

CÓRNEA — REMINISCÊNCIAS E RETROSPECTO

Hilton Rocha *

A longa vida profissional, se não potencia o mérito, confere pelo menos experiência, permitindo um retrospecto objetivo e compensador, sobre o que se fez, os degraus vencidos, os horizontes descerrados e as conquistas atingidas.

E, para cada passo e cada conquista, novas incógnitas e novos desafios.

“Fantasia audaciosa” foi como Dieffenbach (1831) rotulou a idéia de Reisinger, que em 1824 cunhara a expressão “ceratoplastia”.

Os esforços iniciais, mais ou menos isolados, eram essencialmente através dos heterotransplantes. Kissam (1838) enxertou no homem córnea de porco, Wutzer (1844) fê-lo com córnea de carneiro. Esses e tantos outros esforços esporádicos eram em geral mal compreendidos. Wharton Jones, em 1862, chegou mesmo a dizer: “Ces objectifs font plus d'honneur à l'imagination qu'à la sagacité de ceux qui les ont proposées”.

É sempre assim. O pioneirismo traduz um anseio ou um arroubo, quando não a centelha de um gênio, mas sempre é uma clarinada. O eco virá depois. Não há eco no vazio. A reflexão pode reforçar o grito inicial, mas pode vir com sentido anulatório ou interferente. Porém mais vale que exista, para perpetuar-se.

A idéia original de substituir a córnea humana por fragmentos inorgânicos transparentes (vidro, por exemplo), ou por córneas transparentes de animais, significou realmente um pioneirismo sonhador, demasiado audacioso — bem merecendo o epíteto de “fantasia audaciosa”

As tentativas sucederam-se, em geral amortecidas pelo fracasso.

Claro que, numa palestra de alguns minutos, não viria eu fazer um retrospecto histórico de 200 anos.

Esta introdução foi para dizer que a “fantasia audaciosa” ganhou terreno. Hoje a ceratoplastia é intervenção de rotina, o uso de ceratoprótese também já se firma nos casos desesperados, e não é exagero antevermos a viabilidade vindoura dos heterotransplantes.

A minha modesta experiência pessoal e de alguns de meus colaboradores neste capítulo, hoje especialmente a de Paulo Galvão, vai me permitir trazer, de permeio com os avanços que nós mesmos perlustramos, a

oportunidade de destacar o esforço e contribuição de vários colegas brasileiros.

De início (e até hoje) foram relegadas as tentativas do heterotransplante e mesmo alguns êxitos esporádicos. E a córnea doadora utilizada passou a ser a do próprio homem (*homo*, e mais raramente o *auto-transplante*). Principalmente depois que Filatov (1924) nos ofereceu genialmente o velo da córnea de cadáver.

No Brasil, acredito poder destacar como pioneiro da *ceratoplastia penetrante* o saudoso prof. Cyro de Rezende, cuja tese de livre-docência (1938) — “Sobre o emprego da córnea de cadáver nas queratoplastias” — registrou oito casos, dos quais 6 com transparência definitiva. Cyro de Rezende voltou depois com vários outros trabalhos, inclusive em 1953, ao aconselhar com justificado entusiasmo o transplante nos ceratocones.

Já àquela época, também iniciávamos nossas ceratoplastias, cujos primeiros resultados foram comentados, em 1942, na Revista Médica de Minas Gerais.

Moura Brasil, também em 1942, (IV Cong. Bras. Oftalmologia), deu-nos as suas primeiras observações, e em 1948 Clovis de Paiva, em Recife, defendia tese de docência sobre 11 ceratoplastias realizadas.

As minhas primeiras operações utilizaram, não o trépano, mas a dupla-faca de Castroviejo, talhando-se um quadrado e não um disco. Não dispúnhamos de trépanos fidedignos e as lâminas da dupla faca eram facilmente cambiáveis. O afastamento entre as duas lâminas, dando-nos o lado do quadrado a ser talhado, era de facilímo ajuste. Mas evidentemente o quadrado era uma transição: inestético, com seus ângulos mais frágeis e vulneráveis etc. — aguardava os bons trépanos, que logo surgiram.

Também a sutura de então, que realizávamos, era bem distinta da de hoje. Usávamos o fio de seda Kalt (*Moria*); era o melhor que possuíamos, o mesmo que hoje poderemos utilizar para a conjuntiva. Com agulhas também não tão aprimoradas, preferia-se evitar a passagem do fio pela córnea doadora, respeitando ao máximo o tecido enxertado.

A sutura preferida era em rede, ancorada na córnea doadora, entrecruzando-se sobre o enxerto, à moda de Castroviejo.

Os trépanos surgiram e se esmeraram, os fios requintaram-se (seda virgem, náilon etc), as agulhas cada vez melhores (Glieshaber, Oertli). A sutura borda-a-borda tornou-se a preferida, com pontos isolados. Mas ainda poupava-se a córnea doadora, mesmo em sacrifício da melhor contenção: o número de pontos mais ou menos correspondia ao número de milímetros do trépano usado. A pouco e pouco, como em toda a cirurgia, requintou-se e reforçou-se a sutura, garantindo muito melhor prognóstico, propiciando uma coaptação muito melhor entre doador e receptor, aumentando verticalmente o percentual de sucesso, tornando viáveis casos antigamente absolutamente inexequíveis.

Tantos pontos quantos necessários, e hoje, muito mais que isso, a sutura contínua, o chuleio, realmente hermético no seu papel contensor, har-

mônico e simétrico na tarefa coaptadora. E usando-se náilon 30 micra ou 10 zeros, que se incorpora à córnea, sub-epitelial e sub-endotelialmente, ali podendo ficar teoricamente *in aeternum*, mas de qualquer forma sem nos exigir nenhuma precipitação no que tange à sua retirada.

O avanço técnico foi nitidamente precipitado com o uso generalizado do microscópio cirúrgico, que nos dá muito maior garantia de apuro técnico, principal justificador do alto percentual de sucesso hoje colhido.

E como sempre, um avanço ou um progresso, traz consigo uma série de sugestões ou exigências para o seu prosseguir. No que tange ao microscópio, ao lado do manuseio de instrumentos “miniaturizados” e foscos, principalmente desponta a tendência de se buscar um trépano motorizado e angulado, em “cachimbo” (como denomina Galvão), para permitir que se possa também fazer facilmente sob microscópio a secção da córnea receptora.

A córnea de cadáver sempre como fonte doadora. De início com as reservas religiosas, jurídicas e sociais, criando dificuldades, e por vezes mesmo processos penais, a que eu mesmo não me pude furtar. Processos penais que não maculam, mas aureolam.

Pio XII fez desvanecer o obstáculo religioso. Eu o ouvi dizer em Roma, com aquela grandeza toda Dele, depois de falar nos diversos idiomas que ali se conglomeravam (Congresso Latino de Oftalmologia), e de se dirigir a nós, de Portugal e do Brasil, como “os do jardim da Europa a beira-mar plantado e os da terra de Santa Cruz”, afirmando:

“Do ponto de vista moral e religioso nada há a objetar à extração da córnea de um cadáver, isto é, às ceratoplastias, tanto lamelares quanto perfurantes. Para quem as recebe, isto é, o paciente, elas representam uma restauração e a correção de um defeito de nascimento ou acidental. O defunto, cuja córnea se extrai, não é ferido em nenhum dos bens a que tem direito, nem no seu direito a esses bens”.

Pio XII fez desvanecer o obstáculo religioso, dando colorido de benevolência ao que se estigmatizava como profanação.

E recentemente, o nosso Supremo Tribunal Federal, de certo modo firmando jurisprudência, reconheceu “falta de tipicidade penal” na remoção dos dois olhos de um cadáver, que se achava no necrotério aguardando necrópsia, para serem utilizados em experiências científicas. Como caracterizar “vilipêndio e destruição” numa atitude assim doirada de bons intuitos, de intuitos cristãos?

Relembremos e reverenciemos a memória de dois grandes oculistas que deixaram doadas as suas córneas, num exemplo marcante do altruísmo enobrecedor — Barraquer e Busacca.

O progresso técnico começou então a se delinear, no sentido da ceratoplastia “lamelar”, que poderá ser mais delicada na sua execução, mas muito menos perigosa na sua evolução.

A idéia da lamelar provém de Walters no século passado, merecendo registro o estudo minucioso contido na monografia de Mühlbaum (1840).

Von Hippel, em 1888, com seu conhecido trépano, arvora-se em líder das ceratoplastias lamelares, com adeptos da envergadura de Fuchs, Elschnig e Plange. Loehlein, em 1910, como precursor das facas de lâminas paralelas, defende o retalho lamelar vertical de toda a altura da córnea.

Mas o grande destaque histórico foi a série de trabalhos experimentais de Bonnefon e Lacoste (1911-1914), que lançando um impacto contra as ceratoplastias perfurantes, fazia ressurgir o interesse pelas lamelares, ao admitirem que **todo transplante se opacificaria quando não respeitada a Descemet**. Essa convicção errônea teve generalização, inclusive por parte de Magitot, que permaneceu toda sua vida adepto da técnica lamelar, afirmando após 40 anos (1948): “Creio ainda hoje que a ceratoplastia lamelar pode ser utilizada com sucesso em 75% dos casos, em que se utiliza atualmente a técnica perfurante”.

Mas houve um hiato. A técnica perfurante contagiou os oftalmólogos, ao bafejo de Filatov, Castroviejo, Arruga, Franceschetti e tantos outros.

Pode-se dizer que foi o mesmo Filatov (1937) que, de certo modo a reviveu, quando no nascedouro da histioterapia, passou a aconselhá-la como curativa de uma penetrante em opacificação.

Castroviejo, campeão incontestado das ceratoplastias, retardou de certo modo o deslanchar da ceratoplastia lamelar. Descrente dela de início, foi no entanto sempre o propugnador das ceratectomias ou decorticações da córnea. Vivemos essa época, quando todos buscávamos, e frequentemente obtínhamos resultados por vezes surpreendentes com as simples ceratectomias, removendo da superfície da córnea atingida camadas mais ou menos fibrovascularizadas, impedientes do trânsito óptico. Podemos citar, entre nós, Moura Brasil que ao IV Congresso Bras. Oftal., no Rio de Janeiro, levou alguns casos desta técnica.

Mas se, como vimos, Bonnefon, Lacoste e Magitot imprimiram entusiasmo à lamelar, porque julgavam sagrada e intangível a membrana de Descemet, por outro lado Castroviejo, com todo seu mérito e prestígio, nela descreia, porque não acreditava em um ajuste perfeito e **transparente** entre o leito decorticado e a lâmina doadora. Tivemos que esperar o admirável relatório de 1948 da Soc. Fr. Ophtal: Paufigue e Sourdille tornaram-se credores da gratidão dos oftalmólogos de todo o mundo, por reviverem, sistematizarem e difundirem a ceratoplastia lamelar.

Mesmo antes desse relatório, Paufigue já manifestava seu entusiasmo, de certo modo contagiado pelos resultados de Franceschetti, apresentando em 1947 um trabalho que intitulou “Plaidoyer pour la greffe cornéenne non perforante”, procurando refutar as principais objeções arguidas, inclusive esta de Castroviejo (1941): “la formation inévitable de tissu conjonctif à la base de la cicatrice aboutit à la formation dun certain degré d’opacification de l’implant qu’il est impossible d’éviter”.

Objeção essa que foi rebatida categoricamente por Paufigue. E Castroviejo, genial como sempre, em 1950, já se incluía entre os seus segui-

dores, admitindo mesmo que viesse ele a preferi-la às ceratoplastias penetrantes e às ceratectomias.

Pessoalmente, passei a realizá-la em 1950, depois de uma visita a Franceschetti, em Genebra.

Em 1953 e 1954, pude apresentar os primeiros casos e as minhas primeiras impressões sobre a ceratoplastia lamelar, inclusive mais amplamente no Relatório Oficial ao VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, em São Paulo (1954).

Aquela época talhávamos o disco doador com “faca de Bock” e ulteriormente com ceratótomo de Castroviejo. Hoje preconizamos a técnica muito segura e bem mais simples proposta por Galvão — divulsão espatular.

Dia após dia cresce e avulta o rigorismo técnico.

Aqui estou tentando uma retrospectiva histórica, sob o pretexto de trazer a minha pequena experiência vivida, de envolta com tantas realizações e tantos avanços inolvidáveis.

Dois aspectos tangenciais — tangencial à técnica mas fundamental ao êxito — merecem agora um destaque:

- 1) conservação da córnea (e biologia do transplante)
- 2) imunologia (especialmente em relação ao heterotransplante).

A conservação da córnea em câmara úmida a 4°C, durante 24-48 horas, permaneceu dominadora. Sempre com a convicção de que “endotélio morto, perfurante contra-indicada”, o esforço de conservação da córnea sempre teve este alvo especial — como fica o endotélio?

Não foi fácil a caminhada para chegarmos ao método de conservação a longo prazo (crio-preservação) ou de médio prazo (meio McCarey e Kaufman).

A princípio os métodos foram se multiplicando em busca do melhor. De um lado os métodos **sem** a extração do líquido intersticial, e de outro aqueles **com** extração do dito líquido.

Merece aqui o registro de três nomes de ilustres oftalmólogos patricios: Abreu Fialho, Paulo Filho e Marinho de Queiroz.

Fialho, ora apregoando a parafina líquida para armazenamento das córneas a 4°C, ora chegando mesmo a idear a dessecação espontânea, que mais tarde foi divulgada por Urrets Zavalía.

Buscava-se um método que pudesse armazenar as córneas mais duradouramente: prevenindo-se a lesão endotelial, e compatibilizando-as para com os enxertos perfurantes.

Entre elas a de glicerina (ardorosamente preconizada por King), e que permitiu, ao nosso confrade e amigo Paulo Filho, sua magistral tese sobre estudo histológico das córneas conservadas.

Empolgado pelas técnicas então correntes de “desidratação” (liofilização, glicerina e sílica-gel), o nosso então colaborador e ilustre colega Marinho de Queiroz teve a idéia de dessecá-las, pela sua simples introdução em cloreto de sódio, puro e cristalizado.

Era o esforço, repito, para a conservação a longo prazo, mas também na crença de que a desidratação das córneas traduzisse um fator favorável ao prognóstico, declinando-lhes a antigenicidade.

Admitia-se que, com a desidratação, se desnaturassem as proteínas corneanas, diminuindo-lhes o poder antigênico.

O entusiasmo pela desidratação teria assim dois estímulos. Não só porque se descerraria a possibilidade de conservações mais duradouras, como porque, com a eventual debilitação imunológica, poderíamos enveredar novamente para os heterotransplantes.

Resolvemos pessoalmente (com os nossos colaboradores) investigar o método. E o fizemos com córneas de galinhas: frescas e dessecadas com o cloreto de sódio. A dosagem do nitrogênio total numa e noutra amostra; a eletroforese em papel, identificando e confrontando o teor de 4 frações bem individualizadas; a dupla difusão em agar (Ouchterlony) e a imuno-eletroforese, foram algumas das linhas de investigação que exaustivamente perlustamos.

E é natural que, empolgado com a hipo-antigenicidade eventual, enveredássemos pelas observações de hétero-enxertia. Centenas de observações fomos coligindo, com a técnica interlamelar, usando a galinha como doador e o coelho como receptor.

Esses estudos e esses trabalhos, em torno da conservação das córneas e dos heterotransplantes, não foram perdidos. Eles foram sedimentando uma convicção e, por que não dizer, a pouco e pouco, abrindo perspectivas e equacionando melhor as soluções.

Na mesma linha de cogitação bem mais recentemente nosso ex-residente Oswaldo de Medeiros deu-nos uma interessante tese com o estudo biomicroscópico e imunológico da ceratoplastia experimental em coelhos, com córneas frescas e conservadas.

Merece registro, ao tratarmos do heterotransplante corneano experimental, a minuciosa observação de Luiz Eurico Ferreira, em sua exaustiva tese recentemente defendida na Univ. do Rio de Janeiro, desenvolvida em nosso Serviço, sobre ceratoplastia experimental.

Consigne-se desde logo que Ferreira já optou pelas cobaias e não pelos coelhos, como dantes fazíamos. É que a imunologia progrediu e as nossas preocupações imunológicas atuais giram muito em torno das linfocinas, dos LT e da imunidade celular. E um dos meios para ajuizarmos dessa potencialidade é o registro percentual das chamadas "rosetas" (linfócitos do homem envolvidos por hemácias de carneiro). E o coelho não nos oferece (por enquanto) possibilidade de fixar hemácias de nenhuma espécie animal; enquanto os linfócitos de cobaias podem facilmente nos oferecer as rosetas LT, através dos eritrócitos de coelhos. O que lhe permitiu, entre outras coisas, ao estudar imunologicamente os heterotransplantes (doador galinha; receptor cobaia), reacender as esperanças dizendo: os enxertos xenógenos estão voltando a nos interessar, graças à eficiência dos meios de conservação e aos métodos atenuadores da antigenicidade.

Duas outras teses experimentais se concluem sobre o mesmo tema (heterotransplantes cornianos), em nosso serviço, da autoria de Joel Boteon e Ivan Lage.

Ainda agora merece destaque e relevo a monumental tese de GALVÃO, não só trazendo respeitável casuística clínica e histopatológica, como voltando à carga, com os aspectos que tanto nos têm preocupado atualmente, que são os imunológicos, já aqui *in anima nobili*.

Até onde a rejeição dos enxertos cornianos é de índole imunológica? Até onde a "maladie du greffon" tem realidade? qual o exato confronto e real valorização entre o fator técnico e a responsabilidade alérgica? Não nos esqueçamos de que a córnea (não vascularizada) é de certo modo segregada.

Hoje, a imunologia vem nos descerrando importantes possibilidades de pesquisa, desde o instante em que os linfócitos se diferenciaram no seu caráter predominantemente bivalente (T e B), uns responsáveis pela imunidade celular e outros pelos anticorpos circulantes.

Quando nos lembramos de que os linfócitos T, pelas suas linfoquinas, a que não se pode dissociar o papel de "iniciador" reservado ao fator de transferência TF, tornam-se os agentes fundamentais da rejeição, como poderemos olvidar em tais casos as pesquisas para valorizá-los? Entre as quais, indiscutivelmente avulta a do fator específico conhecido como MIF (fator inibitório de migração).

Não nos esqueçamos, por outro lado, e é esta a nossa mais recente linha de pesquisa, que as células nucleadas do organismo (inclusive as cornianas) são envolvidas por antígenos chamados de "histocompatibilidade (HLA)", que os 4 loci do cromossomo 6 humano fabricam, para individualizar a constelação de cada qual. Multiplicam-se indefinidamente os genótipos e os fenótipos.

Se na enxertia em geral (rim, por exemplo), tem-se possibilidade de confrontar a compatibilidade doador e receptor (no que tange aos HLA), em relação à córnea só excepcionalmente poderíamos fazê-lo. Poderíamos talvez pensar em fazê-lo em casos deliberadamente maus, ou reiteradamente fracassados.

Nesta reunião, neste simpósio, presta-se homenagem a um dos mais ilustres membros da Oftalmologia Brasileira, que se caracteriza por suas elevadas qualidades humanas, conciliadoras e sem arestas, a serviço de uma vocação inata e incoercível, pelo estudo, pelo ensino e pela Oftalmologia, que é o prof. Joviano de Rezende. Julguei que o melhor meio de homenageá-lo seria trazer-vos, numa palestra despretentiosa, este "trailer" de nossas preocupações sobre a "córnea", durante toda a minha existência profissional.

Nada fiz de mérito, a não ser o exemplo de pertinácia, mas principalmente o de poder incutir, em muitos de meus ex -discípulos que hoje são mestres, o entusiasmo pelo tema, não deixando bruxulear o anseio de pesquisa.

Um ponto relevante na evolução das ceratoplastias, como vimos, foi quando FILATOV, em 1937, sugeriu o emprego da cer. lamelar com finali-

dade histioterápica, que foi o início da hoje conhecida ceratoplastia “terapêutica”, ou “a quente” como foi rotulada por **FRANCESCHETTI**.

“Igualmente grande seria a obra de **FILATOV**, mesmo que só restasse dela a ceratoplastia terapêutica”.

É a técnica lamelar aplicada no sentido de deter, curar ou atenuar as conseqüências de uma ceratopatia rebelde ou progressiva.

Cabe a ele realmente as glórias maiores neste particular. Citêmo-lo quando, em 1940, se referiu à ceratoplastia terapêutica: “successful results have been obtained in a large variety of inflammatory corneal lesions, including tuberculous keratitis, sclerosing keratitis, trachoma pannus and interstitial keratitis”.

Nas ceratites traumáticas e infecciosas, como em processos degenerativos e tumorais, a indicação se firmou.

Nós mesmos continuamos até hoje seus adeptos. Publicamos alguns casos de ulcus rodens (úlceras de Mooren) curados com o método, como também nos referimos à nossa experiência nas ceratites dendríticas. E mesmo em casos mais dramáticos, como no de um grande epitelioma epibulbar, envolvendo a córnea e esclera, pudemos salvar o olho único com ampla enxertia córneo-escleral.

Este item seria interminável, e para ele poderíamos trazer razoável contingente pessoal. Não resisto ao desejo de reviver um aspecto original, qua seja o da inclusão subconjuntival justa-límbica de um fragmento de córnea, com finalidade histioterápica.

Numa série de casos desse tipo, ficou-nos uma observação curiosa e sem dúvida de interesse ainda atual. Quando se inclui um disco de córnea homóloga sub-conjuntival justa-límbica, é realmente impressionante como ele ali pode permanecer meses a fio, sem perder a sua transparência, sugerindo um armazenamento a ser melhor considerado em trabalhos vindouros. Armazenamento “in vivo”.

Permiti que, como fecho, eu vos traga um exemplo dessa minha preocupação, que durante algum tempo residiu no estudo das ceratopróteses, então um devaneio, hoje palpável realidade.

Depois de reviver e reproduzir o trabalho de Stone e Herbert, com discos plásticos interlamelares em córneas de coelhos, ocorreu-nos uma idéia, que podemos divulgar em nosso relatório de 1954.

A idéia, calcada em Stone e Herbert, em parte também se fundamentava no “champignon” de Franceschetti. Mandamos preparar peças plásticas, com 5 mm de diâmetro x 1.2 mm de espessura. Da borda desse disco saía uma pequena asa que se ajustava interlamelar na córnea do animal.

Em muitos casos, a rejeição se observou. A idéia, que infelizmente não teve seguimento, era a de transferir para a córnea humana a peça implantada em córnea de animal, de modo a que viesse uma orla desta última contendo a peça plástica.

A sutura direta sendo feita entre a córnea vectora e a córnea humana, como reagirá a córnea humana? Apenas opacificando a córnea vectora do animal utilizado (cão? macaco?), ou mesmo assim haverá tendência à membrana exsudativa opaca na face posterior do implante?

Hoje temos a conservação da córnea com métodos altamente aprimorados; hoje temos a ceratoprótese de Cardona ou de Strampelli, altamente aproveitáveis. E amanhã?

Quando pensamos hoje nos heterotransplantes, haverá quem diga o que disseram no passado aos precursores da ceratoplastia: ousadia, loucura e devaneio. Mas a ciência progride.

Senhores.

Que saia deste Simpósio, desta reunião, um anteprojeto que já está amadurecido.

PIO XII liberou-nos; mais que liberar, estimulou-nos.

O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL acaba de nos dizer que não há crime, não há dolo, não há profanação, não há vilipêndio, não há destruição. Nós já o sabíamos.

O defunto, cuja córnea se extrai, não é ferido em nenhum dos bens a que tem direito, nem no direito a esses bens.

O que nos falta é um trabalho de esclarecimento social, fácil e exequível. É sempre fácil convencer alguém sobre idéias e conceitos, que só se revestem de altruísmo.

No próprio termo "altruísmo" engasta-se o bem-estar de nosso semelhante, a quem nos cumpre querer mais que a nós mesmos.

O grande passo, que no momento depende de nós, é conscientizar o povo e assessorar o Governo.

Que dificuldade existirá na conscientização popular, para que cada um se permita ser útil ao próximo, mesmo depois da morte? "We die that we may die no more".

Os pruridos afetivos, compreensíveis e normais, transformar-se-ão num caudal de espontânea doação.

O que é necessário, sim, é assessorar o Governo. Não estou dizendo motivar o Governo, porque o Governo é o Povo, e estará sempre como este motivado.

Se ainda não temos uma legislação apropriada, liberal e progressista, é porque realmente nós não a empreendemos. Já passou a época e a fase dos esforços esporádicos e regionais, que se faziam mister no afan preparador.

Hoje devemos plasmar um anteprojeto, em que a remoção das córneas seja facilitada, para finalidades terapêuticas e científicas. Mas que seja uma legislação nacional abrangente, com regulamentação rígida, controlada por centros oftalmológicos específicos em cada região e em cada Estado.

Que a regulamentação preveja a unificação das técnicas de remoção dos olhos, da reconstituição da cavidade, de conservação dos olhos removidos, de transporte para os locais a que se destinarem.

Mas que, ao lado disso, haja um controle técnico-científico rigoroso, instalando o Governo um grande Centro de Estudos, com laboratórios re-

quintados e técnicos especializados, para que cada córnea oriunda de um cadáver, não só beneficie diretamente o receptor que a aproveite, mas também que os estudos e as pesquisas, histológicos, imunológicos, bioquímicos, genéticos etc, daí emanados, passam beneficiar toda a humanidade.

A nossa tarefa de oculistas é maior que a de todos. Tudo façamos para que os olhos de nossos semelhantes, no seu duplo ofício de ver e chorar, não marejem de continuo nas trevas da cegueira.

E que a cegueira dos corações e dos espíritos, ao sopro do altruísmo, se dissipe, fazendo-nos felizes. A nossa felicidade consiste no sentimento da fecilidade alheia, generosamente criada por um ato nosso.