

FERIMENTO PERFURANTE DA CORNEA POR ANZOL (1)  
DR. PAULO BRAGA DE MAGALHÃES E DR. AVELINO GOMES DA  
SILVA — S. Paulo

No Ambulatório da Clínica de Olhos do Hospital das Clínicas, depa-rou-se-nos um caso que, pela sua singularidade e extrema raridade, jul-gamos interessante trazer a público, como contribuição ao estudo da in-fortunística ocular. Ao taxarmos o caso de 'extrema raridade', assim o fazemos dada a quãsi completa ausência de citações bibliográficas que con-seguimos. Considerando-se ainda a natureza imprevista do corpo extra-nho — *anzol* — a sua localização incomum — *córnea* — e o fato de não havev sido atingidas as partes mais profundas e de maior importância na fisiologia da visão, como o corpo ciliar e o cristalino, parece-nos ser o ca-so ainda de maior importância.

São comuns os acidentes da pesca, nos quais o anzol surge quasi sempre como o responsável, interessando principalmente os dedos e mui-tas vezes o rosto, porém são praticamente desconhecidos os acidentes ocu-lares. Sobre este tipo de acidente não conseguimos sinão duas informa-ções positivas. A primeira citada numa conferência que o *Prof. Cyro de Rezende* (1) fez ha alguns anos aqui em nossa cidade e a segunda como comunicação pessoal do *Dr. Jacques Tupinambá* (2) no dia em que co-municámos este caso a nossa Sociedade de Oftalmologia.

Nestas duas referências, a primeira passava com pessoa da Casa Real inglesa e a segunda com um operário aqui de nossa terra, o desfe-cho foi o mesmo, isto é, perda completa do globo ocular por posterior panofthalmia.

Nisto fomos mais felizes do que os colegas que nos antecederam. O nosso paciente teve alta em tão boas condições, que nos custa a crêr ti-vesse sido vítima de tão brutal acidente.

Veamos sua história clínica:

J. A. R. R.G. N.º 73.793, de 19 anos, sexo masculino, branco, mecâ-nico. Entrada: 3.3.948, às 9 horas, encaminhado pelo P. S. do Hospital.

*Queixa*: Estando a pescar, em companhia de outros, no local deno-minado "Eldorado", ha cerca de 3 horas (5 horas da manhã), num lan-ce infeliz de um companheiro, foi atingido pelo anzol no OD (sic).

---

1) Comunicação à Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo em 14 de abril de 1948

2) Assistentes da Clínica Oftalmológica da Fac. de Medicina.

*Exame do segmento externo:* Ao atendermos o paciente deparamos com um quadro inesperado e mesmo grotesco, pois o mesmo se apresentava com o OD "fisgado" pela córnea, aparecendo nitidamente um anzol nela fixado, e, preso a êle um longo fio de linha, balouçando sincronicamente com os movimentos oculares. (veja-se figura n.º 2).

Num exame a olho desarmado, constava-se o anzol já referido que media aproximadamente 1 ½ cms. de comprimento, perfurando a córnea (veja-se figura n.º 1) na zona paracentral, mais ou menos às 8 ½ horas, mergulhando a sua ponta farpeada na câmara anterior que estava quasi completamente tomada por sangue. Este hifema era formado por sangue já coagulado. Havia intensa congestão dos vasos da conjuntiva bulbar e discreta injeção periquerática em tódo o limbo. Sobre a córnea, partindo da ferida produzida pelo anzol e se dirigindo para cima, alcançando o limbo mais ou menos às 2 horas, partia uma formação filamentosa, de cor branca, dando-nos a impressão de ser uma arranhadura produzida pela ponta do anzol antes de haver penetrado na câmara anterior.

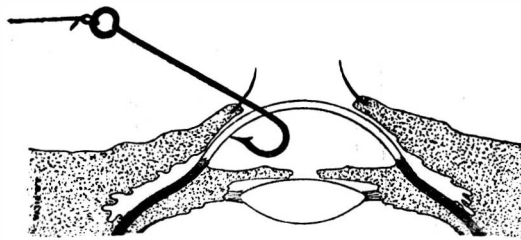


FIGURA N.º 1

Ao exame mais acurado pela biomicroscopia, notamos não ser o hifema total, porque havia uma zona livre de aspecto semi-lunar que se estendia das 11 às 2 horas, deixando ver a íris de aspecto normal. A suposta arranhadura da córnea não passava de secreção mucosa espessa, depositada sobre a mesma, e o anzol se apresentava bastante sujo, tendo deixado boa quantidade de material ferruginoso preso á ferida.

Não nos foi possível precisar qual a situação da farpa do anzol em relação ás partes mais profundas, porque o hifema impedia a visão das mesmas.

Agudeza visual: OD apenas percepção luminosa, OE — 8/10 sem correção.

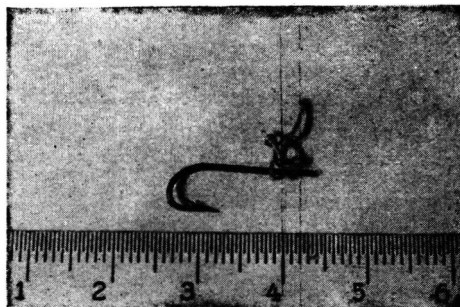


FIGURA N.º 2

*Operação de extração do anzol:* Às 10 horas precisamente, dávamos início à operação de extração do corpo estranho, portanto 4 horas após o acidente.

Feita a anestesia retro-bulbar pela Scurocaina G na quantidade de 1½ cc. passámos ao preparo do retalho conjuntival para o final recobrimento. Após, abrimos com lança a própria ferida produzida pelo anzol e retirámo-lo sem grandes dificuldades, evitando o quanto possível os movimentos bruscos, pois imaginávamos estar ele preso á iris ou ao corpo ciliar.

Não houve afluxo da iris na ferida operatória, naturalmente porque o hifema serviu de coxim impedindo assim que a iris se aproximasse da córnea.

Fizemos a avivamento da ferida para melhor cicatrização e finalmente procedemos ao recobrimento conjuntival total.

Instilámos uma quantidade suficiente de atropina a 1% e fizemos um curativo oclusivo para ambos os olhos e outro de proteção para o olho operado.

limbo.  
nea, no local de penetração do anzol, com grande quantidade de depósitos ferruginosos. Cicatrização da ferida em franco progresso. Área central da córnea bastante edemaciada. Perdura a injeção periquerática em todo o

*Medicação posoperatória:* Analgésicos e calmantes de praxe hospitalar. Penicilina aquosa e oleosa que se prolongou por muitos dias e que atingiu o alto total de 6.000.000 de unidades. Sôro anti-tetânico em quantidade suficiente. Repuso absoluto em quarto semi-escuro e dieta branda por 10 dias.

18-3-948 *Exame à Lâmpada de fenda:* Reabsorvição quasi completa do sangue da câmara anterior; grande quantidade de pigmento escuro na área pupilar, fechando-a por completo. Temos a impressão de haver sido rompida a cristalóide anterior. Iris em miose. Leucoma exuberante na cór-

Recomendamos a instalação de mais atropina pois não obtivemos midríase desejada.

29-3-948 *Exame à Lâmpada de fenda*: Houve uma sensível melhora na transparência da córnea. Cristalino íntegro, apenas se depositando na cristalóide anterior poucos grumos de pigmento escuro, talvez iriano ou ferruginoso. Boa midríase. Desaparecimento total do sangue da câmara anterior que se apresenta bastante profunda. O leucoma é ainda exuberante porém diminuiu de volume, apresentando entretanto os mesmos depósitos ferruginosos. Perdura discreta injeção periquecática.

*Alta*: Foi dada alta ao paciente no dia 17-4-48, após um terceiro exame à Lâmpada de fenda que nada mais revelou além do já descrito no exame anterior. No momento da alta a agudeza do paciente era precisamente de 6/10 para o olho ferido e as condições deste tendiam francamente para a completa normalização. Nesse momento foi tirada uma fotografia que reproduzimos na figura n.º 3.

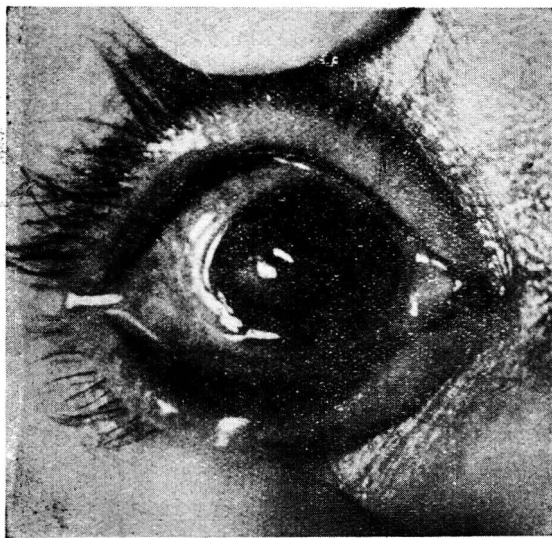


FIGURA N.º 3

*Algumas considerações sobre este caso*

O feliz desfecho do nosso caso prende-se, como se pode deduzir da leitura da história clínica, a alguns fatores, que devemos ressaltar:

a) *Precocidade da intervenção cirúrgica*: Paciente operado 4 horas após o acidente, portanto num limiar ótimo para intervenções em acidentados. Operação com todos os cuidados de assepsia e máximo cuidado para evitar traumatismos.

b) *Uso apropriado e em quantidades suficientes de medicamentos:* Além dos 6.000.000 de unidades de penicilina e do sôro anti-tetânico foram dispensados ao paciente todos os cuidados para evitar possíveis complicações.

c) *Uso local e demorado da atropina:* Apesar de só obtermos miíase algum tempo após o uso da atropina (supomos que a atropina usada nos primeiros dias não estivesse em boas condições), somos levados a crer que a este medicamento devemos em grande parte o nosso sucesso, porquanto foi o único medicamento usado localmente.

d) *Não comprometimento no processo de partes vitais do olho:* A brutalidade do acidente, a maneira pela qual o anzol penetrou no olho e o tamanho do mesmo, levou-nos a pensar em lesão da íris, do corpo ciliar e do cristalino. Tal porém não se deu. Nossos exames posteriores feitos à luz da Lâmpada de fenda, após a instilação da atropina, mostraram-nos um cristalino normal apresentando apenas depósitos escuros na cristaloide anterior. Havia um contorno pupilar bastante regular o que particularmente exclui ferimento de íris, salvo pequena lesão causadora do hífen já descrito.

O anzol deve ter descrito uma trajetória curva em sentido inclinado, de cima para baixo, caminhando sua "farpá" muito junto à face posterior da córnea, pois, só assim compreendemos como tão grande objeto pode penetrar na câmara anterior sem atingir a íris ou o cristalino. Veja-se figura n.º 4.

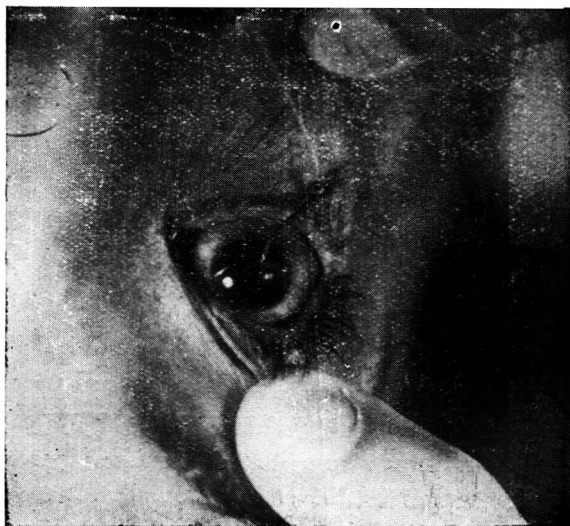


FIGURA N.º 4

e) *Localização excêntrica do ferimento corneano*: A sorte do nosso paciente culminou quando da localização do ferimento corneano, porque, em se tratando de um agente perfurante de grande tamanho, levado ao olho com grande velocidade, fê-lo de uma maneira excêntrica, destruindo a boa parte da córnea, deixando livre porém a área pupilar. Isto somado à integridade das partes mais profundas lhe garantirá uma boa agudeza visual futura.

### S U M A R I O

Os A. A. descreveram um caso de acidente na pesca, no qual um jovem de 19 anos de idade foi atingido no OD pelo anzol do companheiro. Houve perfuração da córnea, com produção hifema, porém com integridade da íris, do corpo ciliar e do cristalino. Intervieram rapidamente, cerca de 4 horas após o acidente, fazendo a extração do anzol pelo prolongamento, com lança, da própria ferida, fazendo depois um recobrimento conjuntival total. A medicação posoperatória constou de sulfato neutro de atropina a 1% localmente, anti-infecciosos, anti-toxina tetânica, reconstituintes e 6.000.000 de unidades de penicilina por via perenteral.

A agudeza visual do olho lesado que era de apenas percepção luminosa, alcançou no momento da alta, 6/10. Os A. A. tecem comentários e lembram duas referências a respeito de casos idênticos.

### S U M M A R Y

The authors report a case of a fishing accident in which a young man of 19 years old was hit in the right eye by the hook of a companion. The cornea was pierced, and a great hyphaemia was produced, but without harming the iris, the ciliary body and the lens.

Operation was performed at once, about 4 hours after the accident took place, the hook was extracted by enlarging the wound with the keratome and a sliding conjunctival flaps was made subsequently.

Post-operative treatment consisted of using neutral sulphate of atropine at 1% locally, anti-infectious specific, tetanic antitoxin, tonic medicines and 6.000.000 penicilin units in intramuscular injections.

The visual acuity which was only that of luminous perception, reached to 6/10 at the moment when the patient was allowed to leave hospital. The authors made comments and mention two references about identical cases.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — REZENDE, C.: "Os olhos e os esportes" — Conferência lida na Sessão do Clube de Regatas Tietê. Inédita. S. Paulo — 1935
- 2 — TUPINAMBA, J.: Comunicação verbal. Soc. Oftalm., São Paulo — Abril, 14-948

---

Nota: O presente trabalho já estava redigido quando novo caso de ferimento ocular por anzol nos veio ter às mãos. Dêle daremos publicidade oportunamente.