

Considerações sobre a cirurgia da catarata senil

Francisco A. Mais

Desejamos abordar precipuamente aspecto, geralmente relegado a segundo plano pelo cirurgião mais afoito, todavia de importância fundamental para o paciente, pois pode e muitas vezes decide o seu futuro, tanto para melhor como, inúmeras vezes, para pior: a **triagem** rigorosa da indicação cirúrgica, selecionando os reais candidatos, do ponto de vista pré-operatório e as **consequências** advindas à facectomia, que representa verdadeira revolução no relacionamento com o seu mundo ambiente; i é — a sua recuperação. Apenas citaremos, sem enfatizar, alguns dos múltiplos aspectos e opções de técnica cirúrgica.

Catarata senil (Patogenia)

Antes de toda opacificação, observa-se o enfraquecimento progressivo da síntese protéica. É muito difícil relacionar esta diminuição a um mecanismo extra-cristalino, sendo única exceção a hiperglicemia e algumas condições limitadas e bem definidas.

Sobre o aspecto cristalíniano, duas alterações são indiscutíveis e prevalentes: a diminuição da atividade Na-K ATPásica e a baixa do glutatíon.

Sistemática do exame:

Anamnese rigorosa: acuidade pregressa: ambliopia, estrabismo; indagar da acuidade visual pregressa para distância e perto (leitura, profissão) em ambos os olhos, separadamente e em conjunto, moléstias oculares (inflamações do F. e comprometimento possível do polo posterior por alterações degenerativas-familiares), trauma, hereditariedade (outros membros na família), diabetes — glaucoma — hipertensão sistêmica, nefropatia, outras moléstias.

Tomada da acuidade visual: Sempre que há opacidade da córnea ou cristalino: s/c. — c/c. que usa, correção atualizada, com luz projetada diretamente na pupila, monocular e binocular e no escuro; não permitindo mais visualização do F., utilizar a ecografia.

É exame importante, padronizado, realizável com carte'as especiais, desprezando-se dados tais como "contagem de dedos" a fim de evitar discordâncias de serviço para serviço.

Exame ocular detalhado e minucioso: opacidade corneana, distrofia corneana

(córnea guttata, distrofias várias): quando presentes protelar o mais possível a indicação operatória, pois sabemos que a agressão cirúrgica piora e acelera a evolução destas afecções, dificultando obtenção de olho calmo e com boa acuidade.

Esclera: vasos grossos, pigmentação nos forâmens com catarata monocular: possibilidade de Tu melânico intra-ocular; presença de vascularização da íris: sinal de perturbação vascular do F., oclusão venosa e provavelmente do ângulo; presença de precipitados ceráticos, ativos ou definitivos; injeção ciliar; sinéquias posteriores, anteriores ou de ângulo; pseudo-exfoliação capsular; dispersão pigmentar; ângulo da câmara anterior: abertura, presença de vasos; exame minucioso do vítreo, principalmente nos altamente miopes e nos bem idosos: presença de liquefação avançada nos faria recomendar utilização de anel de Flieringa ou similar, ter cuidado no emprego da alfa-quimiotripsina ou mesmo dispensá-la, efetuar pegada segura e sem depressão da cristaloide anterior com crio-extractor, sob pena de mergulharmos a catarata no corpo vítreo; sempre que possível; oftalmoscopia direta preferencialmente do polo posterior e indireta da periferia retiniana, principalmente nos altamente miopes e possuidores de degeneração vítrea, bem como nos descolamentos posteriores do mesmo, mas assim, quando com colapso; efetuar crio-aplicação preventiva nos achados positivos, embora sejam apenas buracos, obrigatoriamente, em caso de ruturas. Atualmente, no exame prévio, quando ainda viável, mandamos efetuar exame detalhado da periferia retiniana nos altamente miopes, pretendendo chegar a efetuá-lo em futuro próximo, em todos os casos que o ensejarem, como realizamos também, o seu seguimento com exames pós-operatórios de 6-6m. durante o primeiro ano e anualmente nos 5 anos subsequentes. É uma medida preventiva salutar e de gratos resultados. Por certo não evita de todo a possibilidade de, assim mesmo, poder-se estabelecer um descolamento retiniano afático, todavia, com mínima probabilidade. Campimetria, sempre que possível e indicada; tonometria, sem e com medicação. O que é fundamental: degenerações maculares, atrofia óptica, comprometimento da córnea e opacificação do vítreo têm que ser rigorosamente avaliados e julgados como fatores alterantes da acuidade visual do pa-

ciente. **Indicação operatória:** diagnosticada catarata senil, justificando a redução monocular ou binocular da acuidade visual apresentada e o seu grau progressivo, olho quiescente, sem processo inflamatório evolutivo, procede-se à indicação operatória. É indiscutível que, há 20 séculos, quando teria sido efetuada a primeira operação de catarata no Egito, pelo processo do tombamento posterior, seguindo-se a fase de Daviel em 1745, de extração extra-capsular após abertura da córnea; extração intra-capsular, metodizada por Pagenstecher em 1870; a zonulólise preconizada por Joaquim Barraquer em abril de 1958; emprego do crio-extrator idealizado por Krwawicz em 1960; o aparelho vibratório, fragmentador, emulsificador de Kelman, e nessa ordem, a operação de catarata ocupa lugar princeps entre as cirurgias do olho, sendo por certo a mais realizada na especialidade.

Tendo percorrido longo caminho de aperfeiçoamento técnico e medidas de salvaguarda de complicações, têm sido descurados os problemas que dizem mais diretamente respeito ao paciente, que necessitará sempre ser beneficiado, devendo o cirurgião enfrentar a questão da indicação com a máxima seriedade e honestidade. Deve-se fugir aos extremos de **nunca** operar catarata monocular completa estando o olho adelfo enxergando razoavelmente, pois a necessidade profissional e de relacionamento social falam mais alto; como também **sempre** operar, desde que uma das cataratas esteja "atrapalhando", evitando a visão binocular ou interferindo na aparência estética.

São múltiplos os fatores que levam o paciente a aceder à indicação cirúrgica:

a) Desejos patológicos: gabam-se de terem sido operados tantas vezes;

b) Necessidade profissional, principalmente obtenção de visão binocular, sob pena de serem dispensados;

— Funcional: máquinas, tráfego-relações públicas, dentistas, cirurgiões, engenheiros, trabalhando com instrumentos ou aparelhos.

— Estética

c) Condução de veículos, com perturbação visual acentuando-se com luz direta;

d) Dificuldade em caminhar, principalmente subir e descer degraus: falta de V de profundidade;

e) Influência e pressão ou conselhos de parentes e amigos (comadres e compadres).

Deve-se, criticamente, selecionar os prós e contras, transmitindo ao paciente os seus achados e considerações, que serão expostos de maneira singela e compreensiva, de acordo com o grau de instrução do mesmo.

Os critérios da necessidade do paciente e não só a possibilidade técnica em executar-se a operação indicada, com o menor risco trans e pós-operatório, são básicos. A maioria das pessoas idosas, já aposentadas, pode seguir razoavelmente bem a sua vida cotidiana com acuidade visual de 0.25 no olho melhor, desde que permaneçam com suficiente possibilidade de leitura em condições ótimas, mesmo com catarata aparentemente avançada; por outra, às vezes discreta opacidade capsular ou sub-capsular central pode inutilizar profissionalmente pessoa recebendo luz direta, embora com visão no escuro ainda de 0.5 - 0.66. Estas pessoas têm dificuldade para ler, não conseguem mais atravessar a rua com segurança à luz solar, nem dirigir o seu carro, principalmente as já idosas, com certa rigidez pupilar. Pessoas mais jovens, cujas pupilas contraem súbita e violentamente no esforço visual para perto, também não conseguem mais ler, impossibilitando-lhes prover o seu sustento.

Deve-se ser extremamente conservador em indicar operação no monocular, como medida de segurança e humanidade. Muito cuidado ao planejar e indicar cirurgia em paciente já operado do adelfo, acusando complicações trans ou pós-operatórias, pois cumpre esclarecer sua causa, já que podem repetir-se insidiosamente na cirurgia do outro olho. Isto refere-se principalmente, à ocorrência de hemorragia maciça sub-coróideana ou hemorragia expulsiva (oclusão das artérias ciliares curtas posteriores), perda vítrea e rotura capsular.

A decisão final depende muito e é ditada pela experiência, conhecimento e preparo geral e especializado do cirurgião. Desafortunadamente não pode, todavia, eliminar de todo a influência da promoção ou propaganda seja leiga, seja científica e profissional (exemplo da facoemulsificação); do "prurido" de operar; do pensamento "se eu não opero, na esquina outro o fará" ...; da confiança abusiva em sua habilidade cirúrgica e da equipe que lhe dá apoio, pois o fracasso de uma determinada intervenção depende do desempenho perfeito deste conjunto, embora a responsabilidade seja exclusivamente do cirurgião, mesmo por culpa provada do mau comportamento ou acidente sofrido pelo paciente no pós operatório.

O cirurgião nunca deve esquecer-se que uma acuidade visual de 100% em olho afático pode tornar o paciente mais indefeso que uma acuidade de 0.33 em olho com cristalino. Enfim, é uma delicada decisão que deve ser tomada, em conjunto, pelo cirurgião, o paciente e seus familiares.

Casos clínicos: **ambos os olhos** são comprometidos.

Casos evidentes:

a) cataratas "maduras" em AO., ou
b) Catarata madura em 1 olho + avançada no adelfo (não permitindo, p.ex. a leitura). É evidente que deve-se operar AO. o quanto antes:

- 1.º — o pior
- 2.º — posteriormente, no mesmo ato de internação, o outro;
- 3.º — posteriormente com intervalo maior, após recuperação do 1.º olho, o segundo;
- 4.º — AO. simultaneamente no mesmo ato cirúrgico.

Assim agindo, ao menos em tese, existindo possibilidade de complicação e prejuízo do resultado final ou mesmo perda da visão de AO, medidas especiais devem ser tomadas a fim de evitá-los.

Catarata constatada em AO., em grau aparentemente avançado, igualmente ou com pequena desigualdade de evolução, permitindo, todavia, atividade, embora sub-normal: piora com luz direta, dificuldade em dirigir seu carro, leitura prejudicada, quando a pessoa já é idosa, seu estado geral prejudicado, sem atividade profissional definida e necessária, seu psiquismo timorato: deve-se postergar ou pensar 2 vezes antes da indicação cirúrgica. Regra geral: quanto menores as exigências de vida ativa, idade provecta, instabilidade emocional, maiores os motivos para expectação. Ao contrário, quando a sua vida ainda exige atividade e ganho, a saúde física e psíquica integras, maior deve ser o empenho em operar o quanto antes, pois pela evolução, suas condições visuais tenderão a piorar.

Em pessoa bem idosa, com os olhos atingidos fortemente, todavia com estado geral precário, aconselhamos a operação, com as ressalvas, ditas ao paciente e seus parentes, **sobre os riscos gerais possíveis**, aconselhando operação simultânea, no mesmo ato, sob uma só anestesia, já que o trauma operatório de uma catarata é desprezível.

Somente 1 olho afetado: quando o candidato é jovem, de meia idade ou mesmo moderadamente idoso, todavia, necessitando ou beneficiando-se com visão binocular, com acuidade visual bastante reduzida, dificultando sua atividade normal, a operação deve ser indicada, mesmo importando em 2 tempos operatórios, como nos jovens e crianças, nestas com intuito de tentar-se evitar a ambliopia e estrabismo secundários, munindo-os de lentes intra-camerulares ou lentes de contato de uso contínuo. Se o paciente é bastante idoso, a catarata não hipermadura ou com hipertensão sec. e o olho adelfo satisfaz, a intervenção em princípio, deve ser evitada. Lembremo-nos que, a idade cronológica nem sempre corresponde à idade fisiológica. Catarata hipermadura, pelas complicações possíveis, deve ser operada o quanto antes.

Tanto nas cataratas congênitas, quanto nas traumáticas e complicadas, com prejuízo mais ou menos severo da acuidade, convém ressaltar a possibilidade da presença de ambliopia irremovível, ou impossibilidade de recuperação da visão binocular, desde que o tempo decorrido para a cirurgia ultrapasse o prazo conveniente. O paciente ou seus responsáveis devem ser prevenidos.

O sucesso de uma operação deve sempre basear-se, não tão somente na recuperação anatômica perfeita, senão e principalmente no restabelecimento ou estabelecimento de uma função visual binocular, com o auxílio de todos os meios disponíveis, evitando-se que o paciente, não sentindo necessidade desta visão binocular ou não adaptando-se aos meios ópticos correccionais à nossa disposição, com aniseicônia, prefira usar o olho não operado, embora, muitas vezes este possua visão inferior à afacia operatória corrigida. Por muitas vezes chega a abandonar sua lente de contato por inconveniências fortuitas várias ou mesmo falta de motivação maior.

É claro que as necessidades dos pacientes variam de acordo com a sua idade, ocupação e educação e consequentemente, as suas exigências e suas "queixas".

Um intelectual terá necessidade muito mais apurada que um simples trabalhador braçal...

A acuidade visual deve ser **medida** com o máximo esmero, principalmente nas pessoas humildes e pouco letradas ou iletradas, testando-se sempre, primeiramente o olho pior, pois o que melhor enxergar, influenciará na informação da acuidade do outro. Nos idosos, boa acuidade para perto importa mais que a de longe. Em paciente acima de 70 anos, a acuidade visual de 0.25p. 1. porém com Jaeger 2 costuma satisfazer plenamente, pois sua atividade intelectual de leitura fica satisfeita.

Fatores como seu estado geral, tremor senil ou do Parkinson, artrite, mãos rudes e ásperas, habilidade em locomover-se são muito importantes para as operações de um olho e que necessitam servir-se de lente de contato removível diariamente pois requerem pessoa de família para auxiliá-los a colocar, remover e limpar suas lentes.

Com tantas variáveis, compreende-se que não se pode estabelecer regras definitivas. Repetimos: deve existir confiança mútua e honestidade a toda prova no relacionamento médico-paciente, para que este saia satisfeito e com vantagem. Muitas de nossas normas de decisão, são o resultado do aprendizado nas residências da especialidade, variando de mestre e instituição. A linha divisória entre a necessidade do paciente e a racionalização do profissional é

sumamente estreita, chegando por vezes a absurdos de indicação operatória em pacientes de mais de 80 anos, com visão do olho melhor Jaeger 2 e 0.33 p.l., com alegação tal como: operando-se o olho pior restituir-se-á sua visão binocular e de profundidade...

Este mesmo tipo de racionalização absurda ocorre quando, após extração de catarata de 1 olho, aconselha-se a extração da catarata incipiente do olho adelfo, embora ainda com acuidade visual 0.5, a fim de evitar possível aniseicônia, ou outros possíveis inconvenientes de uma afacia monocular não corrigida tais como: imagem do olho afaco perturbando a visão binocular, embora com acuidade inferior a 1/20; queixa do paciente de imagem flou, principalmente de longe; diplopia, mesmo não havendo estrabismo; perturbação da visão estereoscópica; círculos claros em volta às lâmpadas — todas facilmente elimináveis, na possibilidade de tolerância, com uso de lente de contato apropriada.

Se as necessidades funcionais do paciente são mais valorizadas do que propriamente a sua acuidade visual, podemos servi-lo melhor quando vier à procura do nosso conselho e habilidade cirúrgica.

Os fatores fundamentais que hoje autorizam a uma atitude mais ousada são: extra-capsular perfeita, redução da incidência de extrações extra-capsulares não planejadas; redução considerável da perda trans-operatória do vítreo e conhecimento de como abordá-la com eficiência; disponibilidade de agentes anti-infecciosos e anti-inflamatórios; suturas e instrumentação aperfeiçoadas; anestesia segura, principalmente a geral com hipotonia perfeita; preparo clínico adequado, com seguimento controlado durante a internação; resultados excelentes.

Decidida a intervenção, necessário se faz dar justificativa detalhada ao candidato e seus acompanhantes inclusive sugestão quanto à anestesia que deve ser usada, esta sempre, todavia, na dependência do seu estado geral, acatando-se a indicação formal do clínico geral e cardiologista que, em consulta com o anestesista, deve definitiva e prudentemente estabelecer o processo a ser usado, obedecendo, na medida do possível ao desejo expresso pelo paciente neste sentido.

Jamais esquecer de perscrutar a permeabilidade das vias lacrimais, devendo repetir-se a sua lavagem com antibiótico de amplo espectro após a internação, na véspera do ato cirúrgico. Quando o paciente decide operar em outra oportunidade, recomendamos ao mesmo usar colírio antibiótico de amplo espectro 4 vezes ao dia em ambos os olhos com, no mínimo, 1 semana de

antecedência à sua internação, passando pomada de antibiótico-cicatrizante à noite na borda palpebral em caso de blefarite crônica.

Ao nosso ver, a **anestesia geral** foi, indiscutivelmente, o fator que permitiu a imensa segurança com que hoje encaramos a operação da catarata, propiciando-nos hipotonia adequada à sua extração tranquila, sem tropeços ou angústias, seja por parte do paciente seja por parte do cirurgião. Todos sabemos, nas raras vezes em que o anestesista não nos concede a hipotensão protetora, o mau bocado pelo qual podemos passar, principalmente nos olhos altamente míopes e com liquefação vítrea.

Afirmamos, sem medo de errar, que o sucesso trans-operatório depende, no mínimo, em 70% de uma boa anestesia, com hipotonia e acinesia perfeitas. Sabemos também que, somente com A.L. a percentagem de hipotonias incompletas existe em número muito maior, muitas vezes acompanhada de proptose perigosa e ameaçadora. Sem a eficiência e o grau de aperfeiçoamento a que chegou atualmente a anestesia geral, jamais a cirurgia oftalmológica poderia almejar executar o que hoje realiza, haja visto a cirurgia vítrea e de implantes de lentes intra-camerulares, cirurgia combinada de catarata com ceratoplastia, todas de alto gabarito. Não há na oftalmologia cirurgia que apresente tantas opções, quanto a cirurgia da catarata, desde o pré, no trans e pós-operatório.

Senão vejamos: não esquecer que, aqueles que propugnam antibióticos e para estes serem realmente eficazes, deles devem fazer uso tópica e sistemicamente, antes, durante e após a operação.

A cirurgia clássica da catarata senil é, aparentemente, de uma simplicidade estonteante, porém "apenas aparente". Todos os seus tempos devem ser efetuados com perfeição. Não permitem erros de execução ou engano de seleção de método em seus diversos tempos. Cada cirurgião escolherá, de preferência, processo para o qual foi treinado, que executa melhor e se lhe afigura como o mais simples e seguro.

Acinesia: Van Lint? Ó Brien? Retrobulbar com pressão e massagem Chandler Cantotomia? Afastamento das pálpebras: com rédea no RS? Blefarosfato? Mosquitos? Injeção de antibiótico sub-conjuntival prévia inferior? Instilação de antibiótico-vaso constritor? Abertura da câmara anterior com faquinha, completando a incisão? Apenas 2mm. e ampliação com tesouras? 4mm? 8 mm? Hemostasia com passarinho? cautério? Com irrigação? Sem irrigação?

Sulco prévio, ampliado com tesoura, formando escada? Incisão vertical? Biselada? Com pouco retalho conjuntival? Maior re-

talho conjuntival? Abertura prévia da conjuntiva com preparo do retalho limbico e abertura seguida de ampliação? Incisão em escada com lâmina de gilete e secção posterior final com tesouras? Iridotomia ou iridectomia basal: 1 ou mais? Sectorial? Lavagem da câmara anterior com alfaquimiotripsina? 1 ou 2 ml? Pontos prévios: 1? 3? todos? Fio de mononylon 9-0, 10-0, 13 micra? Seda 7-0? Dexon 7 ou 8-0? Vicryl idem? Pasagem dos pontos: 2/3 da espessura? Superficiais? Toda espessura? Aparentes? Mergulhados? Separados? Chuleio: que tipos? com incisão pequena, temporal, limbar? Lavagem da câmara posterior com alfa quimiotripsina? Em que faixa etária? Quantidade? Lavagem e aspiração do soro quimiotripsina excedentes?

Crio-extração: Sonda 1mm? 1.5mm. Extração extra-capsular? Faco-emulsificação? Uso de pinça?

Afastamento da íris com pinça sem dentes? Garra? Pincel? Bastão? Pegada simples junto ao equador? Mais abaixo? Com zonulólise mecânica prévia? Extração somente por tração direta? Vai-vem, subindo progressivamente? em 1 pegada? Em 2 ou várias, pelo equador? Redução da íris com espátula? Com a própria catarata? Com pincel? Pelo soro? Fechamento dos pontos: pouca tração, muita tração. Corte rente, médio ou longo? Pontos complementares: quantos? chuleio conjuntival? Injeção de ar? Soro-ar? Instilação de miótico, antibiótico? Injeção sub-conjuntival de cortisona? Antibiótico? Rodinha-atadura? Monocular ou binocular. Oclutor duro protetor?

Execução de cirurgia: sem correção óptica? com lupa de 2 ou 4 aumentos? microscópio cirúrgico? É interessante observar como esta escolha passa por modismos e épocas, geralmente influenciada pela opinião expressa pelos chamados "grandes cirurgiões". Lembramo-nos que, há cerca de 5 anos fez-se enquete em diversos países e chegou-se à conclusão que, mesmo cirurgiões que já haviam trabalhado com microscópio anteriormente na extração da catarata senil, voltaram a usar tão somente a lupa de 4 aumentos, permitindo uma visualização mais ampla do campo operatório, manejo mais livre dos instrumentos, maior rapidez, muitos deles somente utilizando-o para a sutura, mesma para este fim sendo julgado perfeitamente dispensável. Em nova enquete efetuada em 77 nos Estados Unidos, já notou-se a prevalência do uso do microscópio em "todos" os tempos operatórios, já que os chamados "grandes" haviam voltado ao seu uso.

Recuperação. Quarto. Sentado na cama ou na cadeira, no mesmo dia, quantas horas depois? Pode perambular: mesmo dia? dia imediato? Receita de antiflogístico? an-

tibiótico, hipotensor: acetazolamida? manitol? Curativo mesmo dia? dia imediato? Instilação de midriático, antibiótico, corticoide? Internação 2 dias, 4 dias, 1 semana ou mais?

Alta com midriático, fraco, forte? Antibiótico. Antiflogístico oral, parenteral? Antibiótico oral ou sistêmico. Quanto tempo? Volta para refração: quanto tempo após a alta?

Evidentemente o fator aquisitivo e de status em relação aos colegas e pacientes tem muito a ver com estas decisões, como também, incontestavelmente na escolha do processo operatório pelo paciente, exigindo p.ex. a facoemulsificação, em consequência à intensa propaganda desenvolvida a favor desta pelo seu idealizador nos Estados Unidos e pelos fabricantes através dos meios de propaganda de toda espécie, inclusive em programas de TV, de impressionante penetração popular.

Somos a favor da extração preferencial pelo limbo inferior nos casos de catarata já operados de fistulizante no limbo superior, a hipotonia perfeita permitindo tal manobra sem risco; preferimos rebater a ampola e operar pelo limbo superior, naqueles casos em que a mesma é demasiadamente extensa ou se distende sobre a porção superior da córnea, pois tal ato cirúrgico reduzirá consideravelmente este avanço ou sua extensão. Somos também a favor da operação combinada de glaucoma (trabeculectomia) e extração de catarata senil, quando judiciosamente indicada. Aachamos escolha soberana o emprego do vitrectomo, via pars-plana, para extração total de catarata em ectopia lentis, com resultados esplendidos, quando sabemos das complicações que podem surgir na sua extração por via anterior pelos outros meios possíveis.

Reafirmamos: temos ressalvas ao emprego sem freio da extração simultânea da catarata em ambos os olhos. Creemos que é um receio natural que toma conta de todos os cirurgiões, pois, embora em tese, há possibilidade de infecção endocular pós-operatória em AO., intensa hemorragia sub-coroideana ou expulsiva. Traumatismo violento pós-operatório por inatensão, angústia ou demência senil súbita não pode, nunca, ser afastado de todo.

Executamos tal extração nos casos de indicação formal, após atenta seleção, inclusive estudos dos hábitos e temperamento do paciente, pois a angústia e o desespero que a oclusão binocular pode dar nos bem idosos é coisa muito séria.

Quando nos decidimos a tal, um preparo e um seguimento rigoroso são postos em prática: sedação adequada pré-operatória, a começar de véspera. Antibiótico-terapia in-

tensiva, instilação frequente de colírio antibiótico de amplo espectro. Mudança de todo instrumento bem como das luvas de um para outro olho. Sutura rigorosa e estanque. Enfermeiro ou acompanhante em atenção permanente até o 1.º curativo no dia seguinte. Conforme o estado emocional do paciente, abertura de um olho nesse dia. Seguimento rigoroso com antibióticos e antiflogísticos. Guarda com acompanhante até alta do hospital. Não podemos compreender, a não ser por circunstâncias todas especiais que um cirurgião oftálmico, conforme trabalho publicado recentemente possa, em 737 pacientes, ter retirado a catarata simultaneamente em 448, embora reconheçamos as vantagens da redução de despesa, ocupação de espaço hospitalar por uma vez só e possibilidade em receitar-se óculos simultaneamente com obtenção e visão binocular rápida e menor transtorno de adaptação.

Finalmente o paciente volta com o seu olho em condições, para **correção óptica de sua afacia**. Se a operação foi bem indicada e executada, tudo bem.

Agora convém lembrar que, o aumento da imagem em pessoas praticamente emétopes antes do evento cirúrgico, será de 25% com lente óptica corretora convencional, 7% com lente de contato e 2% com implante de lente intra-camerular. Isto nos dá idéia da vantagem óptica do implante em caso de afacia unilateral: a estereoscopia pelo teste de Wirt, não passa de 45% com lente de contato e atinge 82% com o implante.

E as "anomalias" que surgem no olho facetectomizado?

1 — Se o olho foi emétrope, uma hipermetropia forte aparecerá.

2 — O ato cirúrgico, incisão e sutura, pode ter ocasionado um astigmatismo. Será extremamente pernicioso para a correção ulterior, com redução da acuidade visual e inclinação dos objetos; um astigmatismo acima de 1.5 D já causa problemas.

3 — A Acomodação verdadeira inexistente, embora, em muitos casos se observe uma reserva paradoxal de 1D mais ou menos.

4 — Há redução ou perda total do ângulo K. Este ângulo é formado pelo eixo ocular e o eixo visual. Pode ser positivo — eixo ocular ou pupilar para fora do eixo visual ou negativo eixo pupilar para dentro. Após a extração este ângulo em média se reduz em cerca de 3.º, o que representa pois 6.º em caso de afacia binocular e portanto, uma exoforia de 12D. Onde se conclui que, se pré-existia uma exoforia, pode-se estabelecer, após a correção, uma exoforia com diplopia.

5 — A fotofobia, embora variável, existe e pode ser considerável. As vezes, insu-

portável nos fotossensíveis. Daí a importância em evitar-se as iridectomias sectoriais. Receita-se óculos bastante escuros e temos, em consequência, queda na acuidade visual.

Características ópticas e consequências das lentes de aumento acentuadas: como já assinalamos, o aumento é de cerca de 25% por uma lente de 12D colocada a 10mm da córnea. Será tanto maior quanto maior for a distância córnea face-posterior da lente (apical); ficar atento para que a lente permaneça bem ajustada e fixa.

Quanto maior for a D da lente corretora e quanto maior a espessura da lente e sua curvatura mais marcada, tanto maior o tamanho aparente do objeto.

Os problemas apresentados pelo aumento se complicam em caso de astigmatismo sabendo-se que um vidro esfero-cilindrico, modificando seu poder em certos meridianos, modificará, pelo mesmo motivo o aumento nestes meridianos. É o que se denomina aniseicônia meridional, em geral muito mal suportada e que nos incita em obter o mínimo possível de astigmatismo nos áfacos.

O aumento provocado pelas lentes muito fortes tem também como consequência direta e imediata, criar uma falsa interpretação cerebral: os objetos parecem maiores e mais próximos; da mesma maneira o paciente não calcula bem a distância e apresenta dificuldade em descer e subir escadas.

Astigmatismo oblíquo: a inclinação de uma lente esférica forte dá lugar, no seu bordo inferior, a uma elevação de sua capacidade de aumento e ao aparecimento de um astigmatismo: na visão próxima, em consequência a inclinação a ser dada, deverá ser mínima.

Limites do campo visual e escotoma anular:

A ausência de visão lateral é positivamente o que mais incomoda ao paciente. Convém não esquecer também que a visão é limitada pelo tamanho de sua armação. O áfaco corrigido sofre na periferia de sua lente de um escotoma anular, devido a um efeito prismático. Este escotoma é ampliado nas lentes muito espessas e de grande diâmetro, da mesma forma que se acentua com o aumento da lente e sua curva-base. As lentes asféricas diminuindo as aberrações periféricas, reduzem também a importância do escotoma anular.

Na rotação isolada do olho, portanto, os objetos situados na periferia do campo visual desaparecem (o escotoma anular cobre cerca de 30.º). É na visão intermediária, de 1-3m que o operado fica mais incomodado, permanecendo por longo tempo com a impressão que as pessoas e os objetos surgem subitamente no seu campo visual periférico.

Aberrações marginais e efeitos prismáticos:

Com as lentes de poder positivo elevado, a obliquidade dos raios periféricos provoca uma potenciação do aumento e um astigmatismo dos feixes oblíquos; isto ocasiona, em visão periférica, uma acentuação do aumento com aparição de um mundo parabólico e uma deterioração qualitativa das imagens (aspecto de escavação dos objetos, pois que as linhas retas são curvadas).

As lentes tipo menisco reduzem o fenômeno pela biconvexidade, mas não o eliminam. Nestas mesmas lentes fortes positivas, o efeito prismático não é negligenciável e dá lugar a uma falsa projeção, que aumenta com o poder da lente e segundo a distância do centro óptico. O efeito prismático aumenta a distorsão e também dá lugar a uma falsa projeção que, sobreajuntando-se aos inconvenientes do aumento, induz a uma orientação espacial defeituosa, que agrava as dificuldades do áfaco em deslocar-se no espaço.

Por outra, quando o globo está em movimento, o efeito prismático, que varia e aumenta à medida que ele se afasta do centro óptico da lente, dá aos pacientes uma sensação de ondulação e flutuação, as linhas retas aparecendo como uma tela ondulada. De outra parte, o paciente deslocando-se, inclinando a cabeça como sempre acontece, ao caminhar o efeito prismático conduzirá à impressão de que os objetos sempre se deslocam em sentido contrário àquele da cabeça.

Aberrações marginais e efeitos prismáticos representam o tributo da chamada "lente comum" ou de estoque, de margens espessas, através da qual o paciente utiliza, a rigor, somente o centro da lente com aproximadamente 6-8mm de conforto; o campo visual útil, sem aberrações, nestas condições, é de aproximadamente 30°, bastante exíguo; hoje já existem as lentes chamadas asféricas, cujo campo visual é de 60°.

As lentes "Welsh 4-drop aspheric" são ainda mais recomendáveis: são lentes cuja diferença de grau do centro para a periferia é de cerca de 4D esféricas evitando assim, de certa maneira, as distorsões marginais. São lentes super-asféricas, com 90% de eficiência visual.

A CORREÇÃO DO ÁFACO

Correção do áfaco bilateral: se a operação foi efetuada simultaneamente, em um só tempo operatório ou durante a mesma internação, é recomendável, ao sair, receitar uma lente provisória ao paciente, a fim de poder, desde já, exercitar-se a retomar a sua autonomia, além de lhe propiciar, na medida do possível, certa independência e

relacionamento com o meio que o cerca. É prática, geralmente, acolhida com entusiasmo pelos pacientes que, de outra maneira, estariam totalmente desamparados. Convém, todavia, desde já previni-lo dos inconvenientes supervenientes: aumento dos objetos, distorções, modificações dos relevos e das distâncias, desorientação espacial, limitação do campo visual. Aconselha-lo a girar lentamente, a cabeça e não os olhos, ter cuidado ao subir e descer de veículos e escadas, preveni-lo da distorsão parabólica das portas ao serem transpostas, extremo cuidado ao atravessar as ruas.

O mais desejável seria, de início, que fosse acompanhado em seus primeiros passos, amparado quando necessário e dirigido com cuidado.

Estes óculos provisórios, mesmo se não corrigirem, desde já, o seu astigmatismo, deverão ser de pequeno diâmetro, a fim de facilitar o acostumar-se a ver exclusivamente bem pelo centro, devem apresentar a mesma curvatura base das lentes definitivas, aproximadamente a mesma espessura, a mesma centragem, a mesma distância apical e a mesma inclinação.

Seriam óculos educacionais, extremamente úteis, substituíveis futuramente pelos de diâmetro mínimo eficiente. **MED.**

A rapidez do acostumar-se varia, evidentemente, de paciente para paciente. Inicialmente utilizar os óculos sentado, seja em conversa, seja diante da TV. Movimentos comedidos da cabeça de girar e de inclinar. Retira-los quando causarem muito mal-estar. Insistência e persistência. Logo virão os primeiros passos em superfície plana, após as escadas, as calçadas, o atravessar das ruas, o correr e o saltar.

Cerca de 1 mês após a operação, a acuidade e o grau começam a estabilizar. **Os óculos definitivos:** o período mais favorável à prescrição dos óculos definitivos, a fim de evitar logo outra troca, sempre onerosa, será de 2-3 meses, sendo, após este prazo, quase desprezível a diferença futura de variação de grau.

Na prescrição do grau para distância, não esquecer-se que já não existe lente intra-ocular para filtragem dos raios de luz intensa, recomendando óculos escuros para o sol e atividade em ambiente muito iluminado, mesmo que isto redunde em discreta queda da acuidade visual de contraste.

Ficar atento à correção de 1/2 distância e perto. Aos bem idosos, que já não abandonam o seu ambiente caseiro, muitas vezes é preferível receitar óculos que satisfaçam sua visão de ambiente, de 1/2 distância, pois já não lhes interessa visualização de paisagens e afins, e quanto menor o número de óculos aos quais ajustar e acostumar-se,

mais rápido e maior o conforto que, em última análise, é o que realmente importa, sem necessidade de extremos de acuidade visual. Em muitas pessoas, apesar da retirada da lente, encontra-se certa reserva acomodativa, de aproximadamente 1D, extremamente útil para todos os efeitos.

Será recomendável conservar o tipo de lentes, para longe e para perto, ou bifocal — multifocal, aos quais já está habituado antes da operação da catarata.

Fugir dos óculos grandes, tão em moda para as senhoras, lembrando-se que pesarão desmesuradamente, vindo a escorregar continuamente, com evidente desconforto e prejuízo da acuidade visual, já que o áfaco somente utiliza superfície de 20-30 mm. de diâmetro, com ângulo de 44.º-60.º aproximadamente, nas melhores condições, excetuando-se as lentes M E D.

LENTE DE CONTATO:

De indicação formal na afacia unilateral, com acuidade útil no olho adelfo. A vantagem salta aos olhos: visão binocular, tolerância perfeita, visão estereoscópica em elevado número de casos, conforto e bem estar.

Lentes acrílicas duras e hidrofílicas (estas reduzem um pouco a acuidade visual): existe tolerância toda especial dos áfacos. A limitação que existe, refere-se apenas ao tremor e incoordenação nos mais velhos, mãos ásperas e grandes nos operários.

A lente hidrofílica ultra-fina, chamada de uso contínuo, já em nosso país, certamente resolverá o problema dos bem jovens e dos bem idosos, sendo passo decisivo em frente.

Todavia uma pessoa treinável e consciente no meio cotidiano familiar resolverá vantajosamente o problema da dificuldade de retirada, esterilização e reposição.

Recomendamos sempre que ao menos o paciente seja "testado" com lente de contato, pois podendo o mesmo conscientemente beneficiar-se com o seu uso, não vemos nenhuma razão definitiva em privá-lo da vantagem de com ela levar vida normal.

CORREÇÃO DA AFACIA MONOCULAR:

Em casos de catarata congênita monocular suficientemente avançada para impedir visão útil com globo ocular no restante oferecendo condições adequadas a uma boa visão, é recomendável e para evitar ambliopia, que se o submeta a uma operação precoce, preferencialmente entre 10-12 meses, corrigindo-se a sua afacia com lente de contato hidrofílica de uso permanente. Oclusão do olho fixador predominante, com alternância ou abertura binocular periódicas, a fim de preparar-se seu aparelho visual para

exercícios ortópticos tão logo sejam realizáveis.

LENTE INTRA CAMERULARES:

Efetuada rigorosa triagem de indicação, paciente prevenido, porém concordante, técnica de micro-cirurgia primorosa, escolha de lente adequada, seqüência operatória 100%, pós-operatório perfeito, atividade física pós-operatória comedida, todos têm de convir que esta cirurgia tem lugar e de destaque, na oftalmologia moderna. Como medida de suprema prudência, devido a relatos ainda conflitantes, margem de segurança muito estreita, possibilidades processuais legais evidentes, estamos na expectativa para sua adoção e implante.

FACOEMULSIFICAÇÃO:

De indicação rigorosamente precípua bastante limitada, aparelho ao preço atual de aquisição de 43.000 dólares, sendo do ponto de vista administrativo péssimo emprego de capital, ainda não nos animamos ao seu uso.

Finalizando, fazemos nossas as palavras de Franck Polack, resumindo o seu trabalho publicado em 1977 "Novos conceitos na cirurgia da catarata", complementando-as:

A cirurgia da catarata deve ser encarada preferencialmente sob a luz do uso da microcirurgia, abaixo das oculares dos microscópios, do emprego de novas suturas e instrumentos. As recentes técnicas usando instrumentos como sondas de ultra-som ou vibradores para fragmentação, têm indicação específica para certos tipos de pacientes e cataratas. O seu abuso ou uso e seleção inadequados criaram elevada incidência de complicações, tais como ceratite bolhosa, glaucoma e descolamento da retina. A vantagem destes instrumentos consistia nas incisões pequenas (2 mm) e rápida recuperação pós-operatória ou reduzido tempo de internação.

Dois fatos devem ser destacados: 1 — técnica microcirúrgica e suturas delicadas, concisas e firmes, permitem ao paciente rápido regresso ao seu lar, exercendo atividade normal dentro de poucos dias;

2 — Implante de lentes intra-oculares, tão em voga nos Estados Unidos, transferiram novamente, o interesse às grandes incisões.

Este procedimento aumentou, também, a percentagem de complicações e uma aproximação conservativa deve ser recomendada.

Extração intra-capsular da catarata, com especial ênfase a técnica cirúrgica limpa e concisa, ainda é o procedimento com menor número de complicações.

Meus amigos!

O paciente julga uma operação e faz juízo do seu operador pelo resultado funcional que obtém, acuidade e conforto visual. De nada vale possuímos aparelhos sofisticados e empregarmos técnicas complexas, se este resultado não for adequado. Portanto, não nos descuidemos destes 2 pontos cruciais e fundamentais — indicação operatória e correção óptica adequadas e atualizadas.

Assim faremos amigos agradecidos e, como consequência, de consciência tranquila, seremos úteis à sociedade e bem sucedidos na nossa profissão.

BIBLIOGRAFIA

1. ABBOTT, R. L. & SPENCER, W. H. — Epithelialization of the anterior chamber after transcorneal (McCannel) suture. *Arch. Ophthalmol.* 93(3): 482-484, March 1978.
2. ARENTSEN, J. J. & LAIBSON, P. R. — Penetrating keratoplasty and cataract extraction. Combined vs nonsimultaneous surgery. *Arch. Ophthalmol.* 96(1): 75-75, Jan. 1978.
3. BENEZRA, D. & CHIRAMBO, M. C. — Bilateral versus unilateral cataract extraction: advantages and complications. *Brit. J. Ophthalmol.* 62(11): 770-773, November, 1978.
4. BETTMAN, J. W. — Medicolegal hazards of intraocular lens implanting. *Am. J. Ophthalmol.* 86(4): 496-500, Oct. 1978.
5. BIEDNER, B.; ROTHKOFF, L.; MONOS, T. & BLUMENTHAL, T. — Two special indications for intraocular lens implantation. *Brit. J. Ophthalmol.* 62(7): 468-469, July 1978.
6. BINDER, P. S. — Evaluation of through-and-through corneal sutures. *Arch. Ophthalmol.* 96(10): 1886-1890, Oct. 1978.
7. BLODI, F. C. — A surgical storm. Editorial. *Arch. Ophthalmol.* 96(3): 427, March 1978.
8. CAMARGO, M. L. — Crio-extração de catarata: uma avaliação de 100 casos. *Arq. Bras. de Oftal.* 41(1): 20-24, 1978.
9. CERNEA, P.; BUSNEAG, T. & NAGEA, M. — Glaucoma secondaire de nature cristallinienne. *J. Fr. Ophtal.* 1(5): 385-388, Mars 1978.
10. CHYLACK Jr., L. T. — Classification of human cataracts. *Arch. Ophthalmol.* 96(5): 888-892, May 1978.
11. DAZA-SANCHEZ & RODRIGUEZ-GONZALEZ, A. — Aspectos gonioscópicos de la incisión esclero-corneal en cirugía de catarata. *Palestra Oftal. Panam.* 1(3): 74-77, 1977.
12. DIAMOND, J. C. & KAPLAN, H. J. — Lensectomy and vitrectomy for complicated cataract secondary to uveitis. *Arch. Ophthalmol.* 96(10): 1798-1804, Oct. 1978.
13. EMERY, J. M. & PATON, D. — Current concepts in cataract surgery. Selected proceedings of the fourth biennial Cataract Surgical Congress. C. V. Mosby Co. Saint Louis, 1978.
14. FERREIRA, L. E. — Hipertensão ocular nos operados de catarata. *Arq. Bras. Oftal.* 41(4): 169-175, 1978.
15. FLAMENT, J. — Les cataractes par rupture antérieure de la capsule du cristallin lors des contusions oculaires. *J. Fr. Ophtal.* 1(5): 369-376, Mai 1978.
16. GASSET, A. R.; LOBO, L. & HOUE, W. — Permanent wear of soft contact lenses in aphakic eyes. *Am. J. Ophthalmol.* 83(1): 115-120, January 1977.
17. GERNET, H. — La confusion binoculaire chez l'aphaque unilatéral. *Graefes Arch. Ophthalmol.* 1977, 202, 143-152. In *J. Fr. Ophtal.* 1(1): 93, Jan. 1978.
18. GUILLAUMAT, L. — Vitre d'hier et d'aujourd'hui. *J. Fr. Ophtal.* 1(2): 103-105, Février 1978.
19. HATT-SUTER, R. R. — Komplikationen der kombinierten Katarak-Keratoplastik Operation. *Ophthalmologica.* 176: 39-44, 1978.
20. HAVENER, W. L. & GLOECKNER, S. L. — Atlas of Cataract Surgery. C. V. Mosby Co. Saint Louis, 1972.
21. HERVOUET, F. & CALAMANDREI, G. — Les problèmes posés par la correction de l'aphaque. *J. Fr. Ophtal.* 1(3): 229-238, Mars 1978.
22. HOVLAND, K. R. — Vitreous findings in fellow eyes of aphakic retinal detachment. *Am. J. Ophthalmol.* 86(3): 350-353, September 1978.
23. HUNTER, J. W. — Early postoperative sterile hyphopyons. *Brits. J. Ophthalmol.* 62(7): 470-473, July 1978.
24. IRVINE, A. R.; KRATZ, R. P. & O'DONNELL, J. J. — Endotelial damage with phacoemulsification and intraocular lens implantation. *Arch. Ophthalmol.* 96(6): 1023-1026, June 1978.
25. JAFFE, N. S. — Cataract surgery and its complications. C. V. Mosby Co. Saint Louis, 1972.
26. JOSEPH, N. & DAVID, R. — Bilateral cataract extraction in one session: report on five years' experience. *Brit. J. Ophthalmol.* 61: 612-621, 1977.
27. LAVERGNE, G. & DEHON, P. — Les bases anatomophysiologiques de l'acuité visuelle. *J. Fr. Ophtal.* 1(1): 75-81, Jav. 1978.
28. LEGRAND, J.; TAGLIONI, M. & TAGLIONI, M. — Quel mode d'anesthésie choisir en ophtalmologie? *J. Fr. Ophtal.* 1(5): 393-398, Mars 78.
29. LEMPET, S. L.; JENKINS, M. S. & BROWN, S. I. — Prevention of vitreous loss in aphakic keratoplasty. *Am. J. Ophthalmol.* 86(1): 59-60, July 1978.
30. LUNTZ, M. H. & LIVINGSTON, D. G. — Astigmatism in cataract surgery. *Brits. J. Ophthalmol.* 61: 360-365, 1977.
31. MacBEATH, D. L. & DAVID, R. — Follow-up of aphakic patients with anterior vitrectomy in one eye uneventful cataract extraction in the fellow eye. *Brits. J. Ophthalmol.* 62(11): 774-777, November 1978.
32. MAIDA, J. & SHEETS, J. H. — A lens glide punch. *Arch. Ophthalmol.* 96(5): 898, May 1978.
33. MAIS, F. A. & MAIS, F. A. Q. — Ensaio clínico com dexton oftálmico. *Rev. Bras. Cirur.* 68(11/12): 351-356, Nov/Dez. 1978.
34. MALBRAN, E. S. & MERONI, J. A. — Extracción intra capsular de la catarata. Evaluación de los resultados. *Palestra Oftalm. Panamer.* 2(1): 25-35, 1978.
35. MENEZO, J. L.; MARCO, M. & VILA MASCARELL, E. — Hypertension enzymatique: Etude statistique. *J. Fr. Ophtal.* 1(4): 289-296, 1978.
36. MEYERS, S. M.; KLEIN, R.; CHANDRA, S. & MYERS, F. L. — Unplanned extracapsular cataract extraction in postvitrectomy eyes. *Am. J. Ophthalmol.* 86(5): 624-626, November 1978.
37. MORAX, P. V. — Les opérations de cataracte du futur. *J. Fr. Ophtal.* 1(4): 273-274, 1978.
38. NORN, M. S. — Depth of anterior chamber after cataract extraction. *Brits. J. Ophthalmol.* 62(7): 474-477, July 1978.
39. PEYMAN, G. A.; RAICHAND, M. & GOLDBERG, M. F. — Surgery of congenital and juvenile cataracts: a pars plicata approach with the vitrophage. *Brits. J. Ophthalmol.* 62(11): 780-783, November 1978.
40. PIERSE, D. & KERSLEY, H. J. — Hydrophilic lenses for "continuous" wear in aphakia; fitting operation. *Brits. J. Ophthalmol.* 61: 34-37, 1977.
41. POLACK, F. M. — New concepts in cataract surgery. *Palestra Oftal. Panam.* 1(1): 14-20, 1977.
42. POLACK, M. & SUGAR, A. — Le procédé de la phakoémulsion. III. Complications cornéennes. *Investig. Ophthalmol. and Visual Science.* 1977. 16: 30-46. In *J. Fr. Ophtal.* 1(5): 418, 1978.
43. POULIQUEN, Y. — L'Incision dans la cataracte... en questions? *J. Fr. Ophtal.* 1(5): 389-391, 1978.
44. POULIQUEN, Y. & TOUSSAINT, C. — Kératoplastie et extraction combinée du cristallin à propos de 32 cas non traumatiques. *J. Fr. Ophtal.* 1(3/9): 507-512, 1978.
45. POULIQUEN, Y.; ANDRIANJAFY, H. & GIRAUD, J. P. — Astigmatisme et incision cornéenne dans l'opération de la cataracte (déductions statistiques). *J. Fr. Ophtal.* 1(10): 597-602, Octobre 1978.
46. RADIUS, R. L. — Perimetry in cataract patients. *Arch. Ophthalmol.* 96(9): 1574-1579, September 1978.
47. ROPER-HALL, M. J.; SAUTTER, H. & STREEFF, E. B. — Advances in Ophthalmology. Vol. 34, VIII + 226 p. Karger éd. 1977.
48. SHAHINIAN Jr., L. & BROWN, S. I. — Postoperative complications with protruding monofilament nylon sutures. *Am. J. Ophthalmol.* 83(4): 546-548, 1977.

49. SHEETS, J. H. & MAIDA, J. W. — Lens glide in implant surgery. Arch. Ophthal 96(1): 145-146, January 1978.
50. STREETEN, B. W. & ESHAGHIAN, J. — Human posterior subcapsular cataract. Arch. Ophthal. 96 (9): 1653-1658, Sept. 1978.
51. STREETEN, B. W. & PULASKI, P. — Posterior zonules and lens extraction. Arch. Ophthal. 96(1): 132-138, January 1978.
52. SUGAR, J.; MITCHELSON, J. & KRAFF, M. — The effect of phacoemulsification on corneal endothelial cell density. Arch. Ophthal. 96(3): 446-448, March 1978.
53. SUGAR, J.; MITCHELSON, J. & KRAFF, M. — Endothelial trauma and cell loss from intraocular lens insertion. Arch. Ophth. 96(3): 449-450, March 1978.
54. SUZUKI, H.; BEVILAQUA, C. S. & NAKASHIMA, Y. — Vitrectomia na catarata traumática. Apresentação de 17 casos. Rev. Bras. Oftal. 36(4): 111-117, Dezembro 1977.
55. WONG, W. W. — Indications for cataract surgery. Psycholinguistic considerations. Arch. Ophthal. 96 (3): 526-528, March 1978.
56. ZIMMERMAN, T. J.; KRUPIN, T.; GRODZKI, W. & WALTSMANN, S. R. — The effect of suture depth on outflow facility in penetrating keratoplasty. Arch. Ophth. 96(3): 505-506, March 1978.