

Conferencias

Minha experiencia sobre phacoerisis

Com apresentação de enfermos

(Conferencia realizada pelo Dr. J. Margenat, no dia 27 de Março de 1935, na Sociedade de Ophthalmologia de Buenos Aires).

Ilustrados colegas:

Tão grande foi a honra com que se obsequiou o distincto presidente da Sociedade de Ophthalmologia de Buenos Aires, meu presado amigo o Dr. Damel, convidando-me a participar desta sessão — para mim memoravel — afim de expôr minha experiencia sobre phacoerisis, que tive duvidas em acceder ou não a esta immerecida attenção, terminando, enfim, por ceceital-a, não como homenagem á mim e sim como muito justa e merecida ao meu estimado e bom amigo, o professor Ignacio Barraquer.

Agradeço, pois, ao senhor presidente as amaveis palavras e immerecidos elogios que bondosamente dirigiu-me nesta occasião, que me proporciona para alternar com os distinctos colegas aqui presentes, occasião que vou aproveitar, ademais, para agradecer as muitas attensões que me tem sido dispensadas por um grande numero de colegas portenhos, entre os quaes devo destacar o professor Demaría e os Drs. Cerboni, Oneto, Guiñazú, Gallino, Iribarren, Noceti, Urquijo, Hurtault e muitos mais, alguns do Serviço de Olhos do Hospital Ramos Mejía, onde tudo me foi facilitado para o melhor exito das intervenções alli executadas.

E' de justiça tambem não esquecer a activa e competente enfermeira Miss Margarita Lynn, em quem encontrei uma intelligente e verdadeira collaboradora.

A todos deixo aqui consignado o meu mais profundo agradecimento.

Desde a epocha de Daviel numerosas gerações de oculistas tem dedicado um constante labor para o aperfeigoamento da extracção da cataracta, tendo chegado até principios deste seculo a uma técnica que, si bem não satisfazia o ideal cirurgico e post-operatorio, fazia com que nos resignassemos com o relativo progresso até então alcançado.

Porem a ophthalmologia, no seu constante afan de progresso e superação, não satisfeita com a extracção incompleta da cataracta — que si bem proporcionava uma visão relativamente satisfactoria aos operados era conseguida, na maior parte dos casos, sómente depois de um curso post-operatorio muito aquem do ideal almejado — tem alcançado actualmente resultados quasi inesperados.

A extracção intracapsular, já tentada por Daviel ha cerca de 200 annos, sómente em nossa época logrou attingir a perfeição de technica por todos tão ambicionada.

Por serem sobejamente conhecidos os inconvenientes do methodo classico ou extracapsular, não nos deteremos neste ponto.

Entre os modernos methodos intracapsulares mais divulgados tres delles são os mais conhecidos: o do Coronel Smith, da India, que poucos adeptos tem conquistado fóra desse paiz, por dispôr de poucas probabilidades de exito, quando executado em pacientes de raças com characteristics physicas e moraes muito differentes daquelles em que actuou esse grande cirurgiaão inglez.

Elsehnig, tem aperfeiçoado a technica de Stanculeano e do seu discipulo Török, conseguindo elevada percentagem de extracções totaes, porèm sem chegar á perfeição e alta cifra attingida por Barraquer com o seu methodo de extracção ideal — a Phacoerisis.

E' este o processo que temos tido occasião de aprender auxiliados e dirigidos pelo seu proprio inventor e cuja technica e resultados vamos expôr ligeiramente á apreciação deste culto auditorio.

Por este methodo, com o qual nos consideramos satisfeitos pelos magnificos resultados obtidos, temos já operado mais de cem casos, sendo os ultimos os dez enfermos internados actualmente no Hospital Ramos Mejía.

Entre estes terei, ao final desta dissertação, o prazer de apresentar ao julgamento de tão competentes juizes os que estavam em condições de se trasladar a este local.

Como, ao acceitar o honroso convite, feito na cidade de São Paulo pelos collegas Drs. Damel e Gallino, para realizar em Buenos Aires algumas operações de cataractas por Phacoerisis, não suspeitavamos que se nos apresentaria oportunidade para expôr de viva vóz o methodo Barraquer, nos vêmos obrigados, pela escassez de tempo disponivel, a fazer sómente um breve resumo do mesmo, seguido de algumas considerações sobre suas grandes vantagens.

As difficuldades que a sua delicada technica offerece, crêmos que só podem ser vencidas permanecendo-se uma longa temporada ao lado do seu inventor. A circumstancia de ser amigo e condiscipulo de Barraquer favoreceu-me, permittindo-me permanecer por mais de um anno a seu lado, compenetrando-me dos minimos detalhes da technica do seu methodo; e julgo que, em tão delicado acto cirurgico, a somma de tantos pequenos detalhes, aparentemente insignificantes, contribuem poderosamente para um brilhante resultado operatorio e visual.

Ao methodo ideado e aperfeiçoado por Barraquer, deu elle o nome de *Phacoerisis*, do grego *Phacos*, a lente, e *Erios*, eu arranco.

O aparelho denominado Erisiphaco consiste numa perfeita bomba de vacuo accionada por um motor electrico de corrente universal e em communicacão — por intermedio de um tubo de borracha — com uma pequena ventosa de platina destinada a ser applicada sobre a face ante-

rior do crystallino. A ventosa está adaptada a um cabo metálico que segurado com a mão direita tem ao alcance do dedo polgar o botão de uma valvula que abre e fecha o vacuo.

Formando corpo com a bomba existe um regulador de vacuo e um vacuometro de precisão, indicando-nos a todo momento a pressão negativa produzida pelo aparelho. O aparelho mais perfeito é o *typo Standard*.

Cada aparelho traz tres ventosas, a menor e mais frequentemente usada é piriforme, a média é oval e a maior redonda.

Conforme a idade do paciente, qualidade e periodo da cataracta e outras condições do olho usa-se uma ou outra das ventosas e varia-se a intensidade do vacuo a ser empregado. Desde que temos adoptado este systema o empregamos em todas as extracções de cataractas maduras ou não, com excepção naturalmente, das da infancia que, por serem liquidas e carecerem de nucleo, requerem uma technica especial.

CUIDADOS PREOPERATORIOS. — Antes de proceder ao acto operatorio, submettemos sempre o paciente a um exame geral, das vias respiratorias superiores, tensão arterial, urina, dentadura, urea no sangue, etc. etc.

O olho e annexos são objecto de detido estudo, particularmente as vias lacrimaes, a conjunctiva e o bordo ciliar, transparencia da cornea, profundidade da camara anterior, reflexos pupillares, existencia ou não de sinequias, tensão ocular, qualidade da cataracta e periodo de maturação da mesma, projecção e percepção luminosa da retina, etc. Exames alguns delles que devem ser auxiliados com a lampada de fenda.

Estudamos tambem o modo de comportar-se a iris com instillações de euphtalmina e cocaina.

Recommenda-se ao paciente tomar um purgante na vespera da intervenção, na noite desse mesmo dia um comprimido de Gardenal e outro na manhã do dia da operação. Com o emprego do Gardenal dorme o paciente toda a noite e vae tranquillo para a meza de operações.

Quando a tensão arterial fôr elevada, passando á maxima de 18 centímetros, fazemos, uma hora antes da intervenção, uma sangria de 250 a 300 grammas.

A OPERAÇÃO. — Procuramos operar sempre na mesma sala de operações, sem luz natural, illuminando exclusivamente o campo operatorio com a lampada de reflector de espelho de Zeiss, que usamos para todas as operações. Empregamos, igualmente, para operar a lupa binocular de Gullstrand.

O paciente deve deitar-se em uma meza baixa, collocando-nos sempre sentados atraz da sua cabeça.

Ainda que nos exames anteriormente praticados tenhamos encontrado em bom estado a conjunctiva, o bordo ciliar e as vias lacrimaes, na vespera da intervenção o olho á ser operado é submettido a abundante lavagem com soro physiologico, deixando-o coberto com gaze esteril até o dia seguinte, quando, meia hora antes da intervenção, novamente com-

provada a ausencia de secreção conjunctival, principiámos a preparar a pupilla instillando duas ou tres gottas de solução liquida de euphtalmina a 5%, seguidas de duas ou tres da solução de cocaina empregada para a anesthesia conjunctival, que é a 10% em solução normal de adrenalina.

Depois de ensaboar a pelle das palpebras, nariz e ao redor de ambos os olhos, lavamos estas partes com solução de hermophenil a um por mil e immediatamente as conjunctivas e fundos de sacco com abundante quantidade de sôro physiologico. Humedecemos a pelle do nariz e palpebras com uma solução de tintura de iodo fresca dilluida em partes eguaes de glycerina e alcool, friccioneando em seguida o bordo ciliar com um algodão impregnado em uma solução de nitrato argentario a 3%.

Se julgarmos que a midriasis conseguida com a euphtalmina e a cocaina não é sufficiente para poder applicar a ventosa com facilidade, injectamos no tecido subconjunctival, junto ao limbo, duas gottas de solução normal de adrenalina, o que nos garante a necessaria dilatação da pupilla.

Não usamos nunca a homatropina nem a atropina, pois seu emprego provoca uma midriasis excessiva e muito prolongada, absolutamente desnecessaria.

Procedemos em seguida a anesthesia do ganglio ciliar com a injeção de um a um e meio centimetros cubicos de solução de novocaina a 5% com adrenalina ao millesimo, fazendo penetrar a agulha atravez da pelle do angulo infero-externo do rebordo orbitario e, convencidos de não estar sua ponta em um vazo, adapta-se a seringa apertando o embolo.

A agulha não deve ser excessivamente fina, nem de ponta muito aguda, para não ferir os vazos orbitarios, accidente que poderia occasionar um hematoma.

O emprego da injeção retrobulbar offerece grandes vantagens: diminue consideravelmente a tensão ocular, produz accentuada paresia dos musculos rectos e á anesthesia mais profunda que occasiona se lhe junta o retardamento do apparecimento das dôres post-operatorias.

Immediatamente, enquanto se vae produzindo o effeito desta injeção, procede-se á akinesia, injectando dez centimetros cubicos de solução de novocaina a 2%, sem adrenalina. Praticando a injeção bem profundamente, junto ao periosteo, inicia-se immediatamente a paralyisia do orbicular.

A akinesia a consideramos indispensavel para evitar pressões intempestivas e involuntarias das palpebras sobre o olho, ainda que se opere com o auxilio do blepharostato de Arruga.

Fazemos uma pequena cantotomia para que o angulo palpebral externo não comprima o globo.

Collocamos em seguida o citado blepharostato e passamos um fio de seda negra por debaixo do tendão do recto superior, que deixamos descansar sobre a testa do paciente, valendo-nos d'elle sómente quando queremos que o olho se incline para baixo.

Effectuamos immediatamente a sutura previa da cornea, cuja execução é summamente facil, e que nos proporciona extraordinaria segurança desde o momento da sahida da cataracta para o exterior do olho.

O melhor Tonico é a
Phospho-Calcina-Iodada

PRESCRIPTA DIARIAMENTE PELOS MAIS

NOTAVEIS MEDICOS

O SEU VALOR TERAPEUTICO SE IMPÕE PELO SEGUINTE:

- 1.º — Não contém fluoretos (discalcificantes).
- 2.º — Não contém phosphatos acidos (assimilação nulla);
- 3.º — Não contém phosphato monocalcico e phosphato bicalcico (fraca assimilação);
- 4.º — Não contém glycerophosphatos (assimilação 18%);
- 5.º — Na sua confecção entram como elementos principaes os HY-PHOSPHATOS de calcio e de sodio e o IODO combinado em forma organica, componentes estes possuidores de um poder absoluto de assimilação (90%);
- 6.º — Não contém alcool, não produz iodismo, augmenta o numero de globulos sanguineos e restitue as forças, tornando-se um grande agente de estimulação nutritiva e de renovação sanguinea, e
- 7.º — É o tonico que possui maior numero de valiosos attestados de illustrados clinicos (vide documentos annexos ao vidro).

Para obter amostra queira dirigir-se ao:

Laboratorio da PHOSPHOCALCINA - Rua Senador Feijó 22
CAIXA POSTAL 1578 —S. PAULO

IODOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SÍFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MORRILLO E CHAULMOGRICO SUPERSATURADOS DE LÍPOIDES TOTAES DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS A DISPOSIÇÃO DA CLASSE MEDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

RIO

INSTITUTO BRASILEIRO DE MICROBIOLOGIA



SAL SOLUVEL DE BISMUTHO
CADA EMPOLA CONTEM 0.026^g DE BISMUTHO METALLICO
MEDICAÇÃO INDOLOR E ATOXICA PARA INJECCÃO INTRA-MUSCULAR
TONICO ESTIMULANTE ESPECIFICO ENERGETICO

O mais energico medicamento contra
os **espasmos dolorosos** do
pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronquios
(asthma), dos ureteres, do utero, etc.

ATROVERAN
SEM ENTORPECENTE
A base de papaverina, belladonna, meimendo e boldo.
XX a XXX gotas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.^{rio} Gross - Rio

NEURILAN

Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.
Indicado na excitação nervosa,
nos desequilibrios vasosympat-
hicos, palpitações, insônia, *dyspepsia* nervosa,
A base de estroncio bromado,
crataegus, leptolobium, meimendo.

Dose: 1 a 2 colheres das de chá em agua
assucarada às refeições

Lab.^{rio} Gross - Rio

NAO DEPRIMENTE
NEURILAN

Desde o começo da nossa pratica ophtalmologica habituamo-nos a operar sós, sem auxilio de mãos extranhas, julgando que as do ajudante ideal, para intervenções tão delicadas, raramente as podemos encontrar. Crémos que as mãos do nosso auxiliar deveriam obedecer mais ao nosso pensamento do que á nossa palavra, tal a rapidez com que é preciso agir a todo momento para evitar pressões intempestivas, sobre o olho e para não actuar em desaccordo com os movimentos dos instrumentos manejados pelo cirurgião. Podemos affirmar que assim procedendo, nunca sentimos falta de um competente ajudante desde que praticamos a Phacokerisis, sendo o blepharostato de Arruga o nosso unico auxiliar no acto da extracção total.

Uma vez collocada a seda corneal em forma que não moleste o resto da intervenção, procedemos á incisão, fixando o globo na extremidade inferior do meridiano vertical.

A faca deve entrar e sahir em pleno limbo e a 1 millimetro acima do diametro horizontal da cornea, procurando fazer um extenso retalho conjunctival que deverá iniciar-se a pouca distancia da punção e da contra-punção, terminando entre os dois pontos da sutura corneal, ficando assim o retalho de forma quadrangular.

Tem-se dito e repetido — sempre com razão — que “a operação da cataracta é a incisão”. Esta verdade pode-se applicar tambem e com maior justiça á extracção total. Aos recém iniciados neste novo processo operatorio, a incisão grande abrangendo quasi á metade da cornea, inspira-lhes certo receio e fracassam frequentemente por praticarem uma incisão pequena, excessivamente corneal, que se daria justa passagem á lente não permite a sua sahida junto com a ventosa.

Uma incisão sufficientemente grande, não sómente contribue em facilitar a extracção total, como faz que o astigmatismo post-operatorio seja muito menor do que quando o retalho é puramente corneal.

Alguns cirurgiões opinam que a incisão, por ser neste methodo muito peripherica, deve ser effectuada immediatamente apóz a injeccão retrobulbar, para evitar que a hiperemia da conjunctiva que ella provoca, occasiona a penetração de sangue, proveniente do retalho, na camara anterior. Affirmam ainda que si se demorar em praticar a incisão, esta se verá difficultada pela hipotonia do globo. Opinamos com Barraquer que com uma demora de 6 a 8 minutos em nada é prejudicada a intervenção com o sangue que possa entrar na camara anterior, nem com a hipotonia. Aquelle é facilmente removido para o exterior do olho e a hipotonia nunca é tão excessiva que chegue a difficultar a incisão, pois, ao contrario, contribue para que a iris seja com menos frequencia offendida pela faca.

Creemos que neste caso, como em todos em que fôr utilizada a anesthesia local, o essencial é saber esperar o seu effeito, porque do contrario nunca conseguiremos uma boa anesthesia (principalmente da iris e da musculatura extrinseca), nem será a intervenção beneficiada com o objectivo principal da injeccão retrobulbar que é a hipotonia, por isto a effectuamos sempre antes de praticar a akinesia e as suturas do recto superior e da cornea.

Em continuação pratica-se uma pequena iridectomia peripherica, pinçando e seccionando a iris sempre dentro da camara interior, sem levá-la ao exterior do olho.

Praticar a iridectomia peripherica é detalhe absolutamente indispensavel e consideramos falta de technica prescindir della, pois alem de evitar a hernia da iris e do vitreo, que poderiam apresentar-se mesmo antes de terminada a intervenção, permite que o paciente seja autorizado a gozar de certa mobilidade post-operatoria que não se lhe pode consentir quando se prescindiu deste tempo operatorio.

Para a perfeita execução da iridectomia peripherica é sufficiente que a iris esteja em midriasis media, porque a maxima difficulta consideravelmente a applicação correcta da pinça de Hess; pois é sabido que este tempo — entre todos os da intervenção — é um dos que maiores difficultades offerece.

A iridectomia pode resultar excessivamente grande ou pouco peripherica, quando não se pode ver bem o lugar onde é applicada a pinça.

Por outro lado, uma midriasis media é sufficiente para a correcta applicação da ventosa, porque a facil dilatabilidade do esfinter iridiano, que a euphtalmina favoreceu, faz com que nenhuma resistencia se opponha á manobra da passagem da lente atravez da pupilla.

Chegando a este momento e antes de iniciar-se a extracção da cataracta, é conveniente cuidar que a camara anterior esteja livre de sangue para lograr uma perfeita adaptação da ventosa sobre o crystallino; uma boa visibilidade é tambem indispensavel para não insinuar a ventosa pelo orificio da iridectomia ou, o que seria ainda peor, arrastar a iris ao exterior por ter applicado a ventosa simultaneamente sobre esta e a lente.

O tamanho da ventosa e a quantidade de vacuo a empregar em cada caso dependem, como ficou dito, da qualidade da cataracta, do seu estado de maturação e da idade do paciente.

Uma cataracta senil, completamente madura, ao contrario de outra immadura ou de pessoa jovem, requer maior quantidade de vacuo e ventosa de menor tamanho, por ser mais difficilmente deformavel, a sua capsula mais resistente e a zónula mais fragil.

Mantendo o erisiphaco na mão direita, a modo de uma penna de escrever, levanta-se o retalho com uma pinça fina mantida com a mão esquerda e sem fazer a minima pressão sobre o botão da valvula, introduz-se a ventosa na camara anterior, pelo lado temporal da incisão para o olho direito e pelo lado nasal para o esquerdo, procurando fazel-a avançar até mais abaixo do centro da pupilla e, uma vez em perfeito contacto com a face anterior do crystallino, sem exercer pressão sobre o mesmo, nem imprimir movimento algum ao instrumento, aperta-se com o pollegar o botão da valvula, dando passagem ao vacuo é ao produzir-se este na ventosa, adhire a ella o crystallino, diminuindo instantaneamente seu diametro maximo, deslocando-se para junto da ventosa o nucleo crystallineano.

Sem deixar de comprimir constantemente a valvula, retira-se de um millimetro para cima ventosa e crystallino, fazendo immediatamente effectuar a este uma volta de quasi 180 grãos, de forma que o seu bordo inferior deslize sobre a face posterior da iris, penetre na camara ante-

rior, convertendo-se em bordo superior, transformando assim a face posterior do crystallino em anterior; esta ultima permanece em contacto com a face posterior da cornea.

Termina-se então a extracção, fazendo sahir o crystallino pelo lado da incisão opposto ao da penetração da ventosa.

Uma vez iniciada a manobra de rotação da cataracta, é esta acompanhada para o exterior do olho com as extremidades de um pinça fechada que se desliza pela superficie da cornea, auxiliando a sua expulsão.

Durante todo este tempo da operação é necessario proceder com grande calma e suavidade, para que a ventosa permaneça correctamente applicada sobre o crystallino sem incluir a iris e sem que a ventosa e a pinça exerçam a minima pressão sobre o globo.

Deve-se ter tambem o maximo cuidado para não apertar o botão da valvula antes de estar toda a periphéria da ventosa em contacto com a face anterior da lente, pois o vacuo poderia attrahir a iris, arrancando-a completamente ao retirar-se a ventosa.

O auxilio da pinça não é necessario para favorecer a ruptura da zónula, pois, sendo a ventosa um zonolotomo, é ella sufficiente para isolar o crystallino das suas fibras de tensão.

A ruptura das fibras zonulares effectua-se em sua extremidade crystallineana e não na ciliar, devido á rapidissima deformação do crystallino, conseguida com as intermitencias do vacuo em numero de 3000 por minuto.

Ata-se immediatamente o ponto corneal e si fôr necessario reduz-se a iris com uma espatula, tendo o maior cuidado de não tocar com ella a hialoides, para não rompê-la.

Em ambos os lados da sutura corneal effectuamos em seguida dois ou mais pontos conjunctivo-conjunctivaeas, atravessando a conjunctiva junto á cornea.

A exemplo de Elschnig, passamos ligeiramente um algodão molhado em solução dilluida de tintura de iodo sobre toda a incisão, retirando o ponto do recto superior e em seguida o blepharostato. No fundo de sacco inferior collocamos um pouco de pomada de noviformo com eserina, juntam-se as palpebras recommendando ao enfermo manter os olhos fechados como si dormisse e si existir ainda alguma difficuldade por persistencia da akinesia, damos um ponto de palpebra a palpebra, incluindo sómente a pelle. Colloca-se sobre as pestanas de ambos os olhos um pouco de pomada de sublamina e por cima uma gaze de forma oval humedecida e recoberta de ligeira camada de algodão.

Para evitar qualquer pressão involuntaria por parte do paciente, applicamos sobre ambos os olhos um protector metallico duplo de De Saint Martin, que é o mais pratico que conhecemos.

CURSO POST-OPERATORIO. — A Phacoerisis proporeciona aos olhos operados um curso post-operatorio tão normal, que si o operado não comette nenhuma imprudencia fica absolutamente livre de complicações, proporecionando ao operador a maxima despreocupação pelo bom resultado da intervenção.

Tres dias depois da operação fazemos o primeiro curativo, applicando um pouco de pomada de atropina com voniformo no fórnix, deixando o paciente com um protector monocular (tambem modelo do Dr. De Saint Martin), e o outro olho destapado. Tres ou quatro dias mais tarde, fazemos o segundo curativo, retirando os pontos e si fôr necessario, collocamos novamente um pouco da mesma pomada midriaseica.

Já no fim da segunda semana se pode prescrever um oculo com vidro provisório que, mais tarde, é substituído por outro definitivo, com a devida correção esphero-cylindrica.

O que mais surprehende e admira já no primeiro curativo praticado aos operados por phacoerisis é ver o aspecto normal do olho, desgestionado, com cornea bem transparente, ausencia de reacção inflammatoria da iris, iridodonesis e com a pupilla "negra, central e redonda", como diz e repete Barraquer, e já com a visão bastante satisfactoria.

Tratando-se de intervenção tão minuciosa e de technica tão delicada, crémos justificados todos os cuidados pre-operatorios a que são submettidos nossos pacientes, já que devido a todas essas precauções chegamos ao acto cirurgico com absoluta convicção de que não se apresentarão accidentes imprevistos durante a intervenção e no curso post-operatorio.

Barraquer usa em lugar da sutura corneal a conjunctivo-conjunctival na parte superior do retalho, effectuada logo apóz a terminação da incisão. De Saint Martin, de Toulouse, opera sempre com sutura previa da cornea.

ACCIDENTES OPERATORIOS. — Se bem que esta operação offereça difficuldades, por serem todos os seus tempos de uma delicadeza muito superior aos de outros methodos, agindo sobre um olho bem preparado, com calma, sem precipitação, sem incorrer no erro de julgar que o brilho da intervenção reside na rapidez com que a mesma é executada, podemos affirmar que os accidentes operatorios são quasi nulos.

Para vencer estas difficuldades sem fazer correr ao olho o risco de accidentes que seriam excessivamente frequentes, julgamos que oculista algum deve tentar a Phacoerisis sem estar sufficientemente familiarisado com o methodo extra-capsular e sem ter assistido antes a numerosas extrações intra-capsulares executadas com a ventosa e conhecer bem o manejo do erisiphaco que, em mãos inexperientes, se converte numa arma de dois gumes, podendo occasionar accidentes irreparaveis.

Entre os accidentes que por imperfeição da technica podem-se dar encontram-se: a iridectomia involuntaria com a faca, a applicação da ventosa por cima da iris, a luxação da cataracta, a ruptura da crystalloide e as hernias da iris e do vitreo.

Com uma boa illuminação e a camara anterior do olho livre de sangue, é impossivel pinçar a iris com a ventosa e, procedendo com suavidade, não se produzirá nunca o accidente de luxar o crystallino no vitreo.

A ruptura da capsula é cada vez menos frequente, á medida que o operador vae se familiarisando com a phacoerisis, apprendendo a regular convenientemente a quantidade de vacuo e tamanho da ventosa a empregar para cada caso. Devemos insistir, repetindo, que nas pessoas jo-

BIBLIOTECA**MÉDICA BRASILEIRA**

Acabamos de receber, por gentileza da Cia. Editora Nacional, o primeiro vol. do Compendio de Pediatria que José M. da Rocha traduziu, e ainda as Lições de Eletrocardiologia Clinica de Jairo Ramos.

O primeiro reúne trabalhos de altas autoridades na moderna pediatria, como sejam Eckstein, Rominger, Freudenberg e György, sendo abordados em suas paginas questões referentes á anatomia e fisiologia clinicas, á semiotica e á nutrição.

O livro de Jairo Ramos é um estudo sucinto, de grande utilidade para o estudioso e que se estende sobre as questões relacionadas directamente com a eletrocardiografia normal e patologica.

Ambos são duas valiosas obras feitas pela bibliografia medica brasileira. E aqui agradecemos á Cia. Editora Nacional a cortezia de uma oferta que tanto vale.

Novos volumes da

Biblioteca Médica Brasileira

COMPÊNDIO DE PEDIATRIA

pelos professores Degkwitz, Eckstein, Freudenberg, Brühl, Gobel, György e Rominger.

Traduzido por José M. da Rocha, livre-docente da Universidade do Rio de Janeiro.

Esta *edição brasileira* foi enriquecida, só no 1.º volume, de 316 notas, referentes em grande parte a problemas do nosso país.

1.º volume — 429 pags., sólida-
mente enc. 38\$000.

LIÇÕES DE ELETROCARDIOLOGIA

pelo Dr. Jairo Ramos, assistente da Universidade de S. Paulo e professor da Escola Paulista de Medicina.

Obra de grande utilidade para todo clínico, pois o conhecimento da eletrocardiografia — ainda que apenas teórico — faculta orientação segura no exame do doente pelos métodos clássicos.

Vol. com 240 págs. e 186 gravuras, enc. 35\$000.

Edições da

**COMPANHIA EDITORA
NACIONAL**

Rua dos Gusmões, 118/140
S. Paulo

Larosán "ROCHE"

Medicamento dietético
da diarrhéa infantil.



Caixa de 100 grs.
Saqinho de 20 grs.

Amstras e litteratura

PRODUCTOS ROCHE S. A. -- C. Postal, 329 -- RIO.

vens a zónula é muito resistente e a capsula mais fragil do que nas mais idosas.

As hernias de iris e de vitreo raras vezes se apresentam quando é praticada uma boa akinesia, uma incisão sufficientemente grande e se não se exercer pressão alguma sobre o globo.

A ventosa por si só não extrahe a cataracta, pelo contrario, sua applicação requer maior habilidade e destreza do que qualquer outro methodo e, por este mesmo motivo, sómente se deve applicar ao paciente depois de ter adquirido a sufficiente pratica e ter a certeza de que será logrado o exito operatorio.

COMPLICAÇÕES POST-OPERATORIAS. — Apóz uma perfeita phacoerisis, as complicações são nullas, sendo o que mais enthusiasma no exito deste processo é o seu curso post-operatorio. Nos operados por esse processo constata-se ausencia completa de reacção por parte da iris e corpo ciliar, rapida cicatrização da incisão e aspecto normal da cornea e pupilla negra, central e redonda.

Com uma perfeita iridectomia peripherica e boa coaptação do retalho conjuntival — conseguida com os necessarios pontos de sutura — é impossivel complicação alguma post-operatoria se o paciente guarda o repouso conveniente evitando cometter qualquer imprudencia.

VANTAGENS DA PHACOERISIS. — Do exposto deduz-se facilmente as grandes vantagens da extracção *in-totum* praticada com a ventosa.

A Phacoerisis é o unico processo que merece propriamente o nome de extracção, pois a ventosa actua como se fosse um iman que atrahisse para fóra o crystallino, fixando-o pelo vacuo e arrastando-o ao exterior do olho, já que com a ventosa não é necessario em nenhum momento effectuar pressão alguma sobre o globo ocular.

A acção do erisiphaco como zonulotomo, rasgando as fibras zonulares junto ao equador da lente, evita que se effectuem tracções sobre o corpo ciliar.

A lentidão com que a pinça isola o crystallino da zonula, rasga esta junto á sua inserção ciliar, occasionando muitas vezes cyclites e descen-tração da pupilla.

A força com que a pinça actua é sempre a mesma, a porção de capsula apanhada é muito pequena, sendo sempre indispensavel exercer alguma pressão sobre o crystallino para que a pinça cumpra e exerça sua função, qualquer que seja a qualidade da cataracta, bem como o seu periodo de maturação e a idade do paciente, sendo indispensavel o auxilio de uma pressão exterior para romper as fibras zonulares.

A ventosa — ainda a piriforme — é de um tamanho relativamente grande, actuando sobre uma superficie relativamente extensa, agindo com a minima pressão e se mo auxilio de outro instrumento que exteriormente comprima o globo. O seu tamanho e a sua força, ésta representada pelo vacuo, são sempre variaveis, sendo que ambos obedecem a uma indicação precisa para cada caso.

O tamanho da incisão, talvez maior que em qualquer outro methodo, não é um inconveniente e sim uma vantagem para o acto operatorio e para o resultado funcional do órgão. Já que, por ser tão peripherica, facilita a applicação da ventosa e a sua sahida junto com a lente e, coadjuvada pela sutura corneal, traz como favoravel consequencia um astigmatismo menor nos operados por phacoerisis, do que nos que o são por outros processos, e portanto uma visão mais perfeita.

Alem de conseguir-se com a ventosa quasi 100% de extracções totaes, tem ella a grande vantagem de permittir a extracção da cataracta em qualquer periodo de maturação em que se encontrar, sendo tambem a phacoerisis applicavel com grande exito sobre os demais methodos á extracção total do crystallino transparente nas myopias excessivas.

Dos dez enfermos internados na sala XIII do Hospital Ramos Mejía e por nós operados durante os dias da nossa actual permanencia em Buenos Aires, foi possivel trazer a este acto, os seguintes:

1. — Visitación A. de R., de 62 annos, com cataracta senil do O. E., operada no dia 15, está como pode constatar-se com a pupilla negra, central e redonda e pequena iridectomia peripherica.

2. — Josefa L., de 62 annos, cataracta senil do O. D., operada no dia 15, com a pupilla negra, ligeiramente descentrada para cima, julgo que, devido a ter feito algum esforço no primeiro dia de operada, occasionando-se hiphema e rasgando-se, provavelmente, a hialloides, pois não houve accidentes operatorios.

Tem pequena iridectomia peripherica.

3. — Antonia A., de 49 annos, cataracta senil do O. E., operada no dia 16, pequena iridectomia peripherica; é o unico operado em que houve uma pequena perda de vitreo, devido á ligeira compressão que exercei com a pinça em virtude da incommoda posição em que estavam o operador e a enferma (muito gorda) durante o acto operatorio. Sem embargo vê-se bem coaptado o retalho e fica unicamente uma pequena descen-tração pupillar.

4. — Rosa S., de 55 annos, cataracta senil do O. E., operada no dia 16, pupilla negra, central e redonda, iridectomia regular.

5. — Nicolás T., de 82 annos, cataracta senil do O. D., operado no dia 18, iridectomia ligeiramente grande.

Neste caso pode-se já julgar á simples vista que o astigmatismo será maior do que em qualquer outro destes operados. (O retalho foi effectuado por outro collega que, por falta de habito, o fez excessivamente corneal).

6. — Miguel R., de 74 annos, cataracta senil do O. E., operado no dia 19. Está com a pupilla central e tem pequena iridectomia peripherica.

Existe ainda ligeiro hiphema.

7. — Maria J. R. de R., de 70 annos, cataracta senil do O. E., operada no dia 21, pupilla negra, central e redonda.

A iridectomia peripherica resultou ligeiramente grande por estar defeituoso o fio da pinça-thesoura.

A nenhum destes operados foi feito ainda o exame da sua refração, porem em vista do magnifico estado em que se encontram seus olhos, creio que os collegas presentes compartilharão commigo da absoluta certeza que tenho, de que a visão alcançará em cada um delles a unidade.

Os outros tres operados, acamados ainda no Hospital Ramos Mejía, estarão, dentro de poucos dias, em condições identicas ás dos que foi possivel trazer hoje, já que as intervenções correram tambem com toda a normalidade.

Com a apresentação destes enfermos operados, julgo que fica evidentemente demonstrada a excellencia da Phacoerisis e creio que os collegas argentinos, que presenciaram as intervenções e acompanharam o seu curso post-operatorio, estarão convencidos de que não tratei sómente de mostrar o brilhantismo do acto operatorio, como tambem termino a tarefa que me produz, dando occasião para convencer sobejamente a todos dos magnificos resultados que podem ser obtidos com a Phacoerisis.