram sinusite frontal.

Novembro: 4 — Exame ORL: A punção do seio maxilar esquerdo nos revelou presença de secreção purulenta. Foi medicado. (LAMARTINE PAIVA).

OBSERVAÇÃO N.º 19

R. 178.719. P. 12.603.

M. C.: 18 anos, masculino, branco, solteiro, padeiro.

Cons.: 11/5/50.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite supurada.

Queixa: — OE. saída de pus, no canto interno, há 2 anos.

Exame externo: — OE. epífora e saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado. Refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

Evolução igual à da décima sétima operação.

Post-operatório

1950 — Maio: 26 — Operação.

Maio: 29 — Via permeável.

Junho: 2, 5, 9, 16, 19 — Via permeável.

Junho: 21, 23 — Via permeável, epífora, supuração.

Agosto: 17 — Via permeável, epífora, supuração. Pedimos exame ORL.

Agosto: 27 — Via permeável, epífora, supuração. Sondagem.

Sondagem do dia 25-8-1950 nos revelou a presença de uma parede de tecido fibroso, ao nível da abertura de co-

municação entre o saco e a fossa nasal, deixando-a livre apenas na sua porção superior. Este fato nos explicou a presença de epífora e supuração, e permeabilidade ao líquido corado. O cateterismo retrógrado foi ineficiente. O paciente abandonou a clínica, quando pretendíamos fazer a incisão secundária da parede.

Exames post-operatórios

1952 — Março: 6 — Velamento difuso e heterogeno do seio frontal, com falta de nitidez de suas corticais ósseas. Hipotransparência das células etmoidais homolaterais. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 20

R. 183.056. P. 13.401.

G. M. G.: 72 anos, masculino, branco, casado, operário.

Cons.: 13/7/50.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite supurada.

Queixa: — OD. lacrimeja há 4 anos; agora supura.

Exame externo: — Pequena saliência, na região do saco lacrimal; á pressoã, saída de pus, pelos orifícios lacrimais.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável de líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

Evolução igual à da décima sétima operação.

Post-operatório

1950 — Agosto: 4 — Operação.

Agosto: 10 — Via permeável.

Agosto: 14 — Via permeável.

OBSERVAÇÃO N.º 21

R. 171.838. P. 11.341.

M. B. L.: 12 anos, feminino, branco.

Cons.: 4/2/50.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite aguda.

Queixa: — O canto interno do OE. dói muito e está inflamado.

Exame externo: — OE. tumor, rubor, dor e calor, na região do saco lacrimal tratado, até passar a fase aguda da inflamação.

Prova can. lacrimal: — O líquido não passou; refluí pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

Evolução igual à da décima sétima operação.

Post-operatório

1950 — Agosto: 16 — Operação.

Agosto: 18, 19, 22, 24, 29, 30 — Via lacrimal permeável.

Setembro: 4, 16, 19, 22, 29 — Via lacrimal permeável.

Outubro: 9, 28 — Via lacrimal permeável.

1951 — Abril: 3 — Via lacrimal permeável.

1952 — Janeiro: 30 — Via lacrimal permeável.

Março: 23 — Via lacrimal permeável. Curada, sem epífira.

Exames post-operatórios

ORL: — Amigdalite e adenoidite crônica. Indicação operatória: pedimos TS e TC. (Reis).

Foi operada logo em seguida.

Radiografia da cabeça: Seios para-nasais normais (14-5-52). (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 22

R. 195.086. P. 13.859.

P. N.: 22 anos, masculino, branco, solteiro, lavrador.

Cons.: 17/8/50.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — AO. pus, no canto de ambos os olhos, há anos.

Exame externo: — Saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

Evolução igual à da décima sétima operação.

Post-operatório

1950 — Agosto: 21 — Operação.

Agosto: 23, 29 — Via permeável.

Setembro: 1, 6, 11, 19, 20, 22, 26, 29 — Via permeável.

Outubro: 4, 9, 13, 18 — Via permeável.

Novembro: 23, 25 — Via permeável. Voltar, após 6 meses.

A via lacrimal esquerda deste paciente foi operada em 21-9-50. Recebeu alta, curado, com ambas as vias permeáveis, no dia 13-4-51.

OBSERVAÇÃO N.º 23

R. 195.446. P. 13.944.

B. A.: 64 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 22/8/50.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica supurada.

Queixa: -- OE. pus, no canto interno.

Exame externo: — OE. saída de líquido mucoso, esbranquiçado, pelos orifícios lacrimais, à pressão no saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido, com re fluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

Evolução igual à da décima sétima operação.

Post-operatório

1950 — Agosto: 29 — Operação.

Agosto: 30 — Via permeável.

Setembro: 1, 4, 6, 11, 15, 19, 22, 29 — Via permeável.

Outubro: 27 — Via lacrimal permeável.

Voltar daqui a 20 dias.

COMENTÁRIOS SOBRE O PRIMEIRO PERÍODO

- 1) *Desde o início das nossas operações, procuramos praticar a via de acesso em planos e fazer a aplicação de afastadores em posição cruzada.*

A via de acesso à goteira, na extirpação do saco lacrimal, já era nossa conhecida e pouco diferente da via pertencente à técnica de DUPUY-DU TEMPS. Devia ser entre a comissura interna e a inserção do tendão direto do orbicular, fugindo, lateralmente, aos vasos angulares.

A incisão, na técnica de DUPUY-DU TEMPS, é feita em golpe único, indo até a borda da goteira lacrimal, ou até o tendão, junto à sua inserção.

Para evitarmos hemorragia, por lesão de vasos, procuramos praticar a via de acesso em planos, fazendo somente a incisão da pele, e, depois, a divulsão dos tecidos, até expormos o tendão e sua inserção, procurando sempre afastar, medialmente os vasos angulares.

Usamos dois afastadores de saco lacrimal, em posição cruzada, com a dupla finalidade de: expor melhor o campo operatório, tornando-o mais amplo, e conter a hemorragia, fazendo a compressão direta dos vasos, se estes fossem lesados.

- 2) *A prática da osteotomia defeituosa e incompleta foi a causa das grandes dificuldades encontradas neste período.*

Este tempo deu os seguintes resultados:

- a) Apresentação de pituitária delgada, friável, rôta, dificultando a obtenção de retalhos, suturas e boas anastomoses.
- b) Possibilidade de anastomose do saco lacrimal com célula etmoidal anterior.

Entre as primeiras dezesseis operações por nós praticadas, devemos, com certeza, ter anastomosado, algumas vezes, saco lacrimal com célula etmoidal, principalmente quando esta era grande. Entretanto, é digno de nota que o resultado operatório e, posteriormente, funcional, das operações nas quais praticamos osteotomias defeituosas e incompletas, foi quase sempre bom.

- 3) *A presença de célula etmoidal anterior foi, neste período, a maior causa de embaraço que encontramos ao praticar a Dacriocistorrinostomia.*

Só chegamos a esta afirmação, depois de reconhecermos que as condições necessárias para alcançar a mucosa da fossa nasal rígida e espessa, eram:

- a) A osteotomia deve ser feita em toda a goteira, crista anterior e em parte da face lateral do nariz.
- b) Deve-se saber reconhecer a célula etmoidal, se nela incidirmos, ao praticar a osteotomia da goteira e da crista. Continuaremos então, a osteotomia, da crista anterior, em direção à face lateral do nariz, até encontrar a mucosa da fossa nasal.

- c) Para boa exposição da mucosa da fossa nasal, devem-se retirar as lâminas ósseas que formam uma parede entre a fossa nasal e a célula etmoidal.

Em quase todas as operações, esta dificuldade esteve presente.

- 4) *A osteotomia ampla conduz à exposição da mucosa da fossa nasal, facilita a prática e individualização do terceiro e quarto tempos operatórios e, de certo modo, poderá simplificar o post-operatório.*

As osteotomias praticadas neste período nos conduziram à exposição de mucosas com aspectos diferentes: mucosa delgada e friável e mucosa rígida e espessa.

Podemos dividir as operações deste período em dois grupos, de acordo com os tipos de mucosa exposta.

1.º GRUPO: *Operações com exposição de mucosa delgada e friável*

Podemos denominar as osteotomias de pequena amplitude, ou ressecção da goteira e da parte da crista anterior, de osteotomias defeituosas ou incompletas.

Estas osteotomias de pequena amplitude nos levaram a incidir sobre mucosas delgadas, friáveis, rôtas, dificultando a obtenção de retalhos.

Neste grupo de observações, achamos que o melhor tipo de retalho para sutura era o de forma retangular, pediculado, tanto para a pituitária como para o saco lacrimal. O retalho de mucosa nasal apresentava base de fixação para cima, junto à borda superior da abertura óssea e extremidade livre para baixo, junto à borda inferior. O retalho de mucosa de saco lacrimal foi incisado na face externa, com base de fixação para baixo, no conduto lácrimo-nasal e com extremidade livre para cima, na cúpula.

O retalho de saco lacrimal foi sempre rebatido para a abertura da pituitária, e sua extremidade livre, suturada, quando possível, na borda inferior desta. A extremidade livre

da pituitária era suturada na cúpula do saco. Quando não havia esta possibilidade, o que era regra geral, neste tipo de retalho, suturávamos a cúpula ou a borda anterior do saco, com o perióstio da borda anterior da abertura óssea. Outras vezes, praticamos esta sutura no 4.º tempo operatório, ligando o músculo orbicular, o tendão direto e a borda anterior do saco lacrimal, com o perióstio da borda anterior da abertura óssea.

O terceiro tempo operatório imbricava com o quarto, tornando-se um dependente do outro.

2.º GRUPO: *Operações com exposição de mucosa rígida e espessa da fossa nasal*

As operações dêste grupo caracterizaram-se pelo aumento de amplitude das osteotomias, com ressecção da goteira, crista anterior, parte da face lateral do nariz, e pelo reconhecimento exato da mucosa da fossa nasal. Esta mucosa é rígida, com mais ou menos, $\frac{1}{2}$ mm de espessura, passível de ser facilmente incisada e suturada.

Passamos, assim, a fazer uma incisão linear, de cima para baixo, nas mucosas do saco e da fossa nasal.

Só praticávamos incisões complementares, nas extremidades da incisão linear, de acôrdo com as necessidades de cada caso, para melhor coaptação das mucosas.

A obtenção de retalhos e suturas firmes tornou-se regra geral, facilitando a execução do terceiro tempo.

O 4.º tempo passou a ter evolução uniforme, com sutura do músculo orbicular e do seu tendão, no perióstio da borda anterior da goteira e com sutura cutânea.

Notamos, afinal, que o terceiro e o quarto tempos se individualizaram, separando-se nítidamente.

POST-OPERATÓRIO DO PRIMEIRO E SEGUNDO TEMPO

O primeiro grupo de operações teve um post-operatório longo. Algumas vias se obliteraram e, posteriormente, se tornaram permeáveis, após sondagens e lavagens.

O segundo grupo teve um post-operatório de certo modo melhor. As vias se tornaram permeáveis e o post-operatório nos possibilitou perceber uma complicação que prejudicava o funcionamento normal da via.

Neste primeiro período, três pacientes (um do primeiro e dois do segundo grupo) tiveram um post-operatório diferente de todos os outros (19).

Apresentavam via permeável ao líquido corado, presença de epífora constante e supuração intermitente.

Pela sondagem, notamos a formação progressiva de uma parede de tecido fibroso, ao nível da abertura do saco, na fossa nasal, deixando passagem livre apenas na parte mais alta, dificultando, dêste modo, o escoamento da lágrima.

Tentamos romper a parede de tecido fibroso, por meio de sondagens, sem resultado satisfatório. Para estudarmos melhor a dificuldade de escoamento, fizemos radiografias que nada esclareceram. Achamos melhor, então, proceder ao cateterismo retrógrado. Êste tratamento foi longo e seu resultado também não foi favorável. Quando, afinal, pretendíamos fazer, por meio da faca de WEBER, a incisão secundária da parede obstrutora (33), os pacientes abandonaram a clínica.

O post-operatório das osteotomias amplas (15, 47), com anastomose mais perfeita, poderá, de certo modo, simplificar-se, desde que consigamos evitar a formação desta parede de tecido fibroso, resultado que conseguimos, e exporemos na continuação dêste trabalho (segundo período).

* * *

CAPÍTULO II

MODIFICAÇÕES DA TÉCNICA E DA SISTEMATIZAÇÃO

(2.^o Período)

PRELIMINARES

O período anterior ofereceu-nos inúmeras dificuldades, que foram aos poucos superadas, até que, dominando a técnica, passamos a um período de estado, no qual praticávamos operações completamente iguais.

Esta uniformidade da técnica nos levou ao reconhecimento de novas dificuldades, que iam surgindo durante as operações e no post-operatório.

Ao praticarmos a via de acesso, opunham-se-nos várias dificuldades que persistem durante toda a operação: hemorragias, campo profundo, lesões da parte alta da via, e, afinal, suturas difíceis.

No post-operatório, tivemos a formação progressiva de uma parede de resistência fibrosa, ao nível da anastomose entre saco e a mucosa nasal, ocasionando a seguinte sintomatologia: via permeável, epífora e supuração intermitente.

O período de estado levou-nos a reconhecer estas dificuldades e, a tentar solucioná-las; disto, resultaram modificações na técnica e na sistematização.

Para clareza, dividimos o período em: I) Modificações da técnica e da sistematização; II) Apresentação das observações cirúrgicas; III) Comentários, indicando novas conclusões.

Modificações da técnica e da sistematização

Este período se caracterizou, cronologicamente, pela aplicação de modeladores de anastomose, modificações da via de acesso, e, finalmente, pela nova sistematização.

A) *Aplicação dos modeladores* — Os três pacientes com via permeável, epífora e supuração intermitente, representavam um mesmo tipo de mau resultado funcional de operação bem conduzida. Não tiveram resolução favorável, mas nos ensinaram que precisávamos evitar esta complicação, nas operações seguintes. A dificuldade de escoamento da lágrima era causada pela proliferação de tecido, formando parede de resistência fibrosa, ao nível da coaptação das mucosas. Para melhorar o escoamento da lágrima, do saco para a fossa nasal, passamos a empregar modeladores de anastomose, com a finalidade de coaptar melhor as mucosas suturadas e manter o saco lacrimal completamente aberto, na anastomose. Os modeladores eram mantidos na abertura da anastomose, com o auxílio de um fio de dupla finalidade: condução e sustentação do modelador. Era um fio delgado que, introduzido pelo orifício lacrimal, passava pelo canalículo, pelas aberturas do saco e da mucosa nasal, e ia sair na narina.

O modelador era fixado na extremidade inferior do fio, e, pela tração da extremidade superior, era levado até a abertura do saco lacrimal. A fixação, com esparadrapo, da extremidade livre superior, na bochecha ou no dorso do nariz do paciente, sustentava e imobilizava o modelador, na fossa nasal.

A aplicação do modelador passou a ser um sub-tempo da Dacriocistorrinostomia. Primeiro, fazíamos a sutura dos retalhos posteriores; depois, a aplicação do modelador; e, em seguida, a sutura dos retalhos anteriores. O calibre do fio, a sua qualidade, e o ponto de sua fixação na face, foram modificados várias vezes, para evitar lesões da parte alta da via. Usamos fios grossos, médios, finos; de seda, de algodão, de seda novamente, e, finalmente, de nylon, n.º 2. Os modeladores também variavam, em forma e qualidade, sempre com a finalidade de irritar, o menos possível, a fossa nasal. Os modeladores eram, no início, alças de grossos fios de seda; depois, alças de elástico, em forma de cilindro ôco (cilindro de látex, usado pelos ciclistas, para encher câmaras de ar). As extremidades livres das alças eram amarradas, para que não escapassem. No início, as alças eram longas e saíam pela narina; depois, aos poucos, foram encurtadas, levando-se em consideração o efeito estético.

Notamos que o post-operatório, logo em seguida à aplicação do modelador, melhorou, dando bons resultados e diminuindo o número de lavagens.

Os modeladores, no início, permaneciam dezoito dias e, posteriormente, doze.

Aos poucos, deixamos de fazer lavagem, antes de tirar o modelador. Finalmente, só era feita no dia da sua retirada. As lavagens após a retirada do modelador, as praticávamos com a finalidade de verificar a existência ou não de permeabilidade da via.

B) *Modificações na via de acesso* — Fomos levados a modificar a via de acesso pelas várias razões que se seguem:

1) Operando com o Dr. Eduardo Juan José Lagos, ilustre oftalmologista argentino, êste, no momento em que iamoseccionar o tendão, afirmou-nos que seria mais cirúrgico, evi-

tar o seccionamento. Então, tomando os instrumentos, descolou o tendão, de baixo para cima, com a sua inserção, e fez a osteotomia, com rara habilidade, sob esta arcada perióstica.

Achamos interessante êste momento cirúrgico; porém, notamos que a sua execução, para nós, apresentava grandes dificuldades. Seu ensinamento, entretanto, permanecia: "*Não seccionar o tendão é técnica mais cirúrgica e fisiológica*".

2) A divulsão dos tecidos, sob a pele, sempre nos apresentava os vasos angulares para o lado da crista anterior da goteira. Eram afastados, por nós, nesta direção. Quando queríamos aumentar o campo operatório, sucedia, algumas vezes, que os lesávamos; a hemorragia, porém, era perfeitamente contida pela aplicação dos afastadores, em posição cruzada. *Conseguiríamos traumatizá-los menos, se os afastássemos para o lado da comissura interna.*

3) *O único meio para não seccionarmos o tendão, seria incisarmos o perióstio, na face lateral do nariz, longe de sua inserção.*

4) Êstes três fins podem ser conseguidos com uma *incisão praticada na face lateral do nariz*. Esta via de acesso facilita a contenção da hemorragia dos vasos angulares e não lesa a parte alta da via.

Passamos a praticar, sistematicamente, a incisão, na face lateral, entre a inserção do orbicular e o dorso do nariz, evitando, medialmente, os vasos angulares, percebidos muitas vezes, através da pele. Ao mesmo tempo, esta via de acesso modificou-se e subdividiu-se em quatro sub-tempos: 1.º) Incisão da pele e divulsão das suas bordas. 2.º) Divulsão dos planos, até junto da face lateral do nariz, evitando, medialmente, a inserção do tendão do orbicular. 3.º) Incisão linear do perióstio, paralela ao rebordo orbitário, interno e ínfero-interno. 4.º) Descolamento da borda medial do perióstio, em direção da face lateral do nariz, até onde deve atingir a osteotomia; e divulsão da borda lateral, em direção à goteira, até expor, completamente, sua crista posterior.

Esta incisão, com o auxílio dos afastadores cruzados e o emprêgo de botropase, nos propiciou, também, um campo operatório muito mais amplo, na forma de um tronco de cone, com grande base na abertura dos afastadores, e pequena base na superfície óssea exposta, e, posteriormente, na abertura da pituitária.

Contendo as hemorragias, verificamos que podiam ter três origens:

1) Hemorragia por lesão dos vasos angulares, no plano músculo-cutâneo, evitados pela incisão e contida pelos afastadores cruzados.

2) Hemorragia por lesão de vasos que perfuram a parede óssea.

3) Hemorragia oriunda da mucosa nasal. Esta hemorragia pode ser perfeitamente contida, por meio de uma grande mecha de gaze, embebida em adrenalina e anestésico.

Tínhamos, ainda, a nosso favor, para facilitar as hemostasias, a instilação de adrenalina e a ação da botropase.

A sub-divisão da via de acesso e a aplicação de modeladores, tornaram mais longa a prática da Dacriocistorrinostomia. Mas, em compensação, passamos a operar com maior segurança e conseguimos melhorar o post-operatório.

c) *Nova Sistematização da técnica* — As modificações que acabamos de expor, nos levaram a uma nova sistematização da técnica da Dacriocistorrinostomia. Achamos melhor dividi-la em quatro tempos e vários sub-tempos, para melhor seqüência da intervenção.

1.º TEMPO: *Via de acesso à goteira* (por dissecação em planos).

a) Incisão da pele e divulsão de suas bordas.

b) Divulsão dos tecidos sob a pele, afastando, lateralmente, os vasos angulares e evitando, medialmente, a inserção do tendão do orbicular, indo até a face lateral do nariz, sem lesar o periósteo.

c) Incisão linear do periósteo. Esta incisão deve ser perfeita, pois o periósteo será recomposto no último tempo operatório.

d) Descolamento do periósteo, em direção ao dorso do nariz e à crista posterior da goteira.

2.º TEMPO: *Osteotomia.*

a) Fratura do unguis.

b) Osteotomia:

1) Da parte óssea da goteira.

2) Da apófise montante e sua crista anterior e de parte da face lateral do nariz.

3) Afundamento das células etmoidais (quando presentes).

3.º TEMPO: *Preparação da nova via* (anastomose entre o saco lacrimal e a fossa nasal).

a) Incisão linear das mucosas do saco e da fossa nasal.

b) Sutura dos retalhos posteriores, com incisões complementares da mucosa, se fôrem necessárias para maior coaptação.

c) Aplicação da alça modeladora, com fio condutor passando pelo canalículo.

d) Sutura dos retalhos anteriores com incisões complementares da mucosa, se fôrem necessárias para melhor coaptação.

4.º TEMPO: *Recomposição da via de acesso.*

a) Sutura do periósteo.

b) Sutura da pele (contínua ou em pontos separados).

* * *

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO N.º 1

R. 28.185 P. 13.055.

V. L.: 54 anos, masculino, branco, casado, operário.

Cons.: 15/6/50.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — AO. saída de pus no canto interno. Paciente enviado pela Clínica Dermatológica do Hospital das Clínicas.

Exame externo: — AO. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE. (1.^a operação).

1.^o Tempo: *Via de acesso à goteira* — (Evolução igual à das operações do primeiro período).

A incisão cutânea foi praticada entre a comissura interna e a inserção do tendão direto do orbicular, na crista anterior da goteira, e iniciada a 1/2 cm acima da linha horizontal, que passa pelas comissuras palpebrais, indo até 1 cm abaixo desta linha. Ela só interessou a pele. Depois, separando as bordas da ferida, aplicamos, em posição vertical, o afastador de saco lacrimal. Foi feita, após, a divulsão dos tecidos abaixo da pele, com tesoura romba, até o tendão do orbicular, evitando ferir os vasos. Seguiram-se, logo, a aplicação de outro afastador, em posição horizontal, e o ajuste da posição de ambos os afastadores. Individualizado o tendão direto do orbicular, seccionamo-lo, junto à goteira. Descolamos o periósteo com o saco lacrimal, expondo toda a goteira, até a sua crista posterior.

2.^o Tempo: *Ostectomia ampla* — (Evolução igual à osteotomia ampla das operações do primeiro período).

Após a fratura e retirada de uma esquirola óssea do unguis, com a extremidade curva do gancho-espátula, iniciamos a osteotomia ampla de toda a goteira e de sua crista anterior. Continuamos a osteotomia, em direção à face lateral do nariz, até surgir a mucosa da fossa nasal, espessa, rígida e difícil de romper-se. As lâminas ósseas, entre a célula etmoidal encontrada e a mucosa nasal, foram retiradas, para que esta se expusesse melhor.

3.^o Tempo: *Preparação da nova via* — Este tempo evoluiu da seguinte maneira:

a) Fizemos a incisão linear das mucosas do saco lacrimal e da fossa nasal, de cima para baixo. Para melhor coaptação dos retalhos

das mucosas, praticamos incisões complementares, nas extremidades das incisões lineares.

b) Suturamos os retalhos posteriores.

c) Praticamos, em seguida, a fixação do modelador, na anastomose entre o saco lacrimal e a fossa nasal.

Para conseguirmos êste fim, praticamos os seguintes atos:

1) Passamos um fio, pelo trajeto da via lacrimal. O fio foi conduzido, do orifício lacrimal, até a abertura do saco, dentro de uma agulha que, em seguida, foi retirada. Usamos agulha de ponta romba, para não ferir a parte alta da via. Para completar a passagem do fio introduzimos uma pinça, pela narina, até a abertura da mucosa nasal; fixamos o fio, e o tracionamos para fora, retirando a pinça.

2) Condução e fixação do modelador, na anastomose entre o saco lacrimal e a fossa nasal.

A extremidade do fio, que saía pela narina, foi atada na dobradura de uma alça modeladora, feita com dois grossos fios de seda. Conduzimos a alça até a anastomose, fazendo tração pela extremidade do fio, que saía pelo orifício lacrimal. Êste fio foi fixado na pálpebra inferior, com a finalidade de imobilizar a alça, durante o post-operatório, na fase de cicatrização das mucosas.

4.º Tempo: *Recomposição da via de acesso* — Sutura do periósteo e sutura cutânea.

Post-operatório

1950 — Agosto: 30 — Operação.

Agosto: 31 — Via permeável ao líquido corado.

Setembro: 1, 2, 4, 6, 11 — Via permeável.

Setembro: 15 — Retirada da alça elástica modeladora. Via permeável.

Setembro: 20 — Via permeável.

Outubro: 20 — Via permeável.

Novembro: 3, 27 — Via permeável.

1951 — Janeiro: 30 — Via permeável. Voltar depois de 6 meses.

Outubro: 22 — Via permeável. Curado.

A via lacrimal esquerda foi operada pela mesma técnica, no dia 2-10-50. O paciente recebeu alta, curado, com ambas as vias permeáveis, no dia 22-9-51.

OBSERVAÇÃO N.º 2

R. 195.686. P. 14.034.

S. E. S.: 46 anos, feminino, preta, viúva, lavadeira.

Cons.: 26/8/50.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — AO. pus, no canto interno, há 10 anos. Sempre tem dor de cabeça.

Exame externo: — AO. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeável ao líquido corado.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE. (1.^a operação).

Esta operação foi auxiliada pelo Dr. Lagos. Notamos aqui, a ação orientadora deste médico argentino.

1.º Tempo: Via de acesso à goteira

1) Incisão cutânea, a 1/2 cm da comissura interna, perpendicularmente ao tendão direto do orbicular.

2) Aprofundamento da mesma, até expor o periósteo e a inserção do tendão do orbicular.

3) Incisão linear do periósteo, em toda a borda da goteira, abaixo da inserção do tendão direto.

4) Descolamento do periósteo:

a) Descolamento do periósteo, com o saco lacrimal, em toda a goteira.

b) Descolamento do periósteo, em túnel ou tenda, conservando a inserção periostal do tendão direto.

Para conseguirmos isto, levantamos o periósteo, deslocando-o em toda a crista, face lateral do nariz e parte alta do rebordo orbitário interno. Neste momento, operávamos sob uma tenda de periósteo, sobre a qual se inseria o tendão direto do orbicular. Este descolamento nos apresentou uma ampla superfície óssea, permitindo ver diretamente a goteira; levantando a tenda, obtínhamos a exposição da crista anterior, face lateral do nariz e rebordo orbitário interno.

2.º Tempo: Osteotomia

1) Fratura do unguis.

2) Osteotomia ampla da goteira, da crista anterior e da face lateral do nariz, até atingir a mucosa nasal.

3.º Tempo: Preparação da nova via

1) Incisão em I da mucosa do saco e da mucosa da fossa nasal.

2) Sutura dos retalhos posteriores.

3) Passagem de um grosso fio de seda, pelo orifício lacrimal inferior, pelo canálculo, pelo saco lacrimal aberto e pela abertura da mucosa nasal, saindo pela narina.

A permanência deste fio, no post-operatório, teve a finalidade de bem orientar e dar bom declive à formação da nova via.

4) Sutura dos retalhos anteriores.

4.º Tempo: Recomposição da via de acesso — Sutura do periósteo, sutura cutânea. Unimos as duas extremidades do fio de seda com um nó que, com esparadrapo, foi fixado na fronte do paciente.

Post-operatório

1950 — Setembro: 6 Operação.

Setembro: 11, 15, 19, 21, 22, 25 — Via permeável.

Outubro: 4 — Retirada da alça modeladora.

Outubro: 6 — Via permeável.

Outubro: 16, 22 — Via permeável.

1951 — Junho: 31 — Via permeável.

1952 — Outubro: 26 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1952 — Setembro: 26 — Radiografia dos seios da face: normais.

(Fernando Chammas).

Setembro: 26 — Exame ORL: normal. (Jorge Hirschmann).

OBSERVAÇÃO N.º 3

R. 195.086. P. 13.859.

P. N.: 22 anos, masculino, branco, solteiro, lavrador.

Cons.: 17/8/50.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — AO. pus no canto interno, há muito tempo.

Exame externo: — AO. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

1.º Tempo: Via de acesso à goteira —

1) Incisão cutânea a 1 cm da comissura interna, de 1 1/2 cm de comprimento a 1/2 cm, acima da linha horizontal, que passa pela comissura interna, e terminando a 1 cm abaixo da mesma linha. Divulsão das bordas da ferida cutânea.

2) Divulsão, com tesoura romba, dos tecidos, até a face lateral do nariz, afastando os vasos para o lado da comissura interna e fugindo, medialmente, do tendão do orbicular.

3) Incisão linear do periósteo, paralela ao rebordo orbitário infero-interno, interno e parte do súpero-interno.

4) Descolamento do periósteo:

a) Descolamento da borda lateral da incisão periostal, em direção à órbita; descolamento do periósteo com o saco lacrimal, em toda a goteira, até a crista posterior.

b) Descolamento da borda medial da incisão periostal, em direção ao dorso do nariz (2 mm $\pm$).

2.^o Tempo: *Osteotomia ampla* — (Igual à da primeira operação).

3.^o Tempo: *Preparação da nova via* — (Igual à da primeira operação).

4.^o Tempo: *Recomposição da via de acesso* — (Igual à da primeira operação).

Nota: — A hemorragia foi perfeitamente contida: por êste novo tipo de incisão, pela ação dos afastadores e da botropase.

Post-operatório

1950 — Setembro: 21 — Operação.

Setembro: 22, 26, 29 — Via permeável.

Outubro: 4, 10, 13 — Via permeável.

Outubro: 13 — Via permeável. Retiramos alça modeladora.

Outubro: 18 — Via permeável. Voltar depois de 1 mês.

Novembro: 23 — Via permeável. Voltar depois de 3 meses.

1951 — Janeiro: 15 — Via permeável. Voltar depois de 6 meses.

Abril: 13 — Via permeável. Curado.

A via lacrimal esquerda já havia sido operada no dia 21-8-50. O paciente recebeu alta, curado, com ambas as vias permeáveis, no dia 13-4-51.

OBSERVAÇÃO N.^o 4

R. 67.283. P. 14.279.

O. C.: 28 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 12/9/50.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. pus, no canto interno.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

Completamente igual à terceira operação.

Post-operatório

1950 — Setembro: 23 — Operação.

Setembro: 26, 27 — Via permeável.

Outubro: 6, 13, 19 — Via permeável.

Dezembro: 2 — Via permeável. Voltar depois de 2 meses.

1951 — Janeiro: 1 — Via permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 5

R. 121.977. P. 14.046.

M. S.: 54 anos, feminino, parda, casada.

Cons.: 29/8/50.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite (OD. crônica, supurada, e OE. aguda).
Ozena.

Queixa: — AO. pus, no canto interno, há anos; atualmente, o OE. está inflamado e dói muito. Também sofre de ozena.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal. OE. tumor, rubor, calor e dor, na região do saco lacrimal. Apresenta o mau cheiro característico dos ozenosos.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal. Esta prova foi feita depois do tratamento da fase aguda da inflamação do OE.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

Completamente igual à terceira operação.

Post-operatório

1950 — Setembro: 25 — Operação.

Setembro: 27, 29 — Curativo.

Outubro: 14 — Retirada da alça modeladora. Via permeável.

Dezembro: 20 — Via permeável. Voltar depois de 2 meses.

Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 6

R. 196.349. P. 14.143.

A. C.: 17 anos, masculino, branco, solteiro, servente de pedreiro.

Cons.: 2/9/50.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — AO. pus, no canto interno.

Exame externo: — AO. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

Completamente igual à terceira operação.

Post-operatório

1950 — Setembro: 29 — Operação.
 Outubro: 2 Curativo.
 Outubro: 6 — Retirada da sutura cutânea.
 Outubro: 18 — Via permeável.
 Novembro: 3 — Via permeável.
 Dezembro: 11 — Via permeável. Curado.

OBSERVAÇÃO N.º 7

R. 28.185. P. 13.055.
 V. L.: 54 anos, masculino, branco, casado, operário.
 Cons.: 15/6/50.
 Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — AO. saída de pus, no canto interno. É paciente enviado pela Clínica Dermatológica do Hospital das Clínicas.

Exame externo: — AO. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.
 Completamente igual à terceira operação.

Post-operatório

1950 — Setembro: 2 — Operação.
 Setembro: 4, 6, 9, 13 — Via permeável.
 Setembro: 20 — Retirada da alça modeladora. Via permeável.
 Novembro: 3 — Via permeável. Voltar após 1 mês.
 Novembro: 27 — Via permeável. Voltar após 2 meses.
 1951 — Janeiro: 30 — Via permeável. Voltar após 6 meses.
 Outubro: 22 — Via permeável. Curado.

A via lacrimal direita foi operada, pela mesma técnica, no dia 2-10-50. O paciente recebeu alta, curado, no dia 22-9-51, com ambas as vias permeáveis.

OBSERVAÇÃO N.º 8

R. 197.815. P. 14.565.
 T. L.: 52 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.
 Cons.: 30/9/50.
 Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.



Queixa: — OD. lacrimeja há 10 anos e supura há 8 meses.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

Completamente igual à terceira operação.

Post-operatório

1950— Outubro: 5 — Operação.

Outubro: 9, 16 — Via permeável.

Outubro: 20 — Retirada da alça modeladora.

Novembro: 17, 29 — Via permeável.

Dezembro: 21 — Via permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 9

R. 205.386. P. 15.947.

M. Z. B.: 50 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 19/1/51.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica.

Queixa: — OE. lacrimeja e supura.

Exame externo: — OE. elevação, na pele, da região do saco lacrimal, que desaparece à pressão, com escoamento de líquido, claro, mucoso, pelos orifícios lacrimais.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

Completamente igual à terceira operação.

Post-operatório

1951 — Janeiro: 22 — Operação.

Janeiro: 24, 27, 30 — Via lacrimal permeável.

Fevereiro: 2, 10 — Via permeável. Retirada da alça modeladora.

Fevereiro: 24 — Via permeável.

Abril: 23 — Via permeável.

Julho: 23 — Via permeável.

1952 — Janeiro: 1 — Via permeável. Curada. Pedimos radiografia dos seios da face.

Exame post-operatório

Pedimos radiografia dos seios paranasais.

OBSERVAÇÃO N.º 10

R. 211.312. P. 15.941.

L. G. M.: 30 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.
Cons.: 13/1/51.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite supurada.

Queixa: — OD. lacrimeja há 1 ano.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

Completamente igual à terceira operação.

Nota: — Nesta operação, passamos a usar alça modeladora feita com cilindro ôco, elástico, com a finalidade de tornar mais ampla a abertura da anastomose entre o saco e a mucosa nasal. (Cilindro de látex, usado nas válvulas de bicicletas).

Post-operatório

1951 — Janeiro: 31 — Operação.

Fevereiro: 2 — Via permeável.

Fevereiro: 12 — Via permeável.

Fevereiro: 19 — Retirada da alça modeladora.

Fevereiro: 23 — Via permeável.

OBSERVAÇÃO N.º 11

R. 75.598. P. 3.123.

G. P. G.: 26 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.
Cons.: 25/11/47.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada

Queixa: — AO. lacrimejam e supuram há muito tempo.

Exame externo: — AO. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeável, ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Fevereiro: 12 — Operação.
Fevereiro: 16, 19, 21, 22, 23 — Via lacrimal permeável.
Fevereiro: 28 — Retirada da alça modeladora.
Março: 1, 3, 10 — Via permeável.

OBSERVAÇÃO N.º 12

R. 204.665. P. 15.797.
M. P.: 28 anos, feminino, preta, solteira, prendas domésticas.
Cons.: 4/1/51.
Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. lacrimeja e supura há tempos.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Janeiro: 14 — Operação.
Janeiro: 19, 22, 26 — Via lacrimal permeável.
Março: 2 — Via lacrimal permeável.
Março: 5 — Retirada da alça modeladora.
Março: 9, 28 — Via permeável.
Abril: 16 — Via permeável. Voltar depois de 2 meses.
Novembro: 30 — Via permeável. Pedimos radiografia dos seios da face.
1952 — Janeiro: 1 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1951 — Dezembro: 6 — Seio maxilar D. transparente. Nota-se uma opacidade arredondada, na base do seio homônimo. E. (edema circunscrito? pólipos sub-mucosos?). (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 13

R. 178.851. P. 16.378.
A. S. F.: 37 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.
Cons.: 10/2/51.
Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. há 2 anos lacrimeja e há 3 meses supura.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exame pré-operatório

1951 — Fevereiro: 15 — Amigdalite palatina. Foi medicada. (Lamar-tine Paiva).

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.
Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Fevereiro: 19 — Operação.

Fevereiro: 23, 24 — Via lacrimal permeável.

Março: 2, 6 — Via lacrimal permeável.

Março: 9 — Retirada da alça modeladora.

Março: 27 — Via permeável.

Maio: 25 — Via permeável. Obliteração do canalículo infe-rior, depois de uma canaliculite traumática, provocada pela longa permanência do fio da alça modeladora na parte alta da via.

Julho: 30 — Via permeável.

Dezembro: 28 — Via permeável. Pedimos radiografia dos seios para-nasais. Curada.

Exame post-operatório

1952 — Janeiro: 4 — Seios para-nasais de transparência dentro dos limites normais. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 14

R. 205.963. P. 16.097.

M. S. R.: 35 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.
Cons. 20/1/51.

Diagnóstico: AO. Tracoma cicatrizado. OD. Dacriocistite supurada.

Queixa: — OD. lacrimeja e supura há anos. Já tratou de tra-coma.

Exame externo: — AO. cicatrizes inúmeras, nas conjuntivas pal-pebrais, fossetas de Herbert, no limbo superior e pano esclerosado. Saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco la-crimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exame pré-operatório

1951 — Janeiro: 30 — Exame ORL: normal. (Lamartine Paiva).

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Fevereiro: 23 — Operação.

Fevereiro: 26 — Curativo.

Março: 2, 6, 9 — Curativo.

Março: 14 — Retirada da alça modeladora.

Março: 20 — Via permeável. Obliteração do canalículo inferior, depois de uma canaliculite, causada pela longa permanência do fio sustentador da alça na parte alta da via.
Abril: 14, 19 — Via permeável. Obliteração do canalículo inferior.

Agosto: 9 — Via permeável. Não há epífora.

Dezembro: 14 — Via permeável. Não há epífora.

Dezembro: 18 — Via permeável. Pedimos radiografia dos seios para-nasais.

Dezembro: 28 — Via permeável. Pedimos exame ORL.

1952 — Julho: 27 — Via permeável. Sem epífora.

Dezembro: 12 — Via permeável. Sem epífora. Alta, curada, com via permeável, sem epífora.

Exames post-operatórios

1951 — Dezembro: 18 — Radioscopia dos seios da face: Velamento do seio maxilar esquerdo e hipotransparência de seu homônimo D. Velamento das células etmoidais anteriores. (F. Chammas).

Janeiro: 9 — Exame ORL: A radiografia dos seios para-nasais praticada em 9-1-51, nada revelou de anormal em relação a estas cavidades. (Fernando Chammas).

1952 — Janeiro: 19 — Idêntica à anterior (9-1-51). (Girlo de Brito).

OBSERVAÇÃO N.º 15

R. 206.460. P. 16.471.

V. F.: 19 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 16/2/51.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OE. lacrimeja e supura.

Exame externo: — OE. epífora e saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável, com refluxo de líquido pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.
Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Fevereiro: 26 — Operação.
Fevereiro: 28 — Via permeável.
Março: 1, 4, 6, 8 — Via permeável.
Março: 12 — Retirada da alça modeladora.
Março: 14 — Via permeável.
Abril: 5, 11 — Via permeável. Ligeira retração do canalículo inferior. Curada.

(A permanência do fio sustentador, na parte alta da via, foi a causa da canaliculite traumática e posterior retração do canalículo inferior).

OBSERVAÇÃO N.º 16

R. 121.977. P. 14.046.

M. S.: 54 anos, feminino, parda, casada.

Cons.: 29/8/50.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite (OD. crônica, supurada e OE. aguda). Ozena.

Queixa: — AO. pus, no canto interno; atualmente, o OE está inflamado; sofre de ozena.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal. OE. tumor, rubor, calor e dor, na região do saco lacrimal. A paciente apresenta o mau cheiro característico dos ozenosos.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal. Esta prova foi feita, depois do tratamento da fase aguda da inflamação do OE.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD. (2.ª operação).
Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Março: 19 — Operação.
Março: 21 — Curativo.
Março: 28 — Retirada da sutura cutânea.

Abril: 4 — Retirada da alça modeladora. Via permeável.

Abril: 5, 12, 19 — Via permeável.

Maio. 8 — Via permeável. Voltar depois de 6 meses. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 17

R. 206.593. P. 16.236.

M. C.: 33 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 30/1/51.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OE. supuração, há 5 anos.

Exame externo: — OE. secreção purulenta, no fundo de saco inferior conjuntival. A pressão sobre o saco lacrimal, ocasionou saída de pus, pelos orifícios lacrimais.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exame pré-operatório

1951 — Fevereiro: 27 — Exame ORL: Naso-faringite catarral. Amígdalas ligeiramente congestionadas e crípticas. Restos dentários a serem extraídos. A radiografia dos seios paranasais revelou diminuição de transparência dos seios frontais e células etmoidais anteriores. (Lamartine Paiva).

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Abril: 13 — Operação.

Abril: 16, 19, 23 — Curativo.

Abril: 28 — Retirada da alça e lavagem da via.

Maio: 2, 9, 18 — Via permeável. Voltar após 1 mês.

OBSERVAÇÃO N.º 18

R. 224.670. P. 18.056.

D. V. S.: 23 anos, masculino, branco, solteiro.

Cons.: 4/6/51.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite supurada, crônica. Ozena.

Queixa: — OD. há vários anos vem notando supuração no canto interno. Sofre de ozena.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal. Mau cheiro característico dos ozenosos.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exame pré-operatório

1951 — Junho: 14 — Exame de sangue: Wassermann, Kahn e Kline: negativos.

Junho: 4 — Exame ORL: Rinite atrófica, com crostas mais acentuadas à esquerda. Crostas inúmeras e fétidas. Mucosa atrofiada. (Piza Neto).

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Junho: 13 — Operação.

Junho: 15, 20, 24 — Curativo.

Julho: 6 — Retirada da alça modeladora. Lavagem da via.

Setembro: 1 — Via permeável. Disse ter melhorado do nariz.

Exames post-operatórios

1951 — Julho: 6 — Exame ORL: Mucosa da fossa nasal D., hiperemiada, congesta, de aspecto aproximadamente normal. Não há secreção na fossa D. Fossa E.: cheia de secreção esverdeada, fétida; mucosa atrófica. Vai ficar em observação 1 mês. (Piza Neto).

Setembro: 1 — O mesmo estado anterior.

OBSERVAÇÃO N.º 19

R. 120.049. P. 17.505.

R. L.: 69 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 25/4/51.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: OD. lacrimejamento e supuração há muito tempo.

Exam eexterno: — OD. pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável, com refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Junho: 7 — Operação.

Junho: — Lavagens de 3 em 3 dias.

Junho: 18 — Retirada da alça modeladora. Lavagem da via lacrimal.

Junho: 19 — Via permeável.

1951 — Setembro: 19 — Via permeável.

1952 — Março: 21 — Via permeável. Pedimos radiografia dos seios para-nasais.

1953 — Janeiro: 31 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

1952 — Março: 29 — Radiografia dos seios paranasais: Opacificação heterogênea e difuso do seio maxilar, células etmoidais e seio frontal D. Pequena diminuição de transparência do seio maxilar E. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 20

R. 195.686. P. 14.034.

S. E. S.: 46 anos, feminino, preta, viúva, lavadeira.

Cons.: 26/8/50.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — AO. saída de pus, no canto interno há 10 anos. Sempre tem dor de cabeça.

Exame externo: — AO. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD. (2.ª operação).

Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Junho: 11 — Operação.

Junho: 20 — Retirada da alça modeladora. Via permeável.

Junho: 25,31 — Via permeável.

Setembro: 22 — Via permeável.

Outubro: 4, 16 — Via permeável.

Dezembro: 22 — Via permeável.

1952 — Outubro: 16 — Via permeável. Curada. Queixa: dor de cabeça. Pedimos radiografia da cabeça e exame ORL.

A via lacrimal esquerda desta paciente foi operada no dia 6-9-50. Conseguimos observá-la até o dia 6-8-52. Ambas as vias eram permeáveis.

Exames post-operatórios

1952 — Setembro: 26 — Radiografia dos seios da face: normais. (Fernando Chammas).

Setembro: 26 — Exame ORL: normal. (Jorge Hirschmann).

OBSERVAÇÃO N.º 21

R. 40.737. P. 18.195.

V. C.: 55 anos, masculino, branco, casado, lavrador.

Cons.: 15/6/51.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite supurada (OD. crônica, OE. aguda).

Queixa: — AO. lacrimejam e supuram há anos. Atualmente o canto interno do OE. está inflamado e dolorido.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal. OE. abscesso aberto do saco lacrimal, dando saída de pus.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício. Esta prova foi praticada depois do tratamento e regressão completa da fase aguda da inflamação.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.

Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Junho: 25 — Operação.

Junho: 28 — Primeiro curativo.

Julho: 2 — Retirada da sutura cutânea.

Julho: 7 — Retirada da alça modeladora e lavagem da via.

Agosto: 2, 7 — Via permeável.

Mantido em observação. Voltar daqui a 6 meses.

Exame post-operatório

1951 — Agosto: 23 — Exame ORL: O paciente não apresenta afecção ORL. (Miguel Hiss).

OBSERVAÇÃO N.º 22

R. 224.346. P. 18.008.

J. C. P.: 30 anos, feminino, branca, casada.

Cons.: 29/5/51.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Exame: — OE. epifora e secreção purulenta, há 16 anos.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável, com refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

- 1951 — Julho: 3 — Operação.
 Julho: 7 — Curativo.
 Julho: 16 — Retirada da sutura cutânea.
 Julho: 23 — Retirada da alça modeladora. Continuar em observação.

OBSERVAÇÃO N.º 23

R. 225.413. P. 18.172.

J. B.: 31 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 14/6/51.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Exames post-operatórios

- 1951 — Junho: 14 — Exame ORL: Crista do septo nasal à E. Secreção patológica ausente nos meatos; cavum congesto, amígdalas palatinas crípticas e congestas.

Trans-iluminação: Ligeiro obscurecimento do seio maxilar direito; o esquerdo está bem transparente.

Diagnóstico: amigdalite crônica, desvio do septo, e à esquerda, crista, espinha. (Lamartine Paiva).

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

- 1951 — Junho: 18 — Operação.
 Junho: 23 — Primeiro curativo.
 Junho: 25 — Retirada da sutura cutânea.
 Junho: 28 — Retirada da alça modeladora e lavagem da via. Voltar após 4 dias.
 Julho: 2 — Via permeável. Voltar após 20 dias.
 Julho: 20 — Via permeável. Voltar após 6 meses.
 Setembro: 6 — Via permeável. Voltar após 6 meses.
- 1952 — Janeiro: 30 — Via permeável. Pedimos radiografia dos seios da face e fossa nasal.
 Fevereiro: 2 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

- 1952 — Fevereiro: 2 — Radiografia dos seios da face: seios bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 24

R. 183.360. P. 18.558.

R. B.: 31 anos, feminino, parda, solteira.

Cons.: 18/7/51.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada (mucocele).

Queixa: — OD.: supura há 10 anos; atualmente, o pus desapareceu, mas, no canto interno do OD., formou-se um grande tumor.

Exame externo: — OD. enorme saliência, na região do saco lacrimal. A sondagem nos indicou obstrução da parte alta da via lacrimal, localizada no canal de união dos canaliculos. A desobstrução foi conseguida pela passagem de sondas, com saída de grande quantidade de pus.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável, com refluxo de líquido pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.
Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Julho: 27 — Operação.

Agosto: 3 — Retirada da sutura cutânea.

Agosto: 10 — Retirada da alça modeladora e lavagem da via.

Agosto: 13, 21 — Via permeável. Deverá ficar em observação.

OBSERVAÇÃO N.º 25

R. 224.357. P. 18.013.

A. J. A.: 28 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 29/5/51.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — Já se tratou do canal lacrimal do OD., mas não ficou boa.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão do saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável, com refluxo de líquido pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1951 — Maio: 16 — Exame ORL: Desvio do septo à direita. Não vi secreção patológica nos meatos médios. Cavum apenas congesto. Amígdalas palatinas hipertróficas, crípticas,

com secreção à espremedura. Faringite granulosa. Trans-
iluminação: maxilar D. obscuro em relação ao E.
Punção do seio maxilar D.: positiva.
Fizemos tratamento para sinusite. (Lamartine Paiva).

Operação: Dacriocistorrinostomia OD.
Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Agosto: 1 — Operação.
Agosto: 6, 10 — Curativo. Retirada da sutura cutânea.
Agosto: 14 — Retirada da alça modeladora e lavagem da
via.

OBSERVAÇÃO N.º 26

R. 226.907. P. 18.458.

E. L. S.: 30 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.
Cons.: 7/7/51.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — Há 6 meses, apresenta supuração no canto interno do
OE.. Já fez tratamento.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à
pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com
refluxo pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.
Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1951 — Agosto: 3 — Operação.
Agosto: 9 — Retirada da sutura cutânea.
Agosto: 21 — Retirada da alça modeladora.
Setembro: 14 — Via permeável.
Outubro: 30 — Via permeável. Dor de cabeça. Pedimos ra-
diografia dos seios da face.
1952 — Fevereiro: 9 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

1951 — Novembro: 10 — Radiografia dos seios da face: Transparên-
cia normal dos seios faciais. (Prof. Rafael de Barros).

OBSERVAÇÃO N.º 27

R. 196.052. P. 14.080.

E. M. M.: 37 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 29/8/50.

Diagnóstico: OE — Dacriocistite crônica.

Queixa: — OE. lacrimeja e supura, há anos.

Exame externo: — OE. saída de secreção mucosa espessa, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável, com refluxo de líquido pelo outro orifício.

Operação: Dacriocistorrinostomia OE.

Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

1950 — Setembro: 12 — Operação.

Setembro: 15, 19, 20, 22, 26, 29 — Lavagem da via.

Outubro: 10 Retirada da alça modeladora e lavagem da via.

Outubro: 20 — Via permeável.

Novembro: 20 — Via permeável. Voltar depois de 6 meses.

OBSERVAÇÃO N.º 28

R. 234.750. P. 19.920.

C. M.: 51 anos, feminino, branca, viúva, prendas domésticas.

Cons.: 8/11/51.

Diagnóstico: AO. Tracoma cicatrizado, dacriocistite crônica. OE. Catarata senil, madura.

Queixa: — Já sofreu de tracoma em ambos os olhos. Atualmente, o OE. tem visão má e supura.

Exame externo: — AO. epífora, grande aumento de cicatrizes, nas conjuntivas palpebrais, fossetas de Herbert, no limbo, pano esclerosado e nébula corneana. OE. opacificação completa do cristalino.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Operação: Dacriocistorrinostomia, OD.

Completamente igual à décima operação.

Post-operatório

- 1951 — Novembro: 12 — Operação.
 Novembro: 14, 20 — Retirada da sutura cutânea.
 Novembro: 23 — Retirada da alça modeladora e lavagem da via.
 Novembro: 26 — Obliteração da via, sondagem, via novamente permeável. Lavagem de 3 em 3 dias.
- 1952 — Janeiro: 4 — A via oblitera, ora se permeabiliza.
 Fevereiro: 8, 15 — O líquido passou com dificuldade.
 Março: 25 — Lavagem 2 vezes por semana. A obliteração está localizada no canal de união dos canaliculos lacrimais.
 Março: 29 — O líquido não passou. Radiografia dos seios da face: normais.
 A paciente abandonou a clínica, com via impermeável e obliteração no canal de união dos canaliculos.

Exame post-operatório

- 1952 — Fevereiro: 8 — Radiografia dos seios da face: Bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

COMENTÁRIOS SÔBRE O SEGUNDO PERÍODO

O nosso estudo neste período concentrou-se na solução das causas que dificultavam a prática da via de acesso e o post-operatório.

Modelador: Achamos que a causa de complicação no post-operatório devia estar ligada a defeitos próprios da preparação da anastomose entre o saco e a mucosa nasal.

Sabemos que os retalhos coaptados não são suficientes para dar uma anastomose de parede contínua. Estas soluções de continuidade sempre existem e dependem do tamanho dos retalhos obtidos.

É no post-operatório que a anastomose deverá ser completada pelo processo de reparação local e pela ação modeladora do escoamento das lágrimas e das lavagens. A anastomose pode ter uma abertura muito ampla, e, nestes casos, o saco lacrimal mantêm-se aberto na fossa nasal, total ou parcialmente. Ela pode ainda transformar-se em um trajeto fistuloso, ou obliterar-se completamente. Para evitar o aparecimento de vias mal formadas, começamos a procurar meios.

que auxiliassem a modelagem da via, durante o processo de reparação local. Estas indagações concretizaram-se na obtenção do nosso modelador.

A aplicação do modelador tem a finalidade de simplificar o post-operatório, mantendo aberto o saco lacrimal e facilitando a formação de anastomoses com grandes aberturas.

Aos poucos, deixamos de fazer lavagens antes da retirada do modelador.

Observando o post-operatório dos pacientes dêste período, chegamos ao seguinte:

1) A aplicação do modelador mantém aberta a via, e, durante a sua permanência, torna desnecessária a prática de lavagens.

2) As lavagens da via lacrimal, posteriores à retirada do modelador tiveram a finalidade única de verificar a existência ou não de permeabilidade na via. Tais lavagens foram feitas em grande número com o claro intento de assegurar uma conclusão perfeita de nossa parte.

Reverendo a bibliografia, notamos que a idéia de modelar a via não é 'nova. Tem sido retomada inúmeras vezes; mas, sempre surgem fatores contrários, que a reconduzem ao abandono. Entretanto, ela encerra uma possibilidade difícil de concretizar-se.

Grande número de autores tentaram, com finalidades várias, manter drenos na fossa nasal e, no entanto, não conseguiram impor esta idéia, porque não precisaram os vários motivos que a originaram, e porque também não atingiram um meio seguro de mantê-los na fossa nasal, meio que não lesasse a parte alta da via. Usaram um único fio de seda, crina ou algodão; mechas de gaze ou algodão; sondas de borracha, suturadas à parede do saco, etc. (36, 83).

Via de acesso: No estudo da prática da via de acesso, notamos a ocorrência de uma série de defeitos de técnica, e de dificuldades operatórias, que guardavam entre si uma relação de causa e efeito. As dificuldades e os defeitos se sucediam.

O defeito inicial era na incisão.

Em geral, os autores procuram solucionar isoladamente, os elementos da série supracitada. Alguns chegaram a concentrar-se na incisão, com a finalidade única de evitar a hemorragia.

Procuramos modificar a incisão, considerando a relação entre causa e efeito, de toda a série de defeitos da técnica e dificuldades operatórias. Modificamos a incisão, para dentro, isto é, na face lateral do nariz, alterando ligeiramente a operação, obtendo as seguintes vantagens:

1) A incisão:

a) É mais anatômica.

b) Permite-nos a prática da via de acesso por dissecação em planos.

c) Permite-nos uma técnica conservadora da parte alta da via lacrimal.

2) A incisão auxiliada pela aplicação de afastadores, em posição cruzada, nos facilita:

a) A obtenção de um campo mais amplo e de uma técnica mais estática do que a movimentada técnica obtida pela incisão de DUPUY-DU TEMPS e suas pequenas modificações.

b) O reconhecimento da origem dos vários tipos de hemorragia e nos permite contê-las isoladamente.

c) A execução dos outros tempos operatórios.

Uma das operações deste período foi filmada pelo Laboratório Tórres e apresentamos este filme no Congresso Brasileiro de Oftalmologia, realizado no Distrito Federal, em julho de 1951.

Os especialistas presentes fizeram comentários sobre a nova incisão e nada observaram sobre a aplicação de modeladores.

Como aparecessem novas dificuldades e surgissem novos aspectos, a técnica operatória veio a sofrer novas modificações que originaram o estudo do terceiro período.

* * *

CAPÍTULO III

NOVAS MODIFICAÇÕES E NOVOS ASPECTOS DA DACRIOCISTORRINOSTOMIA

(3.^o Período)

PRELIMINARES

Neste período, completamos o nosso trabalho sobre a Dacriocistorrinostomia, solucionando novas dificuldades, decorrentes do segundo período; indagando, nas fossas nasais, sobre o resultado das alterações introduzidas na técnica operatória.

Como complemento, e para enriquecer o nosso trabalho, indagamos também sobre uma possível repercussão, sobre os seios para-nasais, da via de acesso à fossa nasal, conseguida pela osteotomia ampla, atravessando os seios para-nasais.

1) *Dificuldades*: As dificuldades consideradas foram as seguintes: 1) Lesões da parte alta da via; 2) Adequação da forma do modelador; 3) Sutura do periósteo, no tempo da recomposição da via de acesso.

Primeira dificuldade — Lesões da parte alta da via. Os pacientes do segundo período passaram a ter canaliculites traumáticas, motivadas pelo fio do modelador. O fio do modelador, pela tração e longa permanência na parte alta da via, apesar das várias modificações que sofreu, no diâmetro e qualidade do material, ocasionou sempre trações inflamatórias, com deformações, stricturotomias, retrações ou obliterações parciais ou totais, nos orifícios, nos canaliculos e no canal de união da via lacrimal.

Procuramos alterar a localização do fio do modelador, passando-o do canaliculo inferior para o canaliculo superior.

Procuramos fixá-lo em pontos diferentes, na bochecha, na pálpebra superior ou inferior, no dorso do nariz; porém, não conseguimos, com estas alterações, modificar a ação traumática do fio, na parte alta da via. Também os pacientes se queixavam de que o fio, às vezes, lhes roçava a córnea, ocasionando dor ou incômodo.

Após a retirada do fio e regressão completa da inflamação, a maioria dos pacientes recuperou totalmente a via; porém, alguns ficaram com seqüelas da canaliculite traumática: deformações, stricturotomias dos orifícios ou canalicúlos; retrações, obliterações parciais ou totais dos canalicúlos ou do canal de união. Os pacientes que permaneceram com estas seqüelas são os das observações ns. 13, 14, 15 e 18.

Segunda dificuldade — Adequação da forma do modelador. Com a evolução das operações, começamos a notar que a dobradura da alça modeladora (cilindro ôco, de látex), não apresentava uma forma ideal, para modelar a abertura da anastomose entre o saco e a mucosa nasal.

Terceira dificuldade — Sutura do periósteo. Na recomposição da via de acesso, passamos a ter dificuldades, na prática da sutura da borda lateral do periósteo, com a borda medial do periósteo da face lateral do nariz. O plano cutâneo dificultava-nos a sutura do periósteo.

2) *Nas fossas nasais*, indagamos sobre o resultado das modificações introduzidas na técnica operatória:

- 1) Abertura da anastomose e sua periferia.
- 2) Possíveis defeitos originados pela operação e pela presença do modelador.

3) *Estado dos seios para-nasais*: Como alguns pacientes se queixassem de cefaléias, durante o post-operatório, procuramos saber se elas estavam ou não ligados a dificuldades próprias da via de acesso à fossa nasal, ou a estado patológico anterior, dos seios para-nasais.

Indagamos sobre:

- 1) A presença de possível sinusite traumática post-operatória, originada pelo traumatismo da operação e pela osteotomia ampla.

2) Se o estado pré-operatório dos seios para-nasais se alterou ou não, por causa da Dacriocistorrinostomia, nos casos de pacientes cujos seios fugiram à normalidade, segundo exames pré-operatórios.

4) *Roteiro de trabalhos*: Seguindo a mesma orientação dos períodos anteriores, procuramos estudar este terceiro período na seguinte ordem:

- I — A operação: 1) Modificações da técnica; 2) O evoluir da operação; 3) As fossas nasais e os seios para-nasais, na Dacriocistorrinostomia.
- II — Observações.
- III — Comentários sobre o terceiro período.

A OPERAÇÃO

1) MODIFICAÇÕES DA TÉCNICA

As modificações por nós introduzidas na técnica, com a finalidade de solucionar as dificuldades da operação, sob o aspecto oftalmológico, foram as seguintes:

1) *Alteração do trajeto do fio do modelador*: Para evitar as lesões da parte alta da via, a irritação da córnea e das pálpebras, idealizamos um novo trajeto para a passagem do fio do modelador, e uma nova fixação do mesmo. Começamos a passar o fio através da parede anterior do saco; depois, sob o periósteo da borda superior da abertura óssea, através do periósteo e do plano músculo-cutâneo, até a cabeça do supercílio, onde passamos a fixá-lo num pedaço de borracha. Por esta nova maneira, continuamos a obter a tração e imobilização do modelador.

2) *Adequação da forma do modelador*: Logo em seguida, procuramos adequar a forma do modelador à abertura da anastomose. Passamos a usar uma pera ôca, de látex, fixando o fio na sua cúpula: pera de látex dos conta-gotas de colírio, facilmente encontrada nas casas de artigos de borracha.

A sua extremidade inferior, com orifício de bordas arredondadas, não traumatiza a mucosa nasal.

A permanência dêste modelador tem variado de 8 a 12 dias, parecendo ser êste o tempo necessário para modelar a abertura da anastomose, durante o processo da reparação local.

3) *Aumento da curvatura da incisão cutânea*: As incisões que se aproximam da linha reta dão bordas tensas e a sutura do periósteo, antes da sutura da pele se torna mais difícil; além disto, a pele suturada se torna tensa, durante o post-operatório, obrigando-nos a retirar os pontos mais tardiamente, prejudicando, assim, a formação de uma boa cicatriz cutânea.

Para evitar estas dificuldades, aumentamos a curvatura da incisão cutânea, fazendo, em seguida, a divulsão de suas bordas. Esta modificação da técnica nos proporcionou uma borda cutânea frouxa e facilitou a sutura do periósteo durante a operação, e a retirada dos pontos cutâneos mais cedo.

Retiramos os pontos da sutura cutânea, no terceiro ou quarto dia.

O periósteo deve ser bem suturado, pois é sobre êle que a pele suturada irá apoiar-se, frouxamente.

2) O EVOLUIR DA OPERAÇÃO.

Para que se percebam, com maior clareza, as modificações introduzidas na técnica, passamos a apresentar o evoluir da operação, sob a forma de fotografias, com seus respectivos desenhos esquemáticos.

3) AS FOSSAS NASAIS E OS SEIOS PARA-NASAIS, NA DACRIOCISTORRINOSTOMIA

Para podermos interpretar os resultados das nossas indagações, precisamos, primeiro, estudar a nossa conduta no pré-operatório, na operação e no post-operatório.

No *pré-operatório*: procuramos conhecer o estado das fossas nasais e seios para-nasais, baseando-nos nos relatórios das radiografias dos seios da face e dos exames ORL.

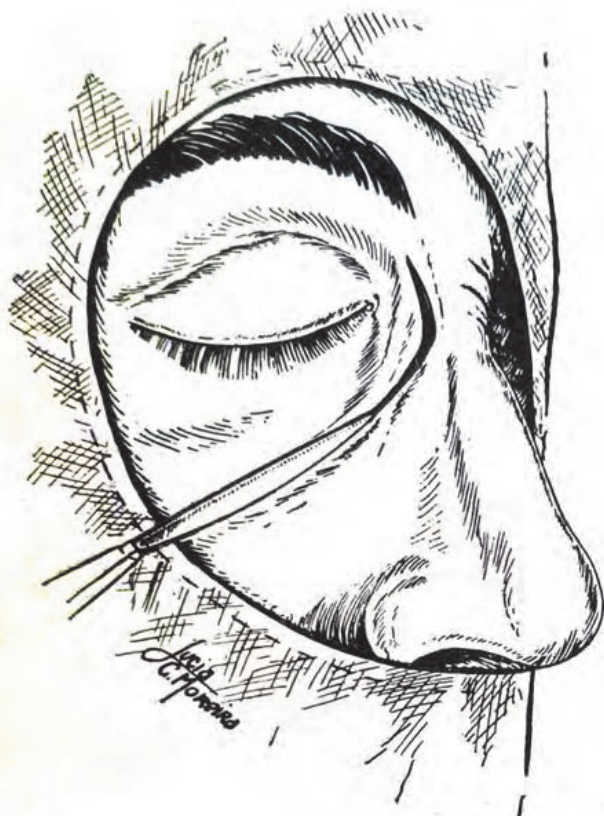


Fig. 1 — Incisão cutânea

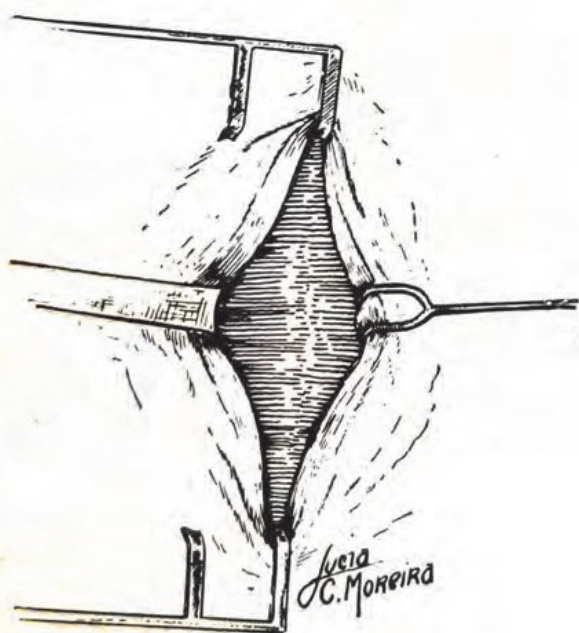


Fig. 2 — Divulsão das bordas da incisão

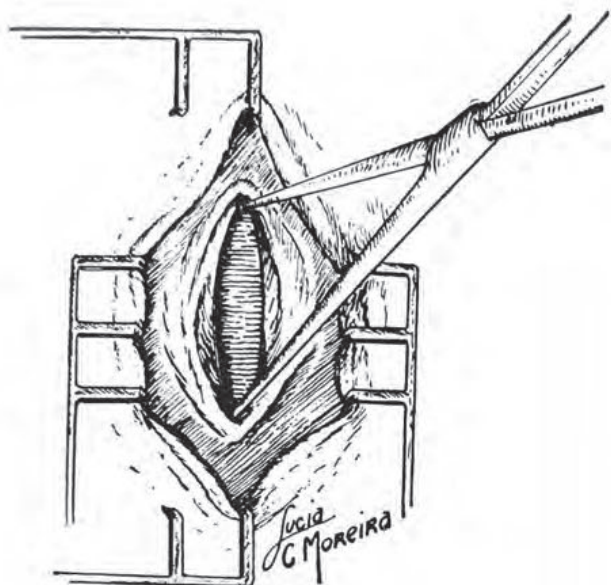


Fig. 3 — Divulsão dos tecidos sob a pele

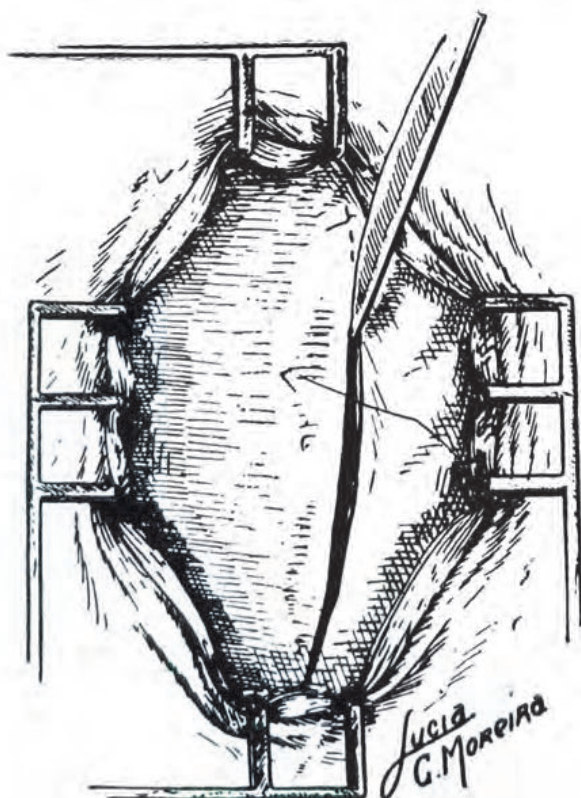


Fig. 4 — Exposição e incisão do periósteo

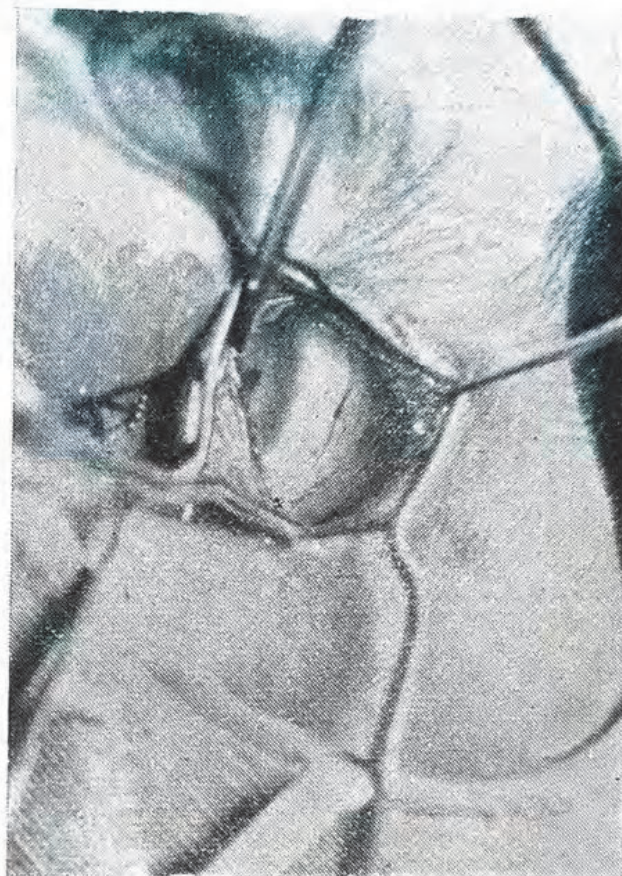
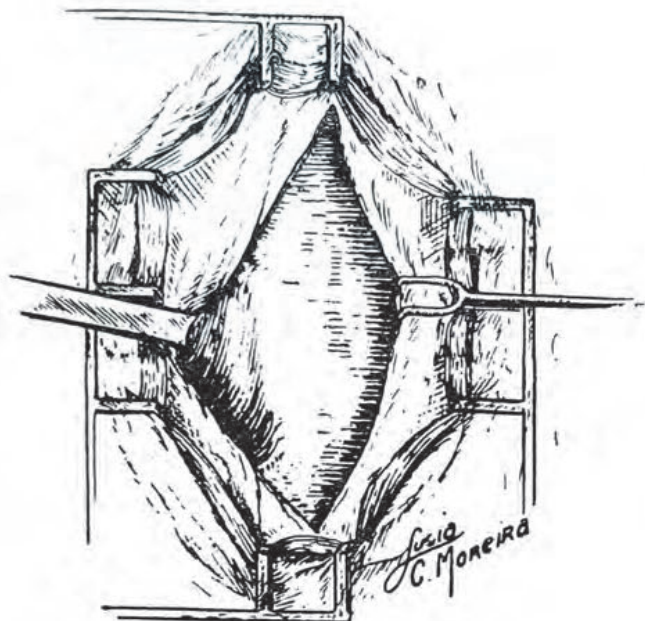


Fig. 5 — Exposição da goteira, até sua crista posterior

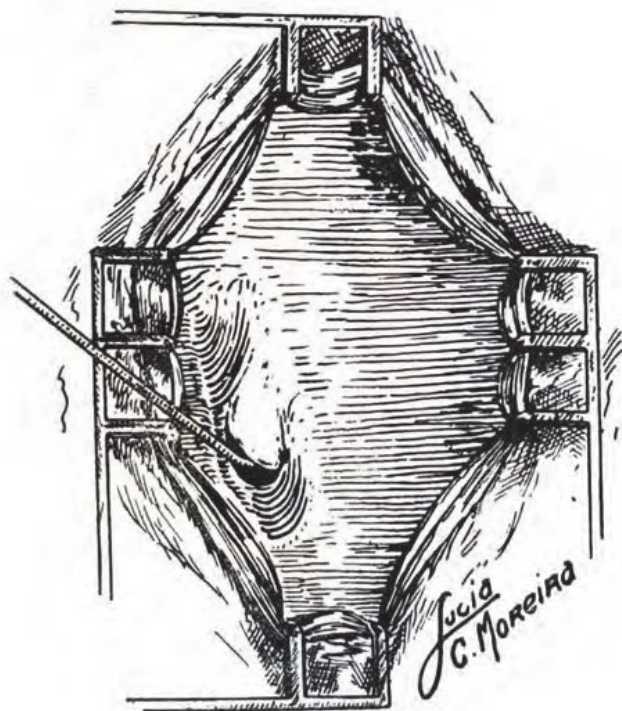


Fig. 6 — Fratura do unguis

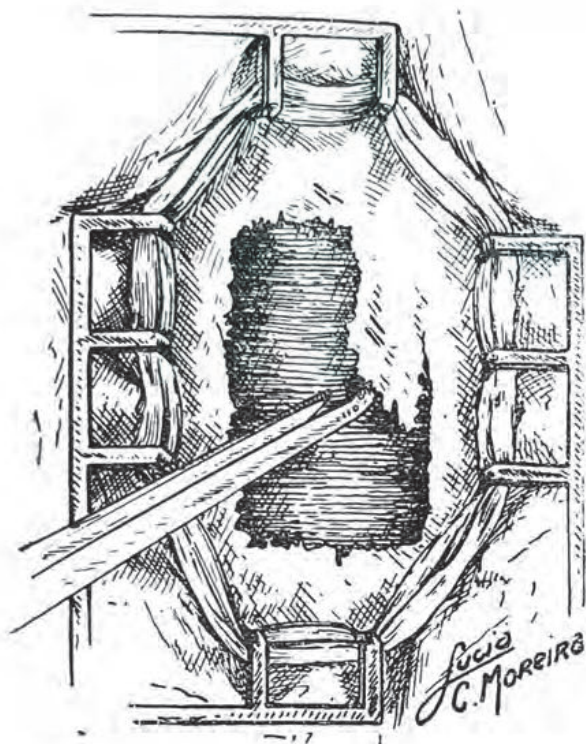


Fig. 7 — Osteotomia

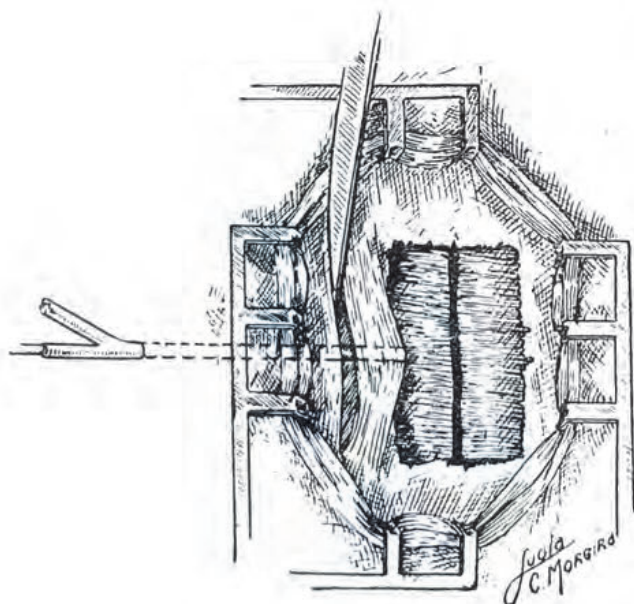


Fig. 8 — Incisão das mucosas do saco e da pituitária

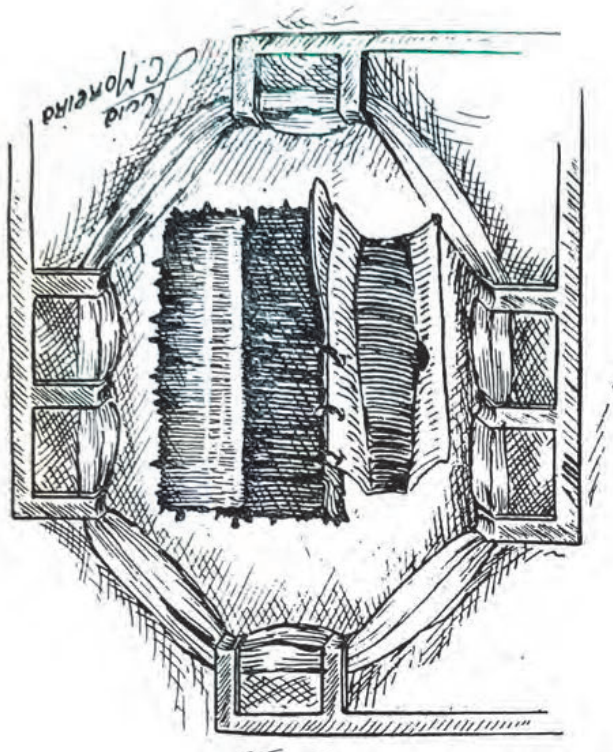


Fig. 9 — Sutura dos retalhos posteriores

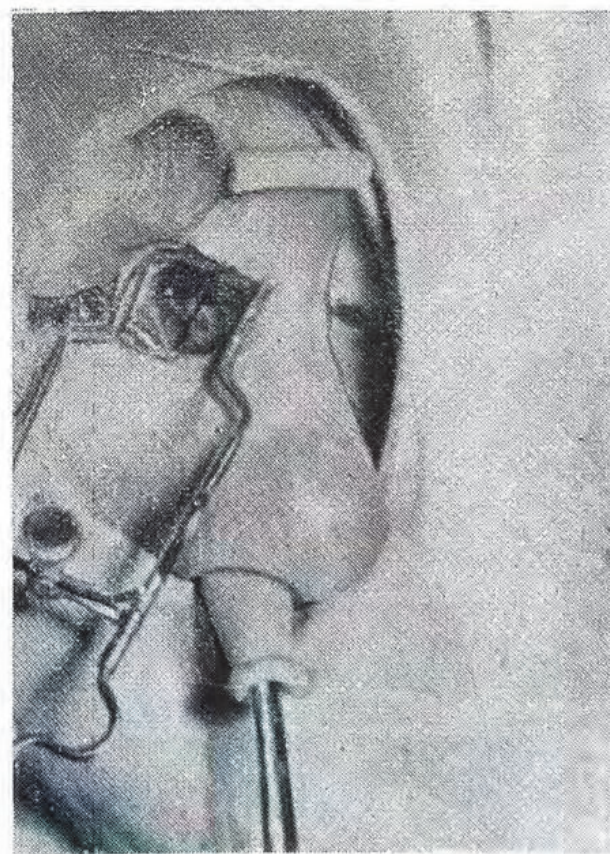
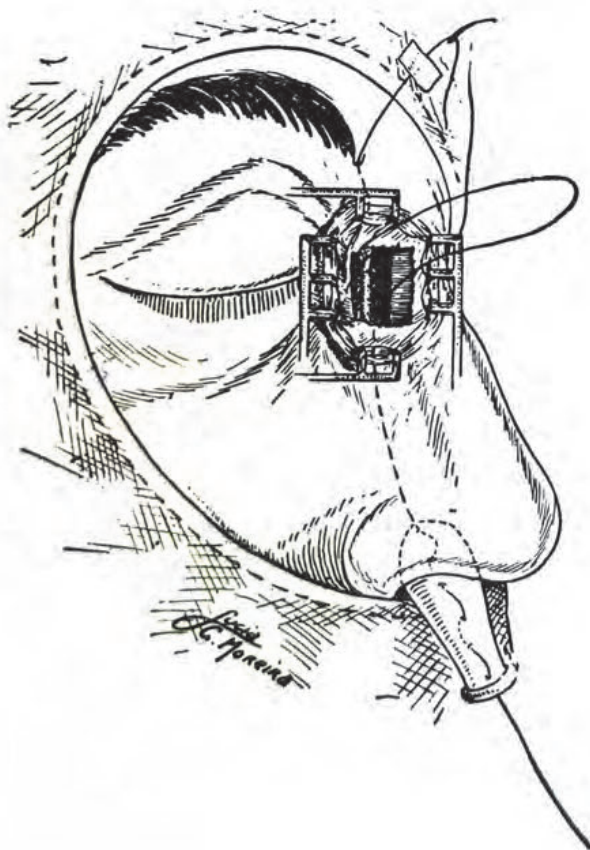


Fig. 10 — Aplicação da pera modeladora por meio de um fio condutor

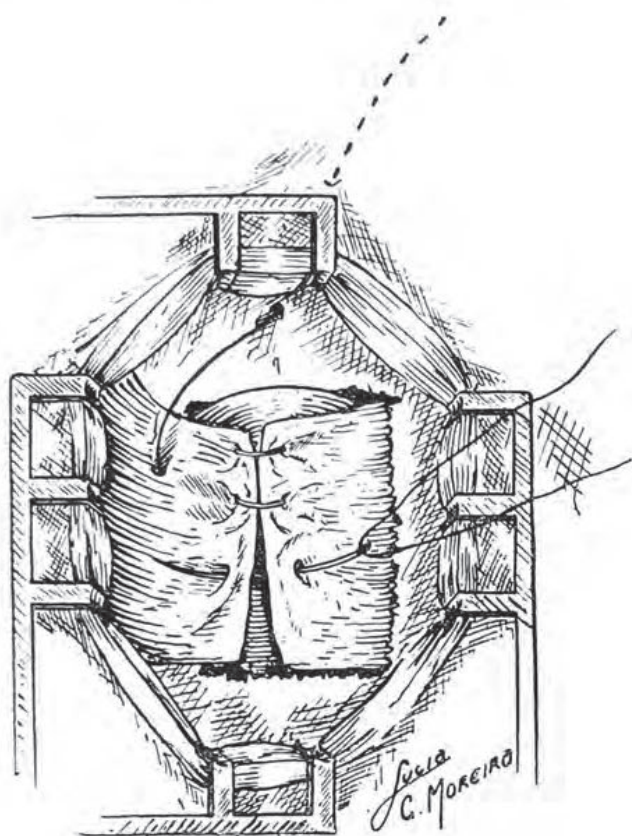


Fig. 11 — Sutura dos retalhos anteriores

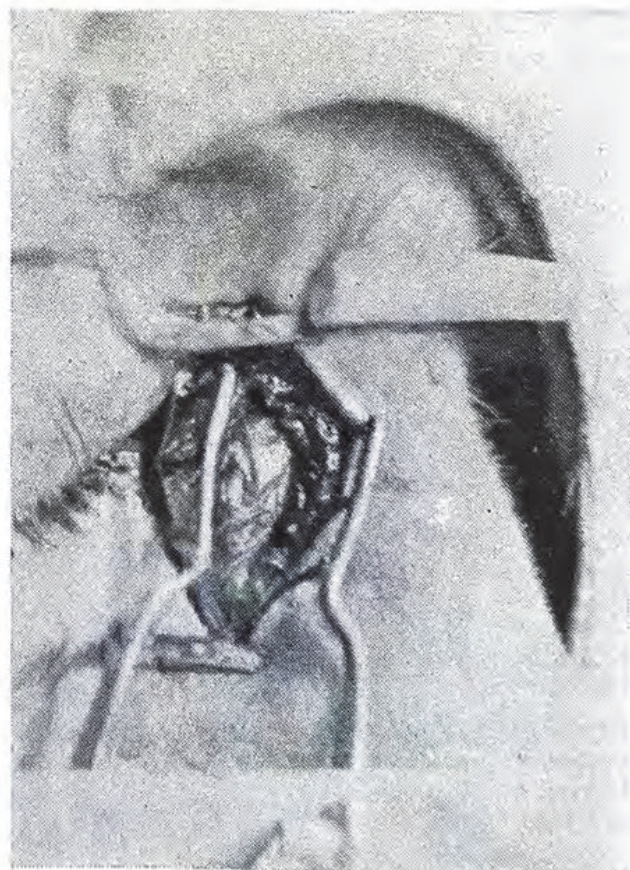
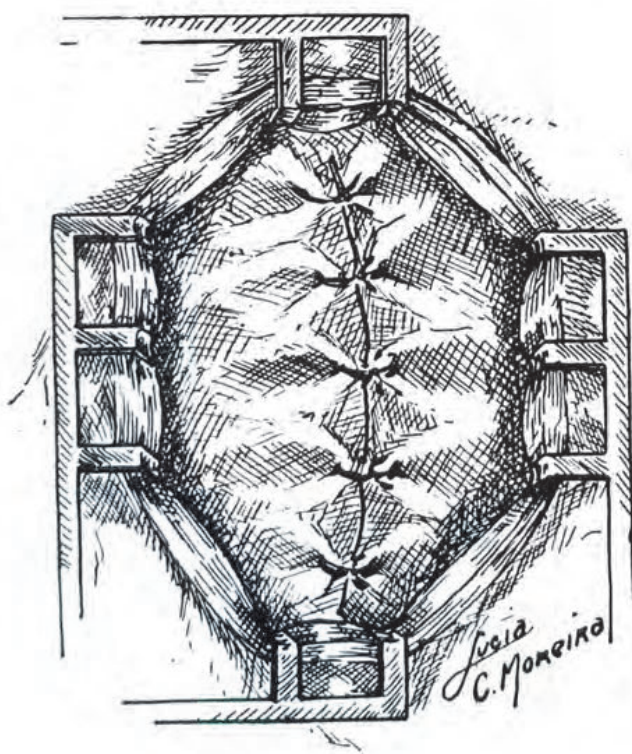


Fig. 12 — Sutura do periósteo

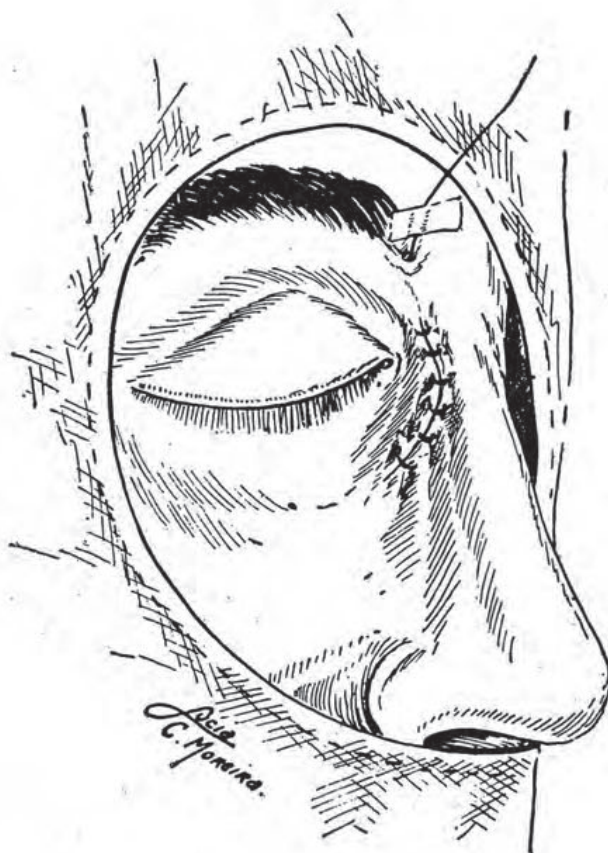


Fig. 13 — Sutura cutânea

No estados patológicos, a nossa orientação foi a seguinte:

Fossas nasais: Solicitamos, do otorrinolaringologista, o tratamento dos estados anormais que pudessem interferir na obtenção de uma boa e duradoura anastomose, entre o saco e a fossa nasal. Entretanto, indicamos sempre a operação em pacientes portadores de dacriocistite e ozena e a contra-indicamos nos casos que apresentavam lesões cicatriciais de leishmaniose nasal.

Seios para-nasais: Solicitamos, do otorrinolaringologista, o tratamento dos estados anormais, visando à boa anastomose e ao traumatismo operatório que os seios iriam sofrer. Nas sinusites hiperplásticas e dacriocistites, indicamos sempre a operação, estando a afecção sinusal sob os cuidados do otorrinolaringologista.

Na *operação:* além das modificações introduzidas na operação, notamos, durante a sua prática, que havia grande facilidade para atingirmos os seios para-nasais. Na osteotomia ampla, precisávamos, sempre, ter cuidado para não lesar a parte baixa do seio frontal e a parte alta do seio maxilar; porém, as células etmoidais anteriores eram quase sempre abertas, apresentando-se, algumas vezes, cheias de pus. Estes fatos nos alertaram sobre a necessidade de melhorar os cuidados pré e post-operatórios, da Dacriocistorrinostomia (4, 17, 27, 30, 51, 63, 65, 71, 79, 82, 97).

Passamos, sistematicamente, a pedir exame ORL. e Rx. dos seios para-nasais, antes e depois da operação. Pedimos, também, exames ORL. e Rx. aos pacientes por nós operados, que voltaram à consulta.

No *post-operatório:* com a finalidade de facilitar o processo de reparação local e evitar possível sinusite traumática post-operatória, receitamos: sulfas no primeiro período; penicilina associada, às vezes, às sulfas, no segundo período; e penicilina (400 mil unidades) e estreptomicina (0,50 g) no terceiro período. Todos os pacientes tomaram, também, vitamina C, por via oral.

Após, mais ou menos dois meses, pedimos exame ORL. e Rx. da face, procurando conhecer o resultado das nossas operações, na fossa nasal e nos seios para-nasais.

Na fossa nasal, indagamos sobre:

- 1) Abertura da anastomose e sua periferia.
- 2) Possíveis defeitos originados pela operação e pela presença do modelador (sinéquias).

Nos seios para-nasais, indagamos sobre:

- 1) A presença de possíveis complicações: sinusite traumática post-operatória.
- 2) Se o estado pré-operatório dos seios para-nasais se alterou ou não, por causa da operação, nos casos de pacientes cujos seios fugiram à normalidade, segundo os exames pré-operatórios (ORL. e Rx. da face).

* * *

OBSERVAÇÕES

Antes de iniciarmos a apresentação do nosso material de estudo, referente ao terceiro período, é necessário declarar que:

- 1.º) Em todos os nossos pacientes foram realizados os exames complementares de rotina; entretanto, nestas observações, transcreveremos somente os exames ORL e Rx. da face, como os recebemos, pois os consideramos básicos para os nossos estudos.
- 2.º) Só indicamos a operação, depois de bem ponderadas, as indicações resultantes dos exames pré-operatórios.
- 3.º) Para facilitar o estudo, não transcreveremos as descrições cirúrgicas pelo simples fato de que, de maneira geral, tôdas as operações se processaram, geralmente, de modo idêntico ao de tôdas as do segundo período.

Todavia, na técnica operatória praticada neste terceiro período, introduzimos três modificações.

Na primeira operação, introduzimos a primeira modificação. Consistiu em alterar o trajeto do fio de sustentação do modelador. Nesta operação, começamos a passar o fio através da parede anterior do saco lacrimal (mucosa e perióstio); depois, sob o perióstio, junto ao rebordo orbitário interno, atravessando perióstio e todos os planos, até a superfície cutânea, indo sair bem próximo da cabeça do supercí-

lio, sendo aí fixado em um pequeno pedaço de borracha cilíndrica.

Na segunda operação, introduzimos a segunda modificação. Alteramos a forma do modelador, trocando a alça por uma pequena pera ôca, também de látex (pipeta dos contagotas de colírio).

Na décima operação, acrescentamos à técnica a terceira modificação. Aumentamos a curvatura da incisão e passamos a praticá-la, dêste modo, sistematicamente, em tôdas as nossas operações.

- 4.º) Para evitar complicações, receitamos a todos os pacientes, no post-operatório, penicilina e estreptomicina (1/2 g.).
- 5.º) Para enriquecer as observações dêste período, procuramos aproveitar, na medida do possível, os resultados dos exames pré e post-operatórios dos seguintes pacientes do primeiro e segundo período:

Primeiro período: pacientes que correspondam às observações ns. 5, 13, 17, 18, 19 e 21.

Segundo período: pacientes que correspondam às observações ns.: 2, 12, 13 14, 15, 16 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26 e 28.

OBSERVAÇÃO N.º 1

R. 228.843. P. 18.131.

T. L. D.: 50 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 8/8/50.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite (OD. aguda; OE. crônica).

Queixa: — AO. estão doentes há vários anos. Atualmente o OD. supura e o OE. está inflamado e dói muito.

Exame externo: — OD. edema, rubor, calor e dor, na região do saco lacrimal. OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sôbre o saco lacrimal.

Prova can.lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal. Esta prova foi praticada depois do tratamento e regressão completa da fase aguda da inflamação.

*Operação n.º 1: Dacriocistorrinostomia OD. (1.ª operação).**Post-operatório*

- 1951 — Setembro: 10 — Operação.
Setembro: 14 — Curativo.
Setembro: 17 — Retirada dos pontos.
Setembro: 20 — Retirada do modelador. Via permeável.
Outubro: 3, 12 — Via permeável.
Dezembro: 28 — Via permeável. Não tem cefaléias. Radiografia dos seios da face.
1952 — Janeiro: 9, 27 — Via permeável.
Fevereiro: 28 — Via permeável.
Março: 26 — Via permeável. Curada.

*Operação n.º 11: Dacriocistorrinostomia OE. (2.ª operação).**Post-operatório*

- 1952 — Janeiro: 14 — Operação.
Janeiro: 21 — Curativo.
Janeiro: 23 — Retirada dos pontos.
Janeiro: 28 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.
Fevereiro: 28 — Via permeável.
Março: 26 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

- 1952 — Janeiro: 4 — Radiografia dos seios para-nasais: Seios para-nasais de transparência dentro dos limites normais. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 2

R. 204.083. P. 15.674.

D. S.: 55, anos, masculino, branco, solteiro, carpinteiro.

Cons.: 23/12/50.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite supurada.

Queixa: — OE. saída de pus, no canto interno, há anos.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exame post-operatório

- 1950 — Dezembro: 26 — Exame ORL.: Espinha nasal anterior, baixa à E. e sinéquia desta, junto à cabeça do corneto inferior à E. Não há secreção patológica, nos meatos ou fos-

sas. Pequena perfuração do septo posterior à espinha nasal. Retirada de pequena quantidade de cerume, de ambos os condutos. Faringe: amígdalas atrofiadas. (Lamartine Paiva).

A correção do defeito nasal foi procedida posteriormente. (Lamartine Paiva).

Operação n.º 2: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

- 1951 — Setembro: 21 — Operação.
 Setembro: 25 — Curativo.
 Setembro: 28 — Retirada dos pontos.
 Outubro: 9 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.
 Outubro: 26 — Via permeável.
 Novembro: 26 — Via permeável. Curado.

Fizemos o tratamento da via lacrimal deste paciente. Foi tratada pelo cateterismo retrógrado, durante 6 meses (15-3-51 até 18-9-52). Este tratamento foi renovado várias vezes; porém, como o resultado fôsse temporário, resolvemos fazer a Dacriocistorrinostomia, que nos levou à cura definitiva, em tempo relativamente curto.

OBSERVAÇÃO N.º 3

R. 227.558. P. 18.581.

A. A. E.: 56 anos, feminino, branca, viúva, prendas domésticas.

Cons.: 19/7/51.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite aguda.

Queixa: — OD. supura há anos. Atualmente, dói muito.

Exame externo: — OD. edema, rubor, calor e dor, na região do saco lacrimal. Ligeiro endurecimento local, com saída de líquido purulento, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício. Esta prova foi feita depois do tratamento e da regressão completa da fase inflamatória aguda.

Exame pré-operatório

- 1951 — Setembro: 27 — Exame ORL: A paciente não é portadora de afecção otorrinolaringológica, no presente. (Marcos Elisabethsky).

*Operação n.º 3: Dacriocistorrinostomia OD.**Post-operatório*

- 1951 — Outubro: 3 — Operação.
Outubro: 6, 10 — Curativos.
Outubro: 12 — Retirada dos pontos.
Outubro: 16 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.
Novembro: 26 — Via permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 4

R. 222.216. P. 17.601.

D. P.: 73 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 2/5/51.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. lacrimeja há anos.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido, com refluxo pelo outro orifício.

Exame pré-operatório

- 1951 — Novembro: 13 — Exame ORL: Paciente sem afecção otorrinolaringológica. (Jorge Hirschmann).

*Operação n.º 4: Dacriocistorrinostomia OD.**Post-operatório*

- 1951 — Outubro: 16 — Operação.
Outubro: 20 — Retirada dos pontos.
Outubro: 24 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.
Outubro: 26 — Via permeável, com obstrução incompleta.
Outubro: 29, 30, 31 — Via permeável.
Novembro: 5 — Via permeável.
Novembro: 13, 14 — Obstrução, sondagem. Via novamente permeável.
Novembro: 17 — Via permeável.
Novembro: 19 — Via permeável.
1952 — Fevereiro: 2 — Via permeável.
Março: 15 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1952 — Fevereiro: 8 — Radiografia dos seios da face: Seios maxilares à E. indicando espessamento da mucosa. Hipotransparência das células etmoidais anteriores. (Fernando Chammas).

Março: 15 — Exame ORL: Não encontramos nesta paciente sinais clínicos objetivos ou subjetivos, de afecção sinusal. A hipotransparência do seio maxilar e células etmoidais de ambos os lados não tem, assim, um significado certo de afecção dos seios para-nasais. (Jorge Hirschmann).

OBSERVAÇÃO N.º 5

R. 228.439. P. 18.771.

P. B. S.: 55 anos, feminino, preta, casada, prendas domésticas.

Cons.: 2/8/51.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OE. supura e lacrimeja há muito tempo.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exame pré-operatório

1951 — Setembro: 20 — Exame ORL.: Segundo exame clínico especializado, a paciente não apresenta afecção Otorrinolaringológica. (Miguel Hiss).

Operação n.º 5: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1951 — Outubro: 19 — Operação.

Outubro: 23 — Curativo.

Outubro: 27 — Retirada dos pontos.

Outubro: 30 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Novembro: 5 — Via permeável.

1952 — Fevereiro: 2 — Via permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 6

R. 229.802. P. 19.492.

L. S.: 44 anos, masculino, branco, casado, pedreiro.

Cons.: 15/10/51.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada (com ruptura do canalículo inferior).

Queixa: — Levou uma pedrada na face direita; o OD. lacrimeja e supura. Já fez tratamento e operação do canal lacrimal, e não ficou bom.

Exame externo: — OD. ruptura, ao longo de todo o canalículo inferior, com saída de pus pela sua abertura e pelo orifício lacrimal superior.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo orifício lacrimal superior.

Operação n.º 6: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1951 — Outubro: 22 — Operação.

Outubro: 26 — Curativo.

Outubro: 31 — Retirada dos pontos.

Novembro: 5 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Novembro: 17 — Via permeável.

Dezembro: 1 — Via permeável. Curado. (Cefaléia há 2 anos e alucinações visuais).

Solicitamos radiografia da cabeça e exame ORL..

Exames post-operatórios

1951 — Novembro: 17 — Exame radiológico: Seios para-nasais: Ligeiro velado das porções periféricas dos seios maxilares e do etmoidal E.. Frontais de transparência normal. (Prof. Rafael de Barros).

Dezembro: 1 — Exame ORL.: O paciente apresenta sinais evidentes de alergia nasal. A diminuição de transparência dos seios corre por conta dessa alergia. Não há sinais de sinusite exsudativa. (Gustavo dos Reis).

OBSERVAÇÃO N.º 7

R. 233.563. P. 19.612.

E. A.: 43 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 19/10/51.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. lacrimeja e supura.

Exame externo: — OD. epífora e saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

*Operação n.º 7: Dacriocistorrinostomia OD.**Post-operatório*

- 1951 — Outubro: 24 — Operação.
 Outubro: 29 — Curativo.
 Outubro: 31 — Retirada dos pontos.
 Novembro: 7 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.
 1952 — Janeiro: 7 — Via permeável.
 Março: 18, 21, 23 — Via permeável.
 Maio: 5 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

- 1952 — Março: 21 — Radiografia dos seios para-nasais: Observa-se um espessamento do revestimento mucoso dos seios maxilares, sendo que na parede lateral E. se apresenta uma elevação nodular do tipo observado nos edemas circunscritos. (Fernando Chammas).
 Maio: 5 — Exame ORL.: Radiografia dos seios para-nasais revelou sinais de hiperplasia da mucosa do seio maxilar E.. Praticamos sinusectomia maxilar em 22-4-52. Alta, curada, neste Serviço em 5-5-52. (Girlo R. Brito).

OBSERVAÇÃO N.º 8

R. 94.859. P. 12.011.

M. F.: 34 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 25/3/50.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada (mucosele).

Queixa: — OE. lacrimeja e supura, há anos. Atualmente, não supura, mas apresenta uma saliência no canto interno do OE..

Exame externo: — OE. epífora e saliência cutânea, na região do saco lacrimal, cedendo à pressão, com escoamento de líquido espesso, amarelo, pelo naso-faringe. A sondagem revelou obstrução, na parte alta da via, no ponto de união dos canaliculos lacrimais.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício. Esta prova foi feita, após desobstrução da parte alta da via, seguida de epífora, saída de pus, pelos orifícios lacrimais e obstrução do canal lácrimo-nasal.

*Operação n.º 8: Dacriocistorrinostomia. — OE.**Post-operatório*

- 1951 — Novembro: 9 — Operação.
 Novembro: 13 — Retirada dos pontos.

Novembro: 23 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

1952 — Janeiro: 7 — Via permeável.

Março: 3 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

1952 — Março: 14 — Radiografia dos seios da face: Seios da face bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammass).

OBSERVAÇÃO N.º 9

R. 234.866. P. 19.956.

S. C.: 37 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 10/11/51.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — AO. lacrimejam e supuram há anos.

Exame externo: — AO. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Operação n.º 9: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1951 — Novembro: 16 — Operação.

Novembro: 19 — Curativo.

Novembro: 24 — Retirada dos pontos.

Novembro: 27 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Novembro: 30 — Via permeável.

1952 — Janeiro: 7 — Via permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 10

R. 216.513. P. 20.279.

C. E. C.: 28 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 3/12/51.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OE. lacrimeja e supura há um ano. Tem feito tratamento, sem resultado.

Exame externo: — OE. epifora e saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo, pelo outro orifício lacrimal.

Operação n.º 10: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

- 1951 — Dezembro: 13 — Operação.
Dezembro: 18, 20 — Curativo.
Dezembro: 22 — Retirada dos pontos.
Dezembro: 28 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.
1952 — Janeiro: 4 — Via permeável.
Fevereiro: 5, 22 — Via permeável.
Março: 23 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

- 1952 — Fevereiro: 21 — Radiografia dos seios da face: Bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 11

R. 256.673. P. 20.331.

R. R.: 44 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 6/12/51.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — AO. lacrimejam e supuram.

Exame externo: — AO. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado; com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exames pré-operatórios

- 1951 — Dezembro: 13 — Radiografia dos seios da face: Seios paranasais de transparência dentro dos limites normais. (Fernando Chammas).
1952 — Janeiro: 12 — Exame ORL.: Fossas nasais de aspecto normal. Discreto desvio de septo, alto, para a D.. Ausência de exsudatos inflamatórios nos meatos. (Renê de Lima Yazaki).

Operação n.º 12: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

- 1952 — Janeiro: 16 — Operação.
Janeiro: 17, 21 — Curativo.

Janeiro: 28 — Retirada dos pontos.
Janeiro: 30 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.
Fevereiro: 2 — Via permeável.
Março: 3, 24 — Via permeável.
Julho: 1 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

1952 — Maio: 23 — Radiografia dos seios da face: Seios bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 12

R. 256.006. P. 20.199.

M. L. C.: 23 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.
Cons.: 27/11/51.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada (fistulada).

Queixa: — OE. há 6 meses, supura. Agora, tem um orifício, no canto interno do OE., por onde escorre pus.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais e por um orifício situado na superfície da região do saco lacrimal, à pressão sobre este.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal e por uma fístula do saco lacrimal.

Exames pré-operatórios

1951 — Novembro: 30 — Exame ORL.: Nada constatamos, a não ser um ligeiro desvio de septo à D.. Aguardamos resultado de radiografia dos seios para-nasais. A trans-iluminação nada revelou. (Luiz Piza Neto).

Dezembro: 20 — Radiografia dos seios da face: Seios maxilares — Velamento irregular, podendo-se observar à D. uma opacidade arredondada, de base sobre a parede infero-lateral (edema circunscrito? pólipos sub-mucoso?). (Fernando Chammas).

1952 — Janeiro: 1 — Punção do seio maxilar D.: Resultado negativo. Provavelmente, o achado radiográfico é explicado por um fenómeno de natureza alérgica. Sugiro nova radiografia, daqui a uma semana. (Luiz Piza Neto).

Operação n.º 13: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1952 — Janeiro: 18 — Operação.

Janeiro: 22 — Curativo.
 Janeiro: 28 — Retirada dos pontos.
 Janeiro: 30 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.
 Fevereiro: 6, 22 — Via permeável.
 Março: 22 — Via permeável.
 Agosto: 14 — Via permeável.
 Novembro: 30 — Via permeável.
 Dezembro: 13 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1952 — Março: 22 — Radiografia dos seios para-nasais: Seio maxilar D.: Velamento, por aumento de espessura de seu revestimento mucoso, podendo-se observar a duplicidade de contornos parietais. Velamento heterogêneo do seio maxilar D.. Seio frontal e células etmoidais bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).
 Dezembro: 12 — Exame ORL.: A paciente apresenta rinite anterior seca. A radiografia dos seios para-nasais tirada em 20-4-52, revelou: Aspecto velado dos seios maxilares, mais acentuado à D., com espessamento da mucosa. Células etmoidais e seios para-nasais de transparência normal. (Rafael da Nova).

OBSERVAÇÃO N.º 13

R. 256.862. P. 20.371.

A. V.: 40 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 10/12/51.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica.

Queixa: — OD. lacrimeja e supura há anos.

Exame externo: — OD. saliência enorme, na região do saco lacrimal, que cede à pressão, dando saída de pus, pelos orifícios lacrimais (ectasia do saco lacrimal).

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Operação n.º 14: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

Janeiro: 22 — Curativo.
 Janeiro: 23 — Curativo.
 Janeiro: 29 — Retirada dos pontos.
 Janeiro: 30 — Curativo.

Fevereiro: 2 — Curativo.

Fevereiro: 7 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Fevereiro: 9, 13 — Via permeável.

Maior: 5 — Via permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 14

R. 234.934. P. 19.967.

Y. C.: 34 anos, feminino, branca, solteira, prendas domésticas.

Cons.: 12/11/51.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — Há oito anos sai pus, no canto interno do OE.. Já foi operada.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exames pré-operatórios

1951 — Novembro: 6 — Exame ORL.: Ausência de processo supurativo das fossas nasais. Discreta atrofia dos cornetos inferiores. Diafanoscopia revela seios anteriores de transparência normal. Sugerimos pedir radiografia de seios para-nasais. (René de Lima Yazaki).

Novembro: 26 — Radiografia dos seios para-nasais: Seios transparentes. (Fernando Chammas).

Operação n.º 15: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1952 — Janeiro: 24 — Operação.

Janeiro: 28 — Curativo.

Fevereiro: 3 — Retirada dos pontos.

Fevereiro: 7 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Fevereiro: 11 — Via permeável.

Abril: 11 — Via permeável.

Maior: 21 — Via permeável.

Outubro: 16 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

1952 — Maior: 30 — Radiografia dos seios da face: Seios bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 15

(Clínica Particular).

B. A. V.: 38 anos, masculino, pardo, solteiro, ferroviário.

Cons.: 24/1/52.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica (OD. supurada; OE. latente).

Queixa: — AO. lacrimejam e OD. supura.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal. OE. epífora.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido, com re-fluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1952 — Fevereiro: 2 — Radiografia: Opacidade da área de projeção dos seios maxilares. (J. Rebello Mattos).

Fevereiro: 8 — Exame ORL.: Não apresenta nada de anormal. O exame radiológico dos seios para-nasais apresenta discreto velamento dos seios maxilares. (Médico da Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários da Central do Brasil — Assinatura ilegível).

Operação n.º 16: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1952 — Fevereiro: 18 — Operação.

Fevereiro: 21 — Retirada dos pontos.

Fevereiro: 28 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Março: 3, 11, 28 — Via permeável.

Abril: 28 — Via permeável.

Junho: 19 — Via permeável.

1953 — Março: 26 — Via permeável. Curado.

OBSERVAÇÃO N.º 16

R. 270.328. P. 21.053.

E. T.: 30 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 31/1/52.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite aguda (fistulada).

Queixa: — O canto interno do OE. inflamou e dói há mais ou menos 4 meses. Formou-se um abscesso, que se abriu e não se fechou completamente. Pelo orifício formado, sempre corre pus.

Exame externo: — OE. região do saco lacrimal, com edema pouco acentuado, ligeiramente vermelha, dolorida e com uma fístula por onde o pus se escoia, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido, com refluxo pelo outro orifício lacrimal e pela fístula. Esta prova foi depois do tratamento e da regressão completa da fase aguda da inflamação.

Exames pré-operatórios

1952 — Fevereiro: 16 — Radiografia dos seios da face: Seios bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

Operação n.º 17: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1952 — Fevereiro: 22 — Operação.

Fevereiro: 28 — Retirada dos pontos.

Março: 4 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Maior: 5, 29 — Via permeável.

Junho: 4 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

1952 — Junho: 4 — Radiografia dos seios da face: Seios bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 17

R. 259:393. P. 20.859.

A. M.: 47 anos, feminino, branca, viúva, prendas domésticas.

Cons.: 18/1/52.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — AO. supuram e lacrimejam há anos.

Exame externo: — AO. epífora e saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exames pré-operatórios

1952 — Janeiro: 18 — Exame ORL.: Ao exame, nada constatamos, a não ser uma amigdalite crônica banal.

Janeiro: 18 — Radiografia dos seios da face: Seios da face bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

Operação n.º 18: Dacriocistorrinostomia OD. (1.ª operação).

Post-operatório

1952 — Fevereiro: 28 — Operação.
 Fevereiro: 28 — Curativo.
 Março: 4 — Retirada dos pontos.
 Março: 6 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.
 Março: 10, 28 — Via permeável.
 Maio: 11 — Via permeável.
 Julho: 13, 21 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

1952 — Julho: 16 — Radiografias dos seios da face: Seios para-nasais: Os seios maxilares apresentam um trabeculado provavelmente cicatricial, post-operatório. Não se notam obscuridades de processos em evolução. Seios etmoidais e frontais com luminosidade normal. (Prof. Rafael de Barros).

OBSERVAÇÃO N.º 18

R. 258.675. P. 20.733.

C. A. M.: 11 anos, feminino, branca, menor, estudante.

Cons.: 9/1/52.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. supura e lacrimeja.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão no saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1952 — Fevereiro: 5 — Exame ORL.: Paciente com amigdalite crônica provavelmente infectante. Indicamos a amigdalectomia. (Jorge Hirschmann).

Fevereiro: 12 — Radiografia: Seios para-nasais — Bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

Operação n.º 19: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1952 — Fevereiro: 29 — Operação.
 Março: 4 — Retirada dos pontos.
 Março: 10 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.
 Março: 14 — Via permeável.
 Julho: 13 — Via permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 19

R. 270.420. P. 21.071.

M. I. L.: 35 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 2/2/52.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite aguda.

Queixa: — O canto interno do OD. dói muito.

Exame externo: — OD. rubor, calor, dor e tumor ulcerado dando abundante saída de pus (abcesso).

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido, com re-fluxo pelo outro orifício. Esta prova foi feita, depois do tratamento e regressão completa da fase aguda da inflamação.

Exames pré-operatórios

1952 — Fevereiro: 8 — Radiografia dos seios para-nasais: Seios maxilares: Sinais de espessamento irregular, um pouco mais pronunciado à E.. Frontais e células etmoidais anteriores hipo-transparentes. (Fernando Chammas).

Fevereiro: 12 — Exame ORL.: A história ORL. da paciente é negativa. Apenas constatamos secreção catarral, com aspecto purulento, no assoalho da fossa nasal D., secreção catarral comum à E. (a paciente encontra-se resfriada). A transparência foi normal. Somente a radiografia dos seios paranasais poderá provar esta ligeira dúvida quanto ao seio. (Luiz Leopoldo Pedalini).

Operação n.º 20: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1952 — Março: 7 — Operação.

Março: 11 — Retirada dos pontos.

Março: 18 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Março: 28 — Via permeável.

Abril: 11 — Via permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 20

R. 277.880. P. 21.401.

E. S. F.: 53 anos, feminino, casada, prendas domésticas.

Cons.: 23/2/52.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada (mucosele).

Queixa: — OE. lacrimeja e supura há anos. Atualmente, não mais supura, mas apresenta uma saliência no canto interno de OE.

Exame externo: — OE. saliência cutânea, na região do saco lacrimal, cedendo à pressão, dando escoamento de líquido espesso, amarelado, pelo naso-faringe. A sondagem revelou-nos obstrução alta, no canal de união, dos canaliculos. Após desobstrução, pela passagem de uma sonda, a paciente continuou com epífora e supuração.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exames pré-operatórios

1952 — Fevereiro: 28 — Radiografia dos seios da face: Seios bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

Fevereiro: 29 — Exame ORL.: Ao exame, encontramos amígdalas hipertróficas, cripticas, com saída de caseum e de secreção amarelada à espremedura. Desvio de septo, pronunciado para a D. e corneto médio hipertrofiado à E.. Ausência de secreção nas fossas nasais. Aachamos que as amígdalas devem ser removidas. A fossa nasal E. é dupla em relação à D., estreitada, dando desvio de septo. A paciente informou que tirou radiografia dos seios para-nasais. Qual o resultado? A trans-iluminação mostra opacidade à E.. (Décio Mion).

Operação n.º 21: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1952 — Março: 14 — Operação.

Março: 18 — Curativo.

Março: 22 — Retirada dos pontos.

Março: 26 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Março: 30 — Via permeável.

Abril: 20 — Via permeável.

Maiio: 10 — Via permeável.

Junho: 2, 27 — Via permeável.

1953 — Março: 19 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

1952 — Julho: 2 — Seios para-nasais: Nota-se transparência normal das cavidades acessórias do nariz. (Prof. Rafael de Barros).

OBSERVAÇÃO N.º 21

R. 227.356. P. 21.552.

L. B.: 28 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 10/3/52.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. supura e lacrimeja há um ano. Já fez tratamento.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1952 — Março: 16 — Exame ORL.: Não encontramos afecção dos seios para-nasais. (Moysés Cutin).

Março: 17 — Radiografia dos seios da face: Seios bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

Operação n.º 22: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1952 — Março: 23 — Operação.

Março: 28 — Retirada dos pontos.

Abril: 5 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Maior: 16, 27 — Via permeável.

Agosto: 12 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

1952 — Agosto: 11 — Radiografia dos seios da face: Seios bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 22

R. 259.393. P. 20.859.

A. M.: 48 anos, feminino, branca, viúva, prendas domésticas.

Cons.: 18/1/52.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — AO. supuram e lacrimejam há anos.

Exame externo: — AO. epifora e saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exames pré-operatórios

1952 — Janeiro: 18 — Exame ORL.: Ao exame, nada constatamos, a não ser uma amigdalite crônica banal. (Luiz Leopoldo Pedalini).

Janeiro: 18 — Radiografia dos seios da face: Seios bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

Operação n.º 23: Dacriocistorrinostomia OE. (2.ª operação).

Post-operatório

1952 — Março: 28 — Operação.

Abril: 3 — Retirada dos pontos.

Abril: 11 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Maio: 13, 21 — Via permeável.

Junho: 13 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

1952 — Julho: 16 — Radiografia dos seios da face: Seios paranasais. Os seios maxilares apresentam um trabeculado provavelmente cicatricial, post-operatório. Não se notam obscuridades de processos em evolução. Seios etmoidais e frontais com luminosidade normal. (Prof. Rafael de Barros).

OBSERVAÇÃO N.º 23

R. 249.617. P. 22.338.

K. K.: 28 anos, masculino, branco, casado, estudante de medicina.

Cons.: 5/5/52.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite traumática, supurada (mucocele).

Queixa: — Paciente da Clínica ORL.. Sofreu acidente de automóvel há anos e desde aí sofre de sinusite e dacriocistite. OD. lacrimeja e supura.

Exame externo: — OD. enorme saliência cutânea, na região do saco lacrimal, desaparecendo sob forte pressão, dando escoamento de pus pelo naso-faringe. A sondagem revelou-nos obstrução alta da via, localizada no canal de união. Após a desobstrução da parte alta da via, pela passagem de uma sonda, o paciente continuou com epifora e supuração.

Prova can. lacrima: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exame pré-operatório

1952 — Abril: 24 — Exame ORL.: A radiografia indicou uma diminuição de transparência do seio maxilar D. Cremos que se trata de cicatrizes advindas de traumatismo ocasionado pelo acidente de automóvel. (Moysés Cutin).

Operação n.º 24: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1952 — Maio: 8 — Operação.

Maio: 21 — Retirada dos pontos e da pera modeladora. Via permeável.

Maio: 26 — Via permeável.

Agosto: 7, 16 — Via permeável.

Dezembro: 18 — Via permeável.

1953 — Janeiro: 23 — Via permeável. Curado.

Exames post-operatórios

1953 — Janeiro: 23 — Radiografia: Diminuição de transparência do seio maxilar D.. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 24

R. 273.350. P. 22.056.

C. D. P.: 54 anos, feminino, branca, viúva, prendas domésticas.

Cons.: 15/4/52.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. lacrimeja e supura há dez anos.

Exame externo: — OD. epífora e saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1952 — Abril: 10 — Exame ORL.: A paciente apresenta ligeira atrofia nasal, e um processo de amigdalite crônica, cuja extirpação não achamos imprescindível. (Fabio Freire).

Abril: 22 — Radiografia: Seios bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

Operação n.º 25: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1952 — Maio: 15 — Operação.

Maio: 19 — Retirada dos pontos.

Maio: 24 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Junho: 11 — Via permeável.

Agosto: 6, 21 — Via permeável.

Setembro: 22 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1952 — Agosto: 26 — Radiografia: Seios para-nasais: Bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

Setembro: 25 — Exame ORL.: Fossas permeáveis. Aspecto atrófico. (Fabio Freire).

OBSERVAÇÃO N.º 25

(Clínica Particular).

D. F. M.: 55 anos, feminino, branca, viúva, prendas domésticas.

Cons.: 8/10/51.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica (OD. latente; OE. supurada).

Queixa: — AO. lacrimejam e supuram.

Exame externo: — OD. epífora; OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido, com refluxo pelo outro orifício.

Exame pré-operatório

1951 — Outubro: 11 — Exame ORL.: Bôca e faringe: amigdalite e faringite crônica. Sinus e cavidades nasais: crista do septo. Diagnóstico: radiológica e clinicamente ausência de sinais patológicos do etmóide anterior, do seio frontal e maxilar.

Operação n.º 26: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1952 — Julho: 7 — Operação.

Julho: 10 — Retirada dos pontos.

Julho: 17 — Retirada do modelador. Via permeável.

Julho: 31 — Via permeável.

Agosto: 28 — Via permeável.

1952 — Abril: 30 — Via lacrimal permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1952 — Outubro: 10 — Radiografia: Transparência normal dos seios anteriores e dos seios profundos da face. (J. M. Cabello Campos).

Outubro: 25 — Exame ORL.: 1) Notamos na fossa nasal E., ao nível do agger-nasi (acima e adiante da cabeça do corneto médio), o orifício novo do conduto lacrimal, dando saída de líquido para fora do saco lacrimal E.. Não há proliferação na mucosa, ao nível do orifício. 2) Adiante do orifício da neoplastia, notam-se duas pequenas aderências (septo e parede lateral), que seccionei com bisturi. 3) Desvio alto do septo à E.. 4) Amigdalite crônica. (Antonio Corrêa).

OBSERVAÇÃO N.º 26

R. 277.557. P. 22.671.

P. O. M.: 50 anos, feminino, branca, viúva, prendas domésticas.

Cons.: 30/5/52.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OE. lacrimeja e supura.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1952 — Junho: 16 — Radiografia: Seios para-nasais — Nota-se transparência normal das cavidades acessórias do nariz. (Prof. Rafael de Barros).

Junho: 28 — Exame ORL.: Nesta paciente, encontramos perfurações em ambos os tímpanos, indicando a existência de uma otite supurada bilateral, atualmente curada, permanecendo as perfurações como seqüelas. No faringe, nariz, seios para-nasais, nada encontramos digno de nota. (Jorge Hirschmann).

Operação n.º 27: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1952 — Julho: 7 — Operação.

Julho: 11 — Curativo.

Julho: 15 — Retirada dos pontos.

Julho: 19 — Retirada do modelador. Via permeável.

Julho: 30 — Via permeável.

Agosto: 28 — Via permeável.

Setembro: 18 — Via permeável.

1953 — Abril: 28 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1952 — Setembro: 25 — Exame ORL.: Aspecto normal da fossa nasal esquerda e direita. Não notamos sinéquias e também não pudemos observar a contra-abertura, mesmo após adrenalização. (Jorge Hirschmann).

Outubro: 1 — Radiografia: S. P. N.: Radiologicamente negativos. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 27

R. 27.906. P. 22.471.

T. C. B.: 22 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.
Cons.: 15/5/52.

Diagnóstico: AO. Tracoma cicatrizado. OE. Dacriocistite crônica, supurada. Ozena.

Queixa: — OE. supura e lacrimeja há anos. Sofre de ozena.

Exame externo: — AO. cicatrizes, nas conjuntivas palpebrais, fossetas de Herbert, no limbo e pano esclerosado corneano. Saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal. A paciente apresenta o mau cheiro característico dos ozenosos.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exames pré-operatórios

1952 — Julho: 18 — Exame ORL.: Clinicamente, não há suspeita de sinusite. Fossas nasais amplas, com secreção amarelada espessa. A paciente refere que costuma ter crostas esverdeadas. Amígdalas esclerosadas sem secreção. Mucosa da faringe, atrofiada. Laringe sem anormalidade. Ovidos sem anormalidade. Diagnóstico: Rinite atrófica. (Luiz Piza Neto).

Maio: 28 — Radiografia dos seios da face: Seios bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

Operação n.º 28: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1952 — Julho: 14 — Operação.

Julho: 18 — Curativo.

Julho: 22 — Retirada dos pontos cutâneos.

Julho: 27 — Retirada da pera modeladora.

Julho: 28 — Via permeável.

Agosto: 5 — Via permeável.

1953 — Abril: 27 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

1952 — Julho: 28 — Reações sorológicas para sífilis: Wassermann, Khan e Kline — negativas.

R. 98.018. P. 2.848.

M. E. G.: 44 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.
Cons.: 26/2/48.

Queixa: — OE. supura e lacrimeja. Cefaléia frontal.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1952 — Julho: 12 — Radiografia dos seios da face: Moderado velamento dos seios maxilares. (Fernando Chammas).

Julho: 22 — Exame ORL.: A paciente está em tratamento de eczema dos ouvidos. Seios para-nasais sadios. (Moysés Cutin).

Agosto: 8 — Exame ORL.: O dado radiográfico não informa nossa opinião anterior. (Moysés Cutin).

Operação n.º 29: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1952 — Agosto: 14 — Operação.

Agosto: 19 — Curativo.

Agosto: 20 — Retirada dos pontos.

Agosto: 23 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Setembro: 1, 18, 25 — Via permeável.

Outubro: 21 — Via permeável.

Novembro: 7 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1952 — Setembro: 18 — Exame ORL.: A paciente apresenta-se com as fossas nasais em ordem. Não encontramos sinéquias. (Marcos Elisabetsky).

Novembro — 7 — Radiografia dos seios da face: Seios para-nasais: Bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

O exame ORL. visou também à presença de sinéquias post-operatórias, na fossa nasal. O resultado foi negativo.

OBSERVAÇÃO N.º 29

R. 290.264. P. 23.127.

A. S. S.: 39 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 18/7/52.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa — OE. supura e lacrimeja, há 12 anos.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, à pressão sobre o saco lacrimal.

Exames pré-operatórios

1952 — Julho: 24 — Radiografia dos seios da face: S. P. N. — Nihil. (Fernando Chammas).

Agosto: 12 — Exame ORL.: Clínica e radiologicamente normal. (Moysés Cutin).

Operação n.º 30: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1952 — Agosto: 21 — Operação.

Agosto: 25 — Retirada dos pontos.

Setembro: 1 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Setembro: 19, 25 — Via permeável.

Outubro: 21 — Via permeável.

Novembro: 17 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1952 — Outubro: 25 — Exame ORL.: A paciente apresenta a fossa nasal E. com aspecto normal, sem qualquer sinéquia. (Marco Elisabetsky).

Novembro: 7 — Radiografia dos seios para-nasais: Espessamento da mucosa dos seios maxilares, especialmente à D.. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 30

R. 256.499. P. 20.311.

A. F.: 29, anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 5/12/51.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — AO. lacrimejam e supuram há anos.

Exame externo: — AO. eczematização das pálpebras e saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1952 — Janeiro: 11 — Exame ORL.: Pelo exame clínico especializado, a paciente não apresenta afecção ORL.: (Miguel Hiss).

Janeiro: 22 — Radiografia dos seios da face: Seios maxilares: Opacificação mais ou menos uniforme, de toda a ca-

vidade antral E.. Discreto velamento à E.. Hipotransparência das células etmoidais anteriores. Sinais de processo inflamatório reacional do revestimento mucoso de tipo inflamatório. (Fernando Chammas).

Grávida de 5 meses. Deseja ser operada, depois de passada a gravidez.

Operação n.º 31: Dacriocistorrinostomia OD. (1.ª operação).

Post-operatório

1952 — Agosto: 22 — Operação.
Agosto: 26 — Retirada dos pontos.
Setembro: 1, 18, 26 — Via permeável.
Setembro: 15, 18, 26 — Via permeável.
Dezembro: 1 — Via permeável.
1953 — Maio: 15 — Via permeável. Curada.

Operação n.º 34: Dacriocistorrinostomia OE. (2.ª operação).

Post-operatório

1952 — Setembro: 15 — Operação.
Setembro: 18 — Retirada dos pontos.
Setembro: 25 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.
Dezembro: 1 — Via permeável.
1953 — Maio: 15 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1952 — Novembro: 18 — Exame ORL.: A paciente teve alta, na Clínica ORL. sem afecção.
Dezembro: 1 — Radiografia dos seios da face: Nota-se transparência normal das cavidades acessórias do nariz. (Prof. Rafael de Barros).

No exame ORL., solicitamos também pesquisa de presença de sinéquias post-operatórias na fossa nasal. O resultado foi negativo.

OBSERVAÇÃO N.º 31

(Clínica particular).

S. M.: 38 anos, feminino, amarela, casada, prendas domésticas.

Cons.: 19/8/52.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. lacrimeja e supura há anos.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido, com re-fluxo pelo outro orifício.

Operação n.º 32: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1952 — Setembro: 11 — Operação.

Setembro: 15 — Retirada dos pontos.

Setembro: 20 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Outubro: 31 — Via permeável.

Dezembro: 21 — Via permeável.

1953 — Março: 10 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1952 — Dezembro: 1 — Radiografia: Diminuição de transparência de ambos os seios maxilares, mais acentuado à D.. Transparência normal dos demais seios anteriores e profundos da face. (J. M. Cabello Campos).

Dezembro: 4 — Exame ORL.: Orifício da dacriocistorrinostomia acima do agger-nasi D., dando saída à lágrima; não há alteração patológica, na vizinhança. Desvio de septo, patológico. Faringe: exsudado mucóide ressecado, na parte posterior do oro-faringe (respiração bucal). Indicada a ressecção do septo nasal. Os achados radiológicos se referem a seqüelas de processos inflamatórios de antros maxilares; não há sinais de inflamação ativa. (Antonio Corrêa).

OBSERVAÇÃO N.º 32

R. 276.934. P. 22.685.

L. S.: 60 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons. 20/5/52.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. lacrimeja e supura.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido, com re-fluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

- 1952 — Junho: 17 — Exame ORL.: A paciente apresenta rinite atrófica, simples, que medicamos. (Fabio Freire).
Agosto: 19 — Radiografia: Sinais de sinusopatia esquerda, pregressa. (Fernando Chammas).

Operação n.º 33: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

- 1952 — Setembro: 11 — Operação.
Setembro: 15 — Retirada dos pontos.
Setembro: 20 — Retirada do modelador. Via permeável.
Outubro: 24 — Via permeável.
Novembro: 11 — Via permeável.
1953 — Janeiro: 1 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

- 1952 — Outubro: 21 — Exame ORL.: A paciente apresenta apenas atrofia nasal, simples. Medicada neste sentido. (Fabio Freire).
Novembro: 18 — Radiografia dos seios para-nasais: Redução volumétrica do antro E.. Presença de orla opaca, com sinais de espessamento da mucosa de revestimento. (E. Cotrin).

Solicitei, no exame ORL., a pesquisa de sinéquias post-operatórias, na fossa nasal e do estado dos seios para-nasais.

OBSERVAÇÃO N.º 33

R. 273.721. P. 21.792.

A. C.: 10 anos, masculino, branco, menor.

Cons.: 26/3/52.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. supura há 3 anos.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

- 1952 — Junho: 4 — Radiografia dos seios da face: Moderado velamento dos seios maxilares e células etmoidais anteriores. (Fernando Chammas).
Junho: 27 — Exame ORL.: Pelo exame, concluímos ser o paciente portador de *amigdalite crônica*. As chabas ra-

diográficas dos seios para-nasais evidenciam opacidade dos seios maxilares E. e discreta à D.. Faremos punção quando o paciente voltar para verificar se há pus. Temos a impressão de que não há quase sinais para afirmar que o paciente é portador de *sinusite maxilar etmoidal*. (Décio Mion).

Julho: 30 — Exame ORL.: Fizemos a punção do maxilar D. e houve saída de grande quantidade de catarro espesso. Indicamos operação, depois de receber alta, curado, de sinusite na Clínica ORL..

Operação n.º 34: Dacriocistorrinostomia OD. Anestesia geral.

Post-operatório

1952 — Setembro: 18 — Operação.

Setembro: 23 — Retirada dos pontos.

Setembro: 30 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Outubro: 12, 15 — Via permeável.

Dezembro: 12 — Via permeável. Curado.

Exames post-operatórios

1952 — Novembro: 28 — Exame ORL.: O exame ORL. nos evidenciou tudo normal. Rx: Normal. (Décio Mion).

Dezembro: 12 — Radiografia dos seios para-nasais: S. P. S.: bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas) ..

OBSERVAÇÃO N.º 34

R. 276.621. P. 22.439.

R. C. A.: 52 anos, masculino, branco, casado, lavrador.

Cons.: 11/5/52.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. lacrimeja e supura, há 15 dias.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Operação n.º 36: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1952 — Outubro: 3 — Operação.

Outubro: 7 — Retirada dos pontos.

Outubro: 11 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Novembro: 17 — Via permeável. Curado.

OBSERVAÇÃO N.º 35

R. 290.104. P. 23.108.

W. M. B.: 18 anos, feminino, branca, solteira, prendas domésticas.

Cons.: 16/7/52.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — AO. lacrimejam e supuram sempre.

Exame externo: — AO. saída de pus, pelos orifícios lacrimais; à pressão sôbre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1952 — Setembro: 4 — Exame ORL.: Não constatamos nenhuma alteração para o lado da mucosa nasal e seios acessórios. Apenas as amígdalas hipertrofiadas e doentes. (Fabio Freire).

Agosto: 20 — Radiografia dos seios da face: S. P. N.: Radiologicamente negativos. (Fernando Chammas).

Operação n.º 37: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1952 — Outubro: 3 — Operação.

Outubro: 8 — Retirada dos pontos.

Outubro: 13 — Retirada do modelador. Via permeável.

Outubro: 24 — Via permeável.

Novembro: 17, 22 — Via permeável.

Dezembro: 20, 23 — Via permeável.

1953 — Janeiro: 24 — Via permeável. Curada.

Operação n.º 40: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1952 — Novembro: 11 — Operação.

Novembro: 17 — Retirada dos pontos.

Novembro: 22 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Dezembro: 20, 23 — Via permeável.

1953 — Janeiro: 21 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1953 — Janeiro: 1 — Radiografia dos seios da face: Transparência normal das cavidades para-nasais. Disjunção discreta das suturas. (Homero Scavone).

Janeiro: 5 — Exame ORL.: Com o exame especializado do meato médio, não notamos a presença de sinéquias em nenhum dos lados. (Fábio Freire).

OBSERVAÇÃO N.º 36

R. 294.924. P. 24.050.

A. M.: 36 anos feminino, branca, solteira, prendas domésticas.

Cons.: 29/9/52.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OE. já inflamou muitas vezes. Supura e lacrimeja há anos.

Exame externo: — OE. pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1952 — Outubro: 1 — Exame ORL.: Desvio baixo e posterior do septo nasal, à direita. Ausência de secreção purulenta, nos meatos médios. Induto catarral livre, cobrindo a parte posterior dos cornetos inferiores. Cavum: nada foi observado de anormal. Amígdalas palatinas hipertróficas, crípticas, congestionadas. Faringe discretamente congestionada. Laringoscopia normal. Tímpanos de aspecto e coloração normais. Gânglios jugulares presentes, bilateralmente, no terço superior. Para esclarecer a opinião de ausência de afecção dos seios para-nasais é aconselhável uma radiografia das cavidades para-nasais. (A doente diz que já tem a radiografia). (Lamartine Paiva).

Outuro:1 — Radiografia dos seios da face: S. P. N.: Radiologicamente negativos. (Fernando Chammas).

Operação n.º 38: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1952 — Outubro: 9 — Operação.

Outubro: 14 — Retirada dos pontos.

Outubro: 21 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Novembro: 3 — Via permeável.

Dezembro: 15, 16, 18 — Via permeável. Curaça.

Exames post-operatórios

1952 — Dezembro: 17 — Exame ORL.: Fossas nasais permeáveis. Ausência de sinéquias. Meatos médios livres. Amígdalas palatinas hipertróficas e congestionadas. Naso-faringe normal. Ausência de sinais clínicos e objetivos de afecção das cavidades para-nasais. A radiografia comprova os dados clínicos.

Dezembro: 17 — Radiografia dos seios da face: Seios para-nasais bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 37

R. 199.789. P. 23.782.

T. G.: 46 anos; feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 9/9/52.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OE. supura há três meses e lacrimeja há anos.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1952 — Outubro: 15 — Radiografia dos seios da face: Seios bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

Outubro: 22 — Exame ORL.: A paciente nada digno de nota apresenta ao exame ORL.. (Girlo R. Brito).

Operação n.º 39: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1952 — Novembro: 6 — Operação.

Novembro: 11 — Retirada dos pontos.

Novembro: 17 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Dezembro: 21 — Via permeável.

1953 — Janeiro: 27 — Via permeável.

Maio: 20 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

1953 — Maio: 28 — Radiografia: Seios para-nasais: Radiologicamente normais. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 38

R. 38.700. P. 15.239.

A. M. P.: 46 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 21/11/50.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada. Tracoma cicatrizado.

Queixa: — AO. lacrimejam e supuram há muito tempo. Cicatrizes, nas conjuntivas palpebrais, fossetas de Herbert, pano corneano esclerosado.

Exame externo: — AO. epífora e saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exame pré-operatório

1952 — Outubro: 10 — Radiografia dos seios para-nasais: Radiologicamente negativos. (Fernando Chammas).

Operação n.º 41: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1952 — Novembro: 13 — Operação.

Novembro: 17 — Retirada dos pontos.

Novembro: 22 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Dezembro: 23 — Via permeável.

1953 — Janeiro: 21 — Via permeável.

Maio: 27 — Via permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 39

R. 316.055. P. 26.357.

E. S.: 14 anos, feminino, branca, solteira, prendas domésticas.

Cons.: 20/3/53.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — Paciente da Clínica ORL.. OD. lacrimeja e supura há tempo.

Exame externo: — OD. epífora e saída de pus, pelos orifícios, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1953 — Abril: 13 — Exame ORL.: Amigdalite crônica + infecção das adenóides. (Alvaro Imperatriz).

Abril: 1 — Radiografia: Seios para-nasais: Bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

Operação n.º 54: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1953 — Abril: 17 — Operação.

Abril: 22 — Retirada dos pontos.

Abril: 28 — Retirada do modelador. Via permeável.

Maio: 4, 23, 28 — Via permeável.

OBSERVAÇÃO N.º 40

R. 563.398. P. 22.454.

L. C. N.: 48 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 15/5/52.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OE. lacrimeja e supura. Paciente da Clínica Dermatológica.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exames pré-operatórios

1953 — Abril: 7 — Exame ORL.: Ausência de secreção patológica nas fossas nasais. Discreta atrofia dos cornetos, à esquerda. Amígdalas intravélicas, cronicamente inflamadas. (René Lima Yasaki).

Abril: 8 — Radiografia: Seios para-nasais: Bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

Operação n.º 55: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1953 — Abril: 19 — Operação.

Abril: 23 — Retirada dos pontos.

Abril: 29 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Abril: 30 — Via permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 41

R. 310.689. P. 26.111.

V. R. J.: 21 anos, feminino, branca, solteira prendas domésticas.

Cons.: 4/3/53.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica supurada. Ozena.

Queixa: — Está tratando-se de ozena, na Clínica ORL. do H. C.. AO. supuram e lacrimejam.

Exame externo: — AO. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal. A paciente apresenta o mau cheiro característico dos ozenosos.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1953 — Fevereiro: 28 — Exame ORL.: Paciente com rinite atrófica, ozenosa. Melhorou bem, com tratamento clínico. Atualmente apresenta epífora e supuração nos olhos. (Decio Mjon).

Março: 6 — Reações sorológicas para sífilis: Wassermann, Kahn e Kline negativas.

Março: 6 — Radiografia dos seios paranasais: Opacidade total e bilateral dos seios maxilares. Hipo-transparência dos seios frontais e células etmoidais anteriores. Sensível redução de volume das partes moles inter-nasais. (Fernando Chammas).

A paciente deverá ser operada de sinusite, depois de termos removido a infecção da via lacrimal de ambos os lados. Orientação do otorrinolaringologista.

Operação n.º 56: Dacriocistorrinostomia OD. (1.ª operação).

Nota: — Sinusite etmoidal anterior D., com abundante saída de pus, da célula aberta. Foi feito o afundamento da célula afetada.

Post-operatório

1953 — Abril: 29 — Operação.

Maio: 4 — Retirada dos pontos.

Maio: 8 — Retirada do modelador. Via permeável.

Maio: 11, 15, 21, 27 — Via permeável.

Junho: 2 — Via permeável.

Operação n.º 59: Dacriocistorrinostomia OE. (2.ª operação).

Nota: — Sinusite anterior E., com abundante saída de pus, da célula aberta. Foi feito o afundamento da célula afetada.

Post-operatório

1953 — Maio: 28 — Operação.

Junho: 2 — Retirada dos pontos.

Junho: 5 — Retirada do modelador. Via permeável.

Junho: 6 — Via permeável.

OBSERVAÇÃO N.º 42

R. 293.759. P. 26.164.

M. A. S.: 34 anos, feminino, parda, viúva, lavradora.

Cons.: 6/3/53.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada (fistulada).

Queixa: — Paciente da Clínica Ginecológica. Processo supurativo do saco lacrimal no OD..

Exame externo: — OD. saliência, cicatriz e fístula, na região do saco lacrimal. A saliência cede, à pressão, dando saída de pus, pelos orifícios lacrimais e pela fístula.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido, com refluxo pelo outro orifício lacrimal e pela fístula.

Exames pré-operatórios

1953 — Março: 13 — Radiografia: Transparência normal das cavidades para-nasais. (Scavone).

Abril: 28 — Exame ORL.: Desvio de septo. Estomatite tartárica. Amigdalite crônica. (Alvaro Imperatriz).

Operação n.º 57: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1953 — Abril: 30 — Operação.

Maio: 7 — Retirada dos pontos.

Maio: 11 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Maio: 15 — Via permeável.

Maio: 26 — Via permeável. Voltou para o Interior.

OBSERVAÇÃO N.º 43

R. 123.773. P. 24.493.

L. P. S.: 52 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 27/10/52.

Diagnóstico: AO. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — Doente do Instituto do Tracoma. Foi enviada a este H. C., para tratamento do canal da lágrima. AO. lacrimagem e supuram.

Exame externo: — AO. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeáveis ao líquido, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1952 — Novembro: 22 — Radiografia dos seios da face: Diminuição discreta da transparência dos seios maxilares e células etmoidais. (E. Cotrin).

Novembro: 2 — Exame ORL.: Paciente atualmente sem afecção ORL.. (Jorge Hirschmann).

Operação n.º 42: Dacriocistorrinostomia OD. (1.ª operação).

Post-operatório

1953 — Janeiro: 5 — Operação.

Janeiro: 8 — Retirada dos pontos.

Janeiro: 14 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Janeiro: 27 — Via permeável.

Janeiro: 31 — Via permeável.

Fevereiro: 5, 20 — Via permeável.

Março: 17 — Via permeável.

Maio: 11, 28 — Via permeável. Curada.

Operação n.º 46: Dacriocistorrinostomia OE. (2.ª operação).

Post-operatório

1953 — Janeiro: 27 — Operação.

Janeiro: 31 — Retirada dos pontos.

Fevereiro: 5 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Fevereiro: 20 — Via permeável.

Março: 17 — Via permeável.

Maio: 11, 28 — Via permeável. Curada.

Exames pré-operatórios

1953 — Fevereiro: 24 — Exame ORL.: Atualmente, nada notamos de anormal nas fossas nasais, mesmo após a adrenalização para melhor exame. À diafanoscopia, notamos boa transparência dos seios para-nasais. (Jorge Hirschmann).

Fevereiro: 28 — Radiografia dos seios da face: Seios paranasais: Bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

No exame ORL., solicitamos a pesquisa da presença de sinéquias post-operatórias, nas fossas nasais.

OBSERVAÇÃO N.º 44

R. 295.849. P. 24.262.

D. P. P.: 35 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 13/10/52.

Diagnóstico: AO. Tracoma cicatrizado. OD. Dacriocistite aguda.

Queixa: — OD. no canto interno, apresenta inflamação e dor há três dias.

Exame externo: — AO. grande número de cicatrizes, nas conjuntivas palpebrais, fossetas de Herbert, no limbo; pano corneano esclerosado. OD. edema e endurecimento, na região do saco lacrimal e rubor, calor e dor local.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exames pré-operatórios

1952 — Novembro: 5 — Radiografia dos seios da face: Velamento do seio maxilar D. e das células etmoidais anteriores. (Fernando Chammas).

Novembro: 24 — Exame ORL.: Pela rinoscopia e pela transiluminação, não há suspeita de sinusite. Amígdalas com abundante caldo muco-pus à expressão. Dentes em mau estado. Ouvidos sem anormalidade. Laringe normal. (Luiz Piza Neto).

Operação n.º 43: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1953 — Janeiro: 15 — Operação.

Janeiro: 18 — Retirada dos pontos.

Janeiro: 26 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Fevereiro: 3 — Via permeável.

Fevereiro: 7 — Via permeável.

Fevereiro: 20 — Via permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 45

R. 278.260. P. 22.108.

M. B. S.: 55 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 13/6/52.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. lacrimeja e supura, há 5 anos.

Exame externo: — OD. pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1952 — Julho: 12 — Radiografia: Crânio: Ossos da abóbada e da base: de caracteres normais. Reforço do desenho vascular diplóico. (Fernando Chammas).

Julho: 26 — Exame ORL.: Paciente sem afecção ORL. (Jorge Hirschmann).

Operação n.º 44: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1953 — Janeiro: 20 — Operação.

Janeiro: 25 — Retirada dos pontos.

Janeiro: 31 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Fevereiro: 6 — Via permeável.

Março: 3 — Via permeável.

Abril: 14 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1953 — Fevereiro: 19 — Exame ORL.: Ao examinarmos esta paciente, encontramos, na parte mais anterior do meato superior, pequena zona com granulações. Com o auxílio de um porta-algodão, percebemos pequena fístula. Nos seios para-nasais, nada encontramos digno de nota. Objetivamente, não há sinais de afecção sinusal. (Jorge Hirschmann).

Fevereiro: 26 — Radiografia dos seios da face: Ligeira diminuição da transparência dos seios maxilares. Outras cavidades acessórias normais (Scavone).

OBSERVAÇÃO N.º 46

R. 138.853.

F. A.: 6 anos, masculino, branco, menor.

Cons.: 15/7/52.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite supurada.

Queixa: — OE. supura e lacrimeja. Doente da Clínica Dermatológica.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1952 — Dezembro: 15 — Radiografia da cabeça: Ausência de sinais de comprometimento das paredes ósseas das cavidades orbitárias. Conveniente exploração com contraste do ducto. (Fernando Chammas).

Operação n.º 45: Dacriocistorrinostomia OE. (Anestesia geral).

Post-operatório

1953 — Janeiro: 26 — Operação.

Janeiro: 31 — Retirada dos pontos.

Fevereiro: 5 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Fevereiro: 19 — Via permeável.

Março: 21, 23 — Via permeável.

Abril: 28 — Via permeável.

Maió: 28 — Via permeável. Curado.

Exame post-operatório

1953 — Abril: 30 — Exame ORL.: Amigdalite crônica. Fossas nasais: aspecto normal. (René Lima Yasaki).

OBSERVAÇÃO N.º 47

(Clínica Particular).

A. B.: 19 anos, feminino, branca, solteira, tecelã.

Cons.: 21/2/53.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OD. supura e lacrimeja.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exames pré-operatórios

1953 — Fevereiro: 25 — Radiografia: Ligeira diminuição da transparência de ambos os seios maxilares, notando-se imagem de pólipó, no assoalho do seio maxilar D.. Transpa-

rência normal dos demais seios anteriores da face. (L. Cabello Campos).

Fevereiro: 27 — Exame ORL.: Pólipo do seio maxilar D.. Além do achado radiográfico, nada mais de anormal notamos. (Mario Capua).

Operação n.º 48: Dacriocistorrinostomia OD.

Post-operatório

1953 — Março: 11 — Operação.

Março: 14 — Retirada dos pontos.

Março: 20 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Março: 30 — Via permeável.

Abril: 23 — Via permeável.

Maio: 14, 26 — Via permeável. Curada.

OBSERVAÇÃO N.º 48

R. 293.759. P. 26.164.

M. C. C.: 45 anos, feminino, preta, solteira, prendas domésticas.

Cons.: 15/1/53.

Diagnóstico: OD. Leucoma aderente central da córnea e OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — Teve doença no OD., quando criança e nêle formou-se uma pequena mancha branca. Há 8 anos, o OE. lacrimeja e supura. É paciente da Clínica ORL., com lesão tuberculosa, curada, da fossa nasal.

Exame externo: — AO. edema das pálpebras bem acentuado. OD. leucoma aderente, central, da córnea. OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1953 — Janeiro: 17 — Secreção do saco lacrimal do OE.: B. K. e Bacterioscópico: negativo para bacilos álcool-ácido-resistentes.

Material muco-purulento. Flora bacteriana pobre, representada por difteróides, diplococos gram positivos e raríssimos coco-bacilos gram negativos. (Celeste Favahettn).

Janeiro: 17 — Reações sorológicas para sífilis: Wassermann, Kahn e Kline — negativas.

Janeiro: 15 — Exame ORL.: Lesão tuberculosa nasal, cura-

da, localizada no corneto inferior E., com seqüela (sinéquias: turbino-septal). Não há sinais de processos suspeitos, para o lado das cavidades para-nasais. A sinéquia nasal é no corneto inferior não prejudicando a intervenção, na parte alta. (Antonio Corrêa).

Janeiro: 24 — Radiografia: Seios da face: não há evidência de comprometimento apreciável ao Raio X. (Fernando Chammas).

Operação n.º 49: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1953 — Março: 13 — Operação.

Março: 18 — Retirada dos pontos.

Março: 24 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Abril: 7 — Via permeável.

Maió: 28 — Via permeável. Curada, (com permanência do edema palpebral).

Exame post-operatório

1953 — Abril: 7 — Exame ORL.: Sinéquia turbino-septal à E., ao nível da concha inferior e média; sinéquia cicatricial, devida à lesão (tb) específica, curada. Não há presença de lesões relacionadas com a intervenção da via lacrimal. (Antonio Corrêa).

Esta paciente tomou oito milhões de penicilina e estreptomicina (1/2 g). Via lacrimal permeável; porém, o edema palpebral permaneceu. Foi enviada à Clínica Médica, e solicitamos orientação e tratamento para o caso.

OBSERVAÇÃO N.º 49

R. 321.596. P. 25.674.

J. R. S.: 60 anos, masculino, preto, casado, canteiro.

Cons.: 27/1/53.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OE. supura e lacrimeja, há quatro anos.

Exame externo: — OE. saliência, na região do saco lacrimal, que, à pressão, dá saída de pus, pelos orifícios lacrimais.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exame pré-operatório

1953 — Março: 2 — Radiografia: Espessamento da mucosa dos seios maxilares. Transparência normal das demais cavidades. (Scavone).

Operação n.º 50: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1953 — Março: 17 — Operação.
 Março: 20 — Retirada dos pontos.
 Março: 27 — Retirada do modelador. Via permeável.
 Abril: 15, 16 — Via permeável.
 Maio: 12, 26 — Via permeável. Curado.

Exames post-operatórios

1953 — Maio: 15 — Exame ORL.: Ao exame, o paciente não apresenta sinéquias post-operatórias nasais, apresentando apenas edema dos cornetos inferiores de ambos os lados e congestão da mucosa. As amígdalas, por outro lado, são do tipo crônico, críptico, com saída de caseum à pressão. (Marcelo Paula Santos).
 Maio: 19 — Radiografia: Seios maxilares: Velamento à D.. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 50

R. 314.575. P. 26.060.

B. S.: 37 anos, feminino, branca, solteira, prendas domésticas.

Cons.: 28/2/53.

Diagnóstico: OD. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — Já fez tratamento no Instituto do Tracoma, e a aconselharam a procurar este Serviço, para ser operada. OD. lacrimeja e supura, há anos.

Exame externo: — OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OD. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal.

Exames pré-operatórios

1953 — Março: 3 — Radiografia: Seios para-nasais: Bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

Março: 18 — Exame ORL.: Sem afecção ORL.. (Alvaro Imperatriz).

*Operação n.º 51: Dacriocistorrinostomia OD.**Post-operatório*

1953 — Março: 20 — Operação.

Março: 24 — Retirada dos pontos.

Abril: 2 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Abril: 14, 16 — Via permeável.

Maio: 15, 28 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1953 — Maio: 15 — Exame ORL.: Fossa nasal D., sem alterações.
(Alvaro Imperatriz).

Maio: 22 — Radiografia: Seios para-nasais: Bem pneumatizados e transparentes. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 51

R. 296.052. P. 24.296.

A. R.: 32 anos, feminino, branca, casada, vendedora ambulante.

Cons.: 5/1/52.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — OE. lacrimeja e supura. Está tratando-se no Instituto do Tracoma.

Exame externo: — OE. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lairimal: — OE. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1953 — Janeiro: 26 — Exame ORL.: Amígdalas aumentadas de volume, sem saída de secreção patológica. (Silvio Marone).

Fevereiro: 10 — Radiografia: Crânio e face: radiologicamente negativos. (Fernando Chammas).

*Operação n.º 52: — Dacriocistorrinostomia OE.**Post-operatório*

1953 — Março: 23 — Operação.

Março: 27 — Retirada dos pontos.

Abril: 6 — Retirada do modelador. Via permeável.

Abril: 15, 26 — Via permeável.

Maio: 18 — Via permeável. Curada.

Exame post-operatório

1953 — Maio: 27 — Radiografia dos seios da face: Seio maxilar D.: Ligeiro velamento. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 52

R. 224.939. P. 24.197.

G. B. R.: 30 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cens.: 8/10/52.

Diagnóstico: AO. Tracoma cicatrizado. Dacriocistite (OD. crônica, supurada; OE. aguda). Ozena.

Queixa: — Está tratando-se de ozena na Clínica ORL.. Já teve tracoma. AO. supuram e lacrimejam sempre. Atualmente o OD. está inflamado e dói muito.

Exame externo: — AO. cicatrizes, nas conjuntivas palpebrais, fossetas de Herbert, e pano corneano esclerosado. OD. saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal. OE. edema e endurecimento da região do saco lacrimal, e rubor, calor e dor local. A paciente apresenta o mau cheiro característico dos ozenosos.

Prova can. lacrimal: — AO. impermeável ao líquido corado, com refluxo pelo outro orifício lacrimal. Esta prova foi feita depois do tratamento e da regressão completa da fase aguda da inflamação.

Exames pré-operatórios

1952 — Outubro: 7 — Exame ORL.: Paciente com rinite atrofica, ozenosa, em tratamento. Queixa-se de dor e edema, no canto interno do OE., há 20 dias. (Marco Elisabetsky).

Outubro: 18 — Reações sorológicas para sífilis: Wassermann, Kahn e Kline — negativas.

Operação n.º 47: Dacriocistorrinostomia OD. (1.ª operação).

Post-operatório

1953 — Fevereiro: 13 — Operação.

Fevereiro: 20 — Retirada dos pontos.

Fevereiro: 24 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Março: 9, 23 — Via permeável.

Abril: 10, 13, 17, 21 — Via permeável.

Maio: 6, 28 — Via permeável. Curada.

Operação n.º 53: Dacriocistorrinostomia OE. (3.ª operação).

Post-operatório

1953 — Abril: 13 — Operação.

Abril: 17 — Retirada dos pontos.

Abril: 24 — Retirada da pera modeladora. Via permeável.

Maio: 6 — Via permeável.

Maio: 28 — Via permeável. Curada.

Exames post-operatórios

1953 — Abril: 9 — Exame ORL.: A paciente apresenta-se com 33 fossas nasais livres, sem crostas nos meatos e nos assoalhos. (Marco Elisabetsky).

Maio: 21 — Exame ORL.: As fossas nasais apresentam-se amplas, com as mucosas ainda com certo grau de atrofia, lisas, pouco coradas. Não notamos crostas ou qualquer outro material suspeito. Em relação ao aspecto do exame anterior, notamos melhoria. (Marco Elisabetsky).

Maio: 20 — Radiografia dos seios da face: Seios maxilares: Velamento difuso e heterogêneo, destacando-se visível espessamento da mucosa de revestimento e falta de nitidez de seus contornos. Hipo-transparência das células etmoidais anteriores. (Fernando Chammas).

OBSERVAÇÃO N.º 53

R. 312.522. P. 25.605.

M. M.: 46 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas.

Cons.: 26/1/53.

Diagnóstico: OE. Dacriocistite crônica, supurada.

Queixa: — Sofreu a extirpação do saco lacrimal, há 20 anos, na Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo. Atualmente o OE. lacrima e supura.

Exame externo: — OD. epífora e cicatriz cutânea na região do saco lacrimal. OE saída de pus, pelos orifícios lacrimais, à pressão sobre o saco lacrimal.

Prova can. lacrimal: — OE. impermeável ao líquido, com refluxo pelo outro orifício.

Exames pré-operatórios

1953 — Janeiro: 30 — Radiografia: Transparência normal das cavidades para-nasais. (Homero Scavone).

Março: 21 — Exame ORL.: A paciente foi operada de amigdalite crônica no dia 18-3-53. (Antonio Corrêa).

Operação n.º 58: Dacriocistorrinostomia OE.

Post-operatório

1953 — Maio: 23 — Operação.

Maio: 28 — Retirada dos pontos.

Junho: 1 — Retirada do modelador. Via permeável.

Junho: 2 — Via permeável.

COMENTÁRIOS SOBRE O TERCEIRO PERÍODO

Notamos, neste terceiro período, que estudamos a Dacriocistorrinostomia sob dois aspectos: o oftalmológico e o otorrinolaringológico.

Aspecto oftalmológico: Completamos o nosso trabalho, sob este aspecto, solucionando as novas dificuldades que podiam ser resolvidas pelo médico oculista.

As modificações introduzidas eliminaram, completamente, as possibilidades de lesão da parte alta da via, e de irritações sobre a córnea e as pálpebras.

A fixação do fio, no supercílio, melhorou o post-operatório, sob o ponto de vista estético. A nova forma do modelador incomodou menos o paciente e não ocasionou lesões na fossa nasal. Finalmente, o aumento da curvatura da incisão facilitou a prática da sutura do periósteo, possibilitou a obtenção de melhores cicatrizes e, encurtando o tempo necessário para a retirada dos pontos, deu, ao paciente, a impressão prematura de que já estava curado.

Na atual cirurgia plástica, alguns operadores retiram os pontos da sutura cutânea, no dia seguinte, com a finalidade de obter melhores cicatrizes. A sutura, nestes casos, é contínua e com as extremidades livres, para facilitar a retirada dos pontos. (Afirmção do Dr. Rebello Netto, na reunião da Sociedade de Cirurgia Plástica, ocorrida na Associação Paulista de Medicina, no dia 6 de outubro de 1952).

Nós ainda não a praticamos assim; retiramos os pontos no terceiro ou quarto dia.

Neste período, todas as vias lacrimais permaneceram permeáveis, enquanto os pacientes estiveram sob os nossos cuidados.

Aspecto otorrinolaringológico: Notamos que foram poucos os relatórios ORL. que acusaram a presença da abertura da anastomose, e o estado de sua periferia na fossa nasal; foram poucos, também, os que informaram sobre a pesquisa de defeitos originados pela longa permanência do modelador ou pela operação.

Os relatórios dos exames ORL. das observações ns. 25, 26, 28, 29, 31, 44, 45, 48 e 50 apresentam indagações espar-

sas sôbre os resultados das nossas operações. Podemos afirmar, entretanto, que todos os resultados recebidos foram favoráveis: novas aberturas funcionando bem; praticamente, ausência de sinéquias ou de defeitos na fossa nasal, causados pela operação ou pela longa permanência do modelador. Os relatórios que não nos deram informações mais completas sôbre as fossas nasais, não infirmam os bons resultados das nossas operações, pois os especialistas que os forneceram, não acharam defeitos dignos de nota, ligados à Dacriocistorrinostomia.

Examinando todos os relatórios dos exames ORL. e das radiografias, notamos que os especialistas nada afirmaram sôbre uma possível sinusite traumática post-operatória.

Eliminada a possibilidade de sinusite traumática, podemos afirmar que a cefaléia, presente em alguns pacientes, durante o post-operatório, era causada por má aerificação dos seios para-nasais, ou por sinusite no post-operatório, ligados a sinusite pré-operatória, incompletamente ou não tratada, ou não diagnosticada, ou talvez a sinusite recidivante, que se exarcebou pelo traumatismo operatório.

Por isto, todos os pacientes que se queixaram de cefaléia ou apresentaram sinais radiográficos de sinusite, foram enviados novamente, ao otorrinolaringologista, para exame e eventual tratamento.

* * *

CONCLUSÕES FINAIS

I — A Dacriocistorrinostomia, praticada segundo a técnica preconizada por nós, é anatômica, segura e dá bons resultados.

II — A nova técnica, para uma segura seqüência na prática operatória, adota uma sistematização em quatro tempos:

Primeiro tempo: Via de acesso (por dissecação em planos), compreendendo quatro sub-tempos:

- 1) Incisão da pele e divulsão de suas bordas.
- 2) Divulsão dos tecidos sob a pele, auxiliada pela aplicação de afastadores.

3) Incisão linear do periósteo.

4) Descolamento do periósteo.

Segundo tempo: Osteotomia, compreendendo dois sub-tempos:

1) Fratura do unguis.

2) Osteotomia propriamente dita: a) da parte óssea da goteira; b) da apófise montante e sua crista anterior e de parte da face lateral do nariz; c) afundamento das células etmoidais (quando presentes).

Terceiro tempo: Preparação da nova via (anastomose entre o saco lacrimal e a fossa nasal), compreendendo quatro sub-tempos:

1) Incisão linear das mucosas.

2) Sutura dos retalhos posteriores.

3) Aplicação de um modelador por meio de um fio.

4) Sutura dos retalhos anteriores.

Quarto tempo: Recomposição da via de acesso, compreendendo dois sub-tempos:

1) Sutura do periósteo.

2) Sutura da pele.

III — Como se vê, a nova técnica mantém as características gerais da técnica clássica (DUPUY-DUTEMPS), modificando-a, porém, em alguns pontos importantes.

IV — As modificações por nós introduzidas, apresentam-se no primeiro, terceiro e quarto tempos da nossa técnica.

V — Modificações no primeiro tempo:

1) A incisão curva, exclusivamente cutânea e perfeitamente anatômica, permite a obtenção de uma via de acesso por dissecação em planos, conservadora da parte alta da via lacrimal. Esta incisão curva facilita a sutura do periósteo, na recomposição da via de acesso.

3) A divulsão dos tecidos sob a pele, auxiliada pela aplicação de dois afastadores cruzados, possibilita o alargamento do campo operatório, o reconhecimento da origem de possíveis hemorragias e a contenção mais perfeita destas.

3) A incisão linear do periósteo visa a uma recomposição anatômica mais perfeita.

VI — Modificações no terceiro tempo:

1) A aplicação da pera modeladora, de látex (utilizada em conta-gotas de colírio), preencheu perfeitamente o seu fim: manter aberta a anastomose, entre o saco lacrimal e a fossa nasal.

2) A fixação da pera modeladora, por meio de um fio de nylon, passando fora da parte alta da via lacrimal, dura longo tempo, sem lesar aquela porção, durante o post-operatório.

VII — Com a técnica empregada, abrevia-se o post-operatório e diminui-se o número de curativos.

VIII — As vias lacrimais dos doentes que integram o terceiro período das nossas observações, permaneceram permeáveis, enquanto os pacientes estiveram sob os nossos cuidados.

SUMMARY

A new Technique of Dacryocystorhynostomy.

The A. presents some changes in his method, based on 104 operations, which, he believes, will improve the results.

1.º) Incision of the skin, divulsion of the subcutaneous tissues down to the periosteum, which is then incised and detached;

2.º) Osteotomy with the bone forceps of Donato Valle, including the bony part of the lacrimal groove, its anterior crest, part of the frontal process of the maxillary bone and of the nasal bone;

3.º) Linear incision of the pituitary and the lacrimal sac; suturing of the posterior flaps; placing of a conformer (rubber end of an ordinary dropper); suturing of the anterior flaps over it. The conformer is held by a suture which penetrates the dome of the sac and emerges at the skin of the lateral aspect of the nose, being taped to the forehead.

4.º) Suturing of the periosteum and skin.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (*)

- 1 — ALCAINO, A. e RODRIGUEZ, D. M. — Considérations sur 300 opérations de West. Arch. Soc. Oftal. hisp.-amer., 31: 65-79, 1941. Resumo: Ann. D'Ocul., 170: 346, 1933.
- 2 — AMSLER, M. — A propos de la dacryo-cysto-rhinostomie. Soc. Suisse d'Ophtal., 36e Réunion, 11-12 septembre 1943. Resumo: Ann. D'Ocul., 179: 318, 1946.

(*) A citação acompanhada de resumo indica que o A. somente leu o resumo do original.

- 3 — ANTAL — Dacryocystite fistulisée guérie par l'endodacryocystorhinostomie. Soc. roumaine d'Ophtal., Bucarest, mars 1930. Resumo: Ann. D'Ocul., 168: 305, 1931.
- 4 — APPELMANS et DER DAVIDIAN — Fistule ethmoldo-lacrymale. Soc. belge d'Ophtal., 27 avril 1947. Resumo Ann. D'Ocul., 180: 556, 1947.
- 5 — ARGANARAZ, S. et COURTIS, B. — Dacryocystorhinostomie par voie nasal (Opérations de West). Les results. Premier Congrès Argentin d'Ophtal. Buenos Aires, octobre 1936. Resumo: Ann. D'Ocul. 179: 492, 1939.
- 6 — ARRUGA, H. — Le biseautage du trou osseux dans les opérations pour le traitement du larmolement. Ann. D'Ocul., 166: 580-594, 1929.
- 7 — ARRUGA, H. — La forme des sondes lacrymales. Arch. Soc. Oftal. hisp.-amer., 5: 943-948, 1945. Resumo: Ann. D'Ocul., 179: 602, 1946.
- 8 — ARRUGA, H. — Cirurgia Ocular. Ed. Salvat S/A, Barcelona, 1946.
- 9 — AVERBACH et IVANOVA — Douze cents opérations de dacryocystorhinostomie plastique. Ann. D'Ocul., 178: 913-936, 1935.
- 10 — AWGUSCHEWITSCH et NIKOLEAWA — Le traitement de la dacryocystite par le boillon-vacin de Besredska. Zeitschrift Augenheilk., 63: (6), 1927. Resumo: Ann. D'Ocul., 167: 444, 1930.
- 11 — BARBEROUSSE — A propos de la technique de la dacryostomie du Dupuy-Dutemps et Bourguet. Bull. Soc. d'Ophtal. Paris, p. 226, March 1931. Resumo: Ann. D'Ocul., 168: 591, 1931.
- 12 — BANCERTER, A. — Trois contributions à la thérapeutique du larmolement. Soc. Suisse d'Ophtal., 36e Réunion, 11-12 septembre 1943. Resumo: Ann. d'Ocul., 179: 318, 1946.
- 13 — BASTERRA, J. — Résultats lointains de la dacryorhinostomie. Arch. Soc. Oftal. hisp.-amer., août 1929. Resumo: Ann. d'Ocul., 167: 795, 1930.
- 14 — BEIRAS, G.A. — Nota prévia sobre dacrioscopia. Arch. Soc. Oftal. hisp.-amer., 10 (1): 35-46, 1950. Resumo: Exc. Med. XII, Ophth. 5 (8): 109, 1951.
- 15 — BELMONTE, G. — Lo fundamental y lo accessorio en la dacriocistorrinostomia. Arch. Soc. Oftal. hisp.-amer., 11: (2): 103-121, 1951. Resumo: Exc. Med. XII, Ophth. 5 (5): 570, 1951.
- 16 — BOENTE, F. — Une nouvelle méthode d'eclairage endonasal pour la dacryostomie d'après Toti. Klin. Mbl. Augenheilk., Tome 81, juil-décembre, 1928. Resumo: Ann. D'Ocul., 168: 61, 1931.
- 17 — BONNET, P. — Abscès collecté pré-lacrymal sympomatique d'une sinusite frontale fistulisée. Soc. D'Ophth. de Lyon, 19 février 1950. Resumo: Ann. D'Ocul., 183: 707, 1950.
- 18 — BRANDT, I. — Die Blutstillung bei der Dacryocystorhinostomie. Ophthalmologica, Basel, 121: (4): 207-220, 1951. Resumo: Exc. Med. XII, Ophth., 5 (31): 458, 1951.
- 19 — BRAULT, J. — Dacryocystorhinostomy. Tr. Canad. Ophth. Soc., p. 29-37, 1948. Resumo: Quarterly Review Ophth., 5: 210, 1949.
- 20 — CANEJA-DÍAZ, E. — La dacryocystorhinostomie externe d'après la méthode de Gutzeit. Ann. D'Ocul., 170: 384-414, 1933.
- 21 — CANGE, A. — Les complications lacrymales du trachome. Arch. d'Ophth., 44, août 1927. Resumo: Ann. D'Ocul., 165: 286, 1928.
- 22 — CASSADY, J. V. — Dacryocystitis of Infancy. A review of one hundred cases. Arch. Ophth., 39: 491-507, 1948. Resumo: Quarterly Review Ophth., 5: 120, 1949.
- 23 — CASTROVIÉJO, R. — Dacryocystite ou sinusite. Ann. d'Ocul. hisp.-amer., février 1929. Resumo: Ann. D'Ocul., 161: 168, 1930.
- 24 — CASTROVIÉJO, R. — Citado em Pereira, R. F. e Adougué, E. — Tratado de Cirurgia Ocular. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, p. 520, 1948.

- 25 — CATTANEO, D. — Dacryocystorhinostomie plastique à lambeau postérieur. *Bol. d'Ocul.*, 7e Année n.º 6, 1928. Resumo: *Ann. D'Ocul.*, 168: 919, 1932.
- 26 — CHANDLER, P. A. — Dacryocystorrhinostomy. *Tr. Am. Ophth. Soc.*, 34: 240-263, 1936.
- 27 — COPPEZ, L. — Obstruction basse des voies lacrymales. Intérêt de la radiographie. *Soc. belge d'Ophth.* 67e Réunion, 26 novembre 1933. Resumo: *Ann. D'Ocul.*, 172: 57, 1935.
- 28 — DEFOUG — La diathermie dans le traitement de l'oblitération des voies lacrymales. *Soc. d'Ophth. France*, 44-264-69, 1931. Resumo: *Ann. d'Ocul.*, 168: 592, 1931.
- 29 — DEL BARRIO — Dacryorhinostomie et ses diverses techniques. *Ann. d'Ophtal. hisp.-amer.*, janvier 1929. Resumo: *Ann. d'Ocul.*, 167: 168, 1930.
- 30 — DOUCET — Caractères exceptionnels de deux inflammations péricystiques. *Soc. d'Ophtal. Bordeaux et Sud-Ouest*, mars 1946. Resumo: *Ann. D'Ocul.*, 180: 59, 1947.
- 31 — DUBOIS-POULSEN, A. — Le cathétérisme sans douleur de voies lacrymales. *Ann. D'Ocul.*, 182: 636-639, 1949.
- 32 — DUPUY-DUTEMPS et BOURGET — Note préliminaire sur un procédé de dacryocystorhinostomie. *Soc. D'Ophtal. de Paris*, 19 juin 1920. Resumo: *Ann. D'Ocul.*, 157: 445-446, 1920.
- 33 — DUPUY-DUTEMPS, L. — Observations sur mille dacryostomies plastiques. 170: 361-384, 1933.
- 34 — DUPUY-DUTEMPS, P. — Les oblitérations des voies lacrymales et leur traitement. *Ann. D'Ocul.*, 178: 242-254, 1945.
- 35 — FERRERI, Gh. — Ouverture intranasale du sac lacrymal dans l'ozène. *Arch. Otol.*, 33: (12), 1926. Resumo: *Ann. D'Ocul.*, 165: 624, 1928.
- 36 — GAILLARD, M. T. — The use of a rubber insert in dacryocystorhinostomy. *Medical Times*, 75: (4): 96-98, 1947. Resumo: *Exc. Med. XII, Ophth.*, 2 (5): 87, 1948.
- 37 — GAMA RODRIGUES, A. C. — Cirurgia das vias lacrimais. These doutoramento. Ed. Casa Mayença. São Paulo, 1926.
- 38 — GARCIA MIRANDA, A. — Considerations sur les larmoiement. *Soc. d'Ophtal. de Madrid*, 25 janvier 1946. Resumo: *Ann. D'Ocul.*, 179: 601, 1946.
- 39 — GILL W. D. — Dacryocystorhinostomy. *Am. J. Ophth.*, 30 (2): 198-200, 1947. Resumo: *Exc. Med. XII, Ophth.*, 2 (2): 30, 1948.
- 40 — GIQUEAUX, R. E. — Dacriocistorrhinostomia. Consideraciones e resultados. *An. Argent. Oftal. Rosario*, 1 (4) 260-262, 1940. Resumo: *Exc. Med. XII, Ophth.*, 2 (5): 87, 1948.
- 41 — GOEBEL — Drainages temporaire du canal lacrymal, ses résultats dans les affections supuratives du sac. *Klin. Mbl. Augenheilk.*, 83: 77-82, 1949. Resumo: *Ann. D'Ocul.*, 168: 220, 1931.
- 42 — GOMEZ-MARQUEZ — Quelques considérations sur les divers temps de la dacryorhinostomie. *Arch. d'Ophth. hisp.-amer.*, mars 1931. Resumo: *Ann. D'Ocul.*, 168: 864, 1931.
- 43 — GUELBEZU, M. D. — Contribution à la dacryo-cysto-rhinostomie. Suture continue du lambeau antérieur. *Arch. Soc. Oftal. hisp.-amer.*, 5: 949-964, 1945. Resumo: *Ann. D'Ocul.*, 179: 602, 1946.
- 44 — GÜNTHER, G. — Dakryostomierhinoskopie Graefe's. *Arch. Ophthal.*, 150: (3-4): 405-410, 1950. Resumo: *Exc. Med. XII, Ophth.*, 5 (8): 109, 1951.
- 45 — HALLUM, A. V. — The Dupuy-Dutemps Dacryocystorhinostomy. *Am. J. Ophth.*, 32: 1197-1206, 1949. Resumo: *Quarterly Review Ophth.*, 5: 276, 1949.

- 46 — HALLAUER, C. — Recherches cliniques et experimentales sur la teneur en lysozyme du cul-de-sac conjonctival et du liquide lacrymal. Arch. Augenheilk., 103: 1-2, 1930. Resumo: Ann. D'Ocul., 168: 484, 1932.
- 47 — HAMILTON, R. G. — An operation for chronic dacryocystitis (Plastic dacryocystorhinostomy). The Eye, Ear, Nose and Throat Monthly, Chicago, 26 (8): 425-429, 1947. Resumo: Exc. Med. XII, Ophth., 2 (5): 87, 1948.
- 48 — HENRY, L. M. J. — Results intranasal Dacryocystorhinostomy. Brit. J. Ophth., 17: 550-552, sept. 1933. Resumo: Ann. D'Ocul., 172: 158, 1936.
- 49 — HOLLOS, L. — Modification aux opérations sur le sac lacrymal. Am. J. Ophth., 12: (11), 1929. Resumo: Ann. D'Ocul., 167: 982, 1930.
- 50 — HUIZINGA, E. et BENJAMINS — Les consequences sur l'élimination des larmes dans les opérations sur le sinus maxillaire. Graef's Arch. Ophthal., Tome 129, fasc. 1, 1930. Resumo: Ann. D'Ocul., 170: 718, 1933.
- 51 — ISOPELAS, B. et VARTZELIS, A. — Dent aberrante simulant une tumeur près de l'os lacrymal. Soc. Hellénique d'Ophthal., 12 avril 1949. Resumo: Ann. D'Ocul., 183: 631, 1950.
- 52 — JAEGER, A. — La dacryostomie en cas de lupus. Première Réunion Latino-Américaine d'Ophtalmologie, Santiago-Du-Chili, février 1931. Resumo: Ann. D'Ocul., 172: 56, 1935.
- 53 — JOST, A. — Intervention sur le sac et ischémie régionale. Arch. d'Ophthal., Tome 44, août 1927. Resumo: Ann. D'Ocul., 165: 286, 1928.
- 54 — KOFLER et URBANEK — Une méthode de simplifications de l'opération endonasale de West-Polyak. Zeitschrift Augenheilk., 57: novembre 1925. Resumo: Ann. D'Ocul., 165: 603, 1928.
- 55 — KOLLER, C. — La saignée locale dans la pratique ophtalmologique. Arch. Ophth., 19 (3), 1938. Resumo: Ann. D'Ocul., 179: 778, 1939.
- 56 — MAC MILLAN, J. A. — Transplantation of the lacrimal sac in chronic suppurative dacryocystitis. Arch. Ophth., december 1932. Resumo: Brit. J. Ophth., 18: 176, 1934.
- 57 — MCGOVERN, F. H. D. — The rhinological aspects of chronic dacryocystitis. Va Med. Mon., 78: (2): 74-76, 1951. Resumo: Exc. Med. XII, Ophth., 5 (35): 514, 1951.
- 58 — MARIN-AMAT, M. — Une complication grave et tardive de la dacryocystorhinostomie. Arch. d'Ophthal., septembre 1931. Resumo: Ann. D'Ocul., 170: 790, 1933.
- 59 — MARQUEZ, J. G. — Les effects lointains de la dacryocystorhinostomie, et les bases fondamentales de cette opération. Arch. d'Of. hisp.-amer., abril 1928. Resumo: Ann. D'Ocul., 166: 334, 1929.
- 60 — MARQUEZ, J. G. — Résultats de 517 opérations de dacryocystorhinostomie. Klin. Mbl. Augenheilk., Tome 86, Janvierjuin, 1931. Resumo: Rev. Ocul., 170: 805, 1933.
- 60a — MARQUEZ, J. G. — Quelques remarques sur mille opérations de dacryocysto rhinostomie. Ann. O'Ocul., 170: 850-862, 1933.
- 61 — MATA, P. — La epifora de origem alérgico-microbiano. Arch. Soc. Oftal. hisp.-amer., 9 (12): 1285-1292, 1949. Resumo: Exc. Med. XII, Ophth., 5 (8): 108, 1951.
- 62 — MENTINI — Traitement chirurgical du rétrécissement des voies lacrymales. Première Réunion Latino-Américaine d'Ophtalmologie. Santiago-Du-Chile, février 1931. Resumo: Ann. D'Ocul., 170: 346, 1933.

- 63 — MERCY, P. — New diagnostic procedure in X-ray photography of the lacrimal sac. Collected Studies from the University Eye Clinic n.º 1, Budapest, 1948. Resumo: Quarterly Review Ophth., 5: 54, 1949.
- 64 — MIRANDA, A. Garcia — Vide 38.
- 65 — MOSCARDI, P. — Considérations sur le phlegmon orbitaire. Bol. d'Ocul., 7e Année, juin 1928. Resumo: Ann. d'Ocul., 169: 920, 1932.
- 66 — MOSCARDI, P. — Dacryoethmoidite. Bol. d'Ocul. 7e Année, n.º 6, 1923. Resumo: Ann. D'Ocul., 169: 927, 1932.
- 67 — NICOLA, A. — De 175 cas de dacryocystite opérés par le procédé de Dupuy-Dutemps. Bol. d'Ocul., août 1937. Resumo: Ann. D'Ocul., 179: 333, 1939.
- 68 — NIE, T. H. — Surgery of the lacrimal sac. Nat. M. J. China, 34: 7-12, 1948. Resumo: Quarterly Review Ophth., 5: 53, 1949.
- 69 — NIEMEYER, W. — Dacriorrhinostomia autoplástica. Arq. Bras. Oftal., 8: 181-185, 1945.
- 70 — OHM, J. — Remarques sur l'amélioration de l'opération de Toti. Klin. Mbl. Augenheilk., vol 77, 1926. Resumo: Ann. D'Ocul., 167: 74, 1930.
- 71 — ORTIZ, J. M. — Le valeur de l'examen radiographique dans la pathologie de voies lacrymales. Arch. d'Ophtal. hisp.-amer., février 1935. Resumo: Ann. D'Ocul., 172: 962, 1935.
- 72 — PACALIN, G. — Procédé simple d'anesthésie de la pointe inférieure du sac lacrymal. Ann. D'Ocul., 166: 730-732, 1929.
- 73 — PAPILLON — Simplification opératoire de la technique de la dacryo-anastomose. Soc. d'Ophtal. Bordeaux et Sud-Ouest, mars 1946. Resumo: Ann. D'Ocul., 180: 58, 1947.
- 74 — PARAZOLS — Stricturotomie et grosses sondes dans le taritement des affections des voies lacrymales. Arch. d'Ophtal., 46: 217-227, april 1929. Resumo: Ann. D'Ocul., 167: 958, 1930.
- 75 — PEREIRA, R. F. — e ADROGUÉ, E. — Tratado de cirurgia ocular. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1948.
- 76 — PERRON — Le décollement de la muqueuse nasal par infiltration au cours de l'anesthésie de la dacryocystorhinostomie. Soc. Française d'Ophtal., mai 1946. Resumo: Ann. D'Ocul., 180: 44, 1947.
- 77 — POULARD et HARTMANN — Les sondes molles dans le cathétérisme des voies lacrymales. Soc. d'Ophtal. de Paris, janvier 1923. Resumo: Ann. D'Ocul., 150: 146, 1923.
- 78 — RACINE, W. — Le larmoiement d'origine nasale. Soc. Suisse d'Ophtal., 36e Réunion, 11-12 septembre 1943. Resumo: Ann. D'Ocul., 179: 317, 1946.
- 79 — RADNOT, M. and REMENAR, L. I. — Beitrag zur Diagnostik der sog. prälakrimalen Tumoren. Klin. Mbl. Augenheilk., 118: (1): 78-80, 1951. Resumo: Ex. Med. XII, Ophth., 5 (37): 570, 1951.
- 80 — RAVERDINO, E. — Un procédé simple de dacryocystorhinostomie par introduction d'un drain de caoutchouc dans le sac lacrymal. Klin. Mbl. Augenheilk., Tome 84, janvier-juin 1930. Resumo: Ann. D'Ocul., 168: 995, 1931.
- 81 — RAVON, P. — Indication de la stricturotomie dans la pratique ophtalmologique. Soc. d'Ophtal. France, p. 113-116, march 1950. Resumo: Ann. d'Ocul., 183: 706, 1950.
- 82 — REZENDY, C. — Novos rumos na cirurgia do saco lacrimal. Apresentado à Soc. Med. Cir. de São Paulo, maio 1937.
- 83 — RINTELEN, T. — Le traitement du larmoiement. Soc. Suisse d'Ophtal., 36e Réunion, 11-12 septembre 1942. Resumo: Ann. D'Ocul., 179: 317, 1946.
- 84 — RYCHENER, R. O. — Modern concepts of treatment in Disorders of the Lacrimal Apparatus. Minnesota Med., 32: 991, 1949. Resumo: Quartely Review Ophth., 5: 275, 1949.

- 85 — RYCROFT, B. W. — Surgery of external rhinostomy operations. *Brit. J. Ophth.*, 35: 328-338, 1951.
- 86 — SANDER-LARSEN — Traitement des maladies du sac lacrimonal avec un cordon de soie. *Congressus Xº Optalmicorum Septentrionalium*. Copenhagen, 2 juillet 1938. *Resumo: Ann. D'Ocul.*, 179: 842, 1939.
- 87 — SCOTT, G. I. — Traitement de la dacryocystite chronique. *Oxford Ophthalmological Congress*. *Resumo: Ann. D'Ocul.*, 184: 847, 1951.
- 88 — SEIDENARI, R. — Ricerca sul dotto osseo naso-lacrimale e sulla mucosa nasale circostante alla papila lacrimale. *Minerva Med.*, 1 (6): 176-181, 1947. *Resumo: Exc. Med. XII, Ophth.*, 2 (10): 151, 1948.
- 89 — SEVILLANO, F. — La dacryosolenon. *Arch. d'Ophtal. hisp.-amer.*, décembre 1933. *Resumo: Ann. D'Ocul.*, 17: 889, 1935.
- 90 — STALLARD, H. B. — A modified Briggs' retractor for dacryocystorhinostomy. *Brit. J. Ophth.*, 22: 361, 1938.
- 91 — STEFEK, J. — Kontrols trepanacniho otvoru pri dacryostorhinostomii. *Csl. Ophth.*, 7: (1): 33-36, 1951. *Resumo: Exc. Med. XII, Ophth.*, 2: (26): 400, 1951.
- 92 — STOKES, W. H. — Transplantation (implantation) of the lacrimal sac in chronic dacryocystitis. *Arch. Ophth.*, august 1939. *Resumo: Brit. J. Ophth.*, 24: 256-257, 1940.
- 93 — SUBILEAU, J. M. — L'hémoaspiration et la trépanation a l'aide de la fraise électrique dans la pratique de la dacryocystorhinostomie. *Ann. D'Ocul.*, 167: 301-306, 1930.
- 94 — SUBILEAU, J. — Trépanation jumelées à l'aide d'un trépan à couronne mobile dans la pratique de la dacryocystorhinostomie. *Soc. Française d'Ophth.* 51e Congrès, may 1938. *Resumo: Ann. D'Ocul.*, 175: 459, 1938.
- 95 — TERSON, A. — Les sutures muqueuses dans la dacryocystostomie et deux instruments qui les facilitent. *Soc. d'Ophtal. de Paris*, 20 juin 1931. *Resumo: Ann. D'Ocul.*, 168: 932, 1931.
- 96 — TRANTAS, A. — Ozène guérie après dacryorrhinostomie. *Soc. Hellenique d'Ophtal.*, 12 abril 1949. *Resumo: Ann. D'Ocul.*, 183: 631, 1950.
- 96A — VALLE-DONATO, — Dacryocistite e o seu tratamento — *Brasil Médico* — 9 de março de 1935.
- 96B — VALLE-DONATO, — Os mutilados do aparelho lacrimal — *Brasil Médico* 22 de janeiro de 1938.
- 96C — VALLE-DONATO, — Observações sobre 80 dacriostomias com várias modificações no instrumental e na técnica de Dupuy, — *Dutemps — Arq. Bras. Oft.* 3: 101, 1940.
- 96D — VALLE-DONATO, — Contribuição Instrumental e Técnica à Cirurgia do Aparelho Lacrimal e Tip. Armando Nogueira — *Varginha*, 1941.
- 96E — VALLE-DONATO, — Nossa experiência sobre dacriostomia pelo processo de Dupuy-Dutemps — *Ophthalmos* 2:443, 1941.
- 96F — VALLE-DONATO, — Dacriostomia e canaliculorinostomia — *Arq. Bras. Oft.* 5: 236, 1942.
- 97 — VALLIÈRE-VIALEIX — Un cas d'ectasie géante du sac lacrymal. *Soc. d'Ophtal. de Paris*, 2 décembre 1937. *Resumo: Ann. D'Ocul.*, 175: 689, 1938.
- 98 — VIZCAINO, A. — Notre technique de la dacryocystorhinostomie. *XIIIe Congrès International d'Ophtal. d'Amsterdam*, 10 septembre 1929. *Resumo: Ann. D'Ocul.*, 167: 240, 1930.
- 99 — WEST, J. — Ablation intranasale du sac lacrymal: ses avantages et ses résultats. *Arch. Ophtal.*, 55: (4), juillet 1926. *Resumo: Ann. D'Ocul.*, 165: 291, 1928.
- 100 — WILLMERSDORF, J. C. — Da extirpação da glândula lacrimal em carcinomas palpebrais irradiados. *Rev. Hosp. Clin.*, 6 (2): 111-114, 1951.

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Vol. XIV N.º 3

Setembro de 1955

DIREÇÃO CIENTÍFICA
PROFESSORES:

Clovis Paiva

Faculdade de Medicina do Recife

Paulo Cesar Pimentel

Faculdade Fluminense de Medicina

Sylvio de Abreu Fialho

Faculdade Nacional de Medicina

Werther Duque Estrada

Escola de Ciências Médicas

Cyro de Rezende

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Moacyr Alvaro

Escola Paulista de Medicina

Hilton Rocha

Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais

Ivo Correia Meyer

Faculdade de Medicina de Porto Alegre

ÍNDICE

Homenagem ao Prof. Cesario de Andrade	305
<i>Cesario de Andrade</i> : Breves considerações sobre o virus na patologia ocular	307
<i>Luis A. Osorio</i> : Iridoschisis	323
<i>Fco. Gonzales Vanrell, Tomás Ramos Diaz, Pedro C. Carriquiry e Julio C. Iturburu</i> : El curare en cirurgia ocular	337
<i>Edmundo Semeraro</i> : A cirurgia no simbléfaro	351
<i>Hilton Rocha-Ennio Coscarelli</i> : A ceratoplastia lamelar no ulcus rodens	355
<i>Natalicio Lopes de Farias</i> : Visio — uma nova unidade de capacidade visual, destinada a medir o rendimento do trabalho humano	371
<i>Evaldo Campos</i> : Organização da Biblioteca da Revista Brasileira de Oftalmologia	377
SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA	
Sessão de maio	381
Sessão de junho	385
Sessão de julho	386
VÁRIAS	
Os dois primeiros cursos de Post-Graduação Panorâmica da Sociedade Brasileira de Oftalmologia	387
Prof. Werther Duque Estrada ...	392

Diretores

EVALDO CAMPOS

JONAS DE ARRUDA — LUIZ NOUGUÉ

Redatores

CARLOS MACHADO CARRION — RENATO P. MACHADO

RUY DA COSTA FERNANDES