

quanto menos delle pôdermos exigir relativamente a modificações de direcção do olhar, mais facilitaremos esse exame, que, quando imprudentemente prolongado, não é inoffensivo, nem tão pouco dá ao observador a imagem fiel da alteração que contempla. Isto julgamos nós ter conseguido pela maior variedade de movimentos do nosso reflector e lentes.

Descrevemos succinctamente o nosso instrumento :

Compõe-se elle de uma haste óca, terminada inferiormente por um pesado pedestal A; no interior desta haste está contida uma haste dentada C, que, por meio do botão B, desembainha-se da haste óca tanto quanto é mister para pôr o reflector concavo L e a lente biconvexa P ao nível dos olhos do observador e do doente.

Como se deve começar pelo exame dos meios refringentes, que se faz com o simples auxilio do reflector, fiz prover o corpo do instrumento EHH, que por meio de parafuso se une á haste dentada C, de uma articulação G, que serve de arredar a lente de defrente do olho observado, quando se não trata do exame das membranas profundas do olho, e só sim das alterações do corpo vitreo e cristallino.

O corpo do instrumento compõe-se da parte E correspondente ao observador, e da parte H correspondente ao observado. Ocas são ambas estas partes, de cujo interior sahem as hastes dentadas F e I por meio do jogo dos botões E e H, e collocão a lente P e o reflector L nas distâncias convenientes aos olhos do observador e do doente. Releva que observemos que já o Sr. Follin, modificando o ophthalmoscópio fixo de Liebreich, o tinha forrado aos grandes inconvenientes da immobildade da lente objectiva; sem que porém se lembrasse de adaptal-o ao exame facil e prompto dos meios refringentes do olho.

A's extremidades do corpo do instrumento, e por meio dos parafusos N e O fixam-se o reflector L, e a lente objectiva P. Pelos cabos de suas forquilhas gosão lente e reflector de movimentos de lateralidade, que permitem ao observador examinar as partes lateraes do olho observado, sem que precise em uma certa extensão mandar o doente mudar de olhar. Movimentos supero-inferiores pôdem ser comunicados á lente objectiva e ao reflector por meio dos parafusos S e T, que assim nos augmentão neste sentido o campo de exploração. Ainda estes últimos movimentos se não encontrão no optimo ophthalmoscópio de Liebreich, modificado por Follin, apesar de ser o melhor de quantos conheço.

Uma haste articulada Q, unida por parafuso á parte média do corpo do instrumento, e terminada por uma esphera de metal polido serve de indicar materialmente ao doente a direcção que deve dar a seu olhar.

Emfim uma forquilha K, situada atraç do reflector L, e do qual se pôde mais ou menos approximar por meio do parafuso M, serve de engaste a lentes biconvexas, quando queiramos aumentar a imagem inversa, ou a lentes biconcavas, no exame da imagem erecta, em que, bem como nos exames dos meios refringentes, arredamos a lente objectiva P.

Além disto, serve a mesma forquilha K de receptaculo á camara clara R, quando queremos reproduzir sobre papel as imagens observadas.

Poderia ter adicionado a este instrumento micrometros; sendo porém elle munido de camara clara, e dando-nos o calculo os meios de obter a grandeza real das imagens, julgámos desnecessario complicar mais o instrumento.

Para os casos em que o doente pôde difficilmente supportar a luz do reflector, juntei eu uma lente azul biconvexa, por não ter podido obter huma chaminé azul para a lampada de que me sirvo, que é para mim muito melhor do que o emprego da lente

Sirvo-me para fixar o queixo do paciente de alguns livros, e munho a lampada de um parafogo.

Rio, de 3 de agosto de 1863.

DR. MANOEL NUNES DA COSTA.

Paralysis do 3º par; acção physiologica do grande e pequeno obliquo.

F. parda de 38 annos de idade achava-se soffrendo de paralysis dos musculos levantadores da palpebra superior, recto interno, recto inferior, e pequeno obliquo, todos sujeitos á acção do 3º par. Sedenhos, causticos, moxas e sanguesugas lhe tinham sido prescriptas por um collega, mas sem resultado algum.

A palpebra superior estava cahida, cobrindo completamente o globo ocular; e os maiores esforços não a fazião mover. Levantada a palpebra, o globo ocular achava-se prezo ao angulo externo do olho, e os movimentos interno, inferior e superior impossíveis. A pupilla olhava para fóra e para baixo; e uma linha que passasse horizontalmente pela parte media das pupillas, afastar-se-hia da direita ficando a linha correspondendo á parte superior do circulo pupillar. Quando a doente fazia esforços para olhar para dentro, o globo ocular começava a oscilar em movimentos de um quarto de circulo, no sentido de dentro para fóra; e quando se recommendava que olhasse bem para fóra, (lado direito) o globo ocular pela acção do recto externo se collocava de tal modo que o rebordo pupillar interno ficava encoberto: e se a ordem era dada para baixo e para fóra, então notavão-se distintamente dous movimentos, o de rotação de $1\frac{1}{4}$ de circulo de dentro para fóra, e o movimento do museulo externo. Se para dentro, ou para o ponto da immersão do nervo supraorbitario, em vão se esforçava a doente, por que o globo ocular não se movia. A iris achava-se em seu estado normal; e a pupilla contrahia-se e dilatava-se. A visão perfeita. Não havia alterações nas membranas internas. Achavão-se paralisados os cinco ramos em que se divide o 3º par, por conseguinte elle soffria de uma compressão qualquer antes de penetrar na cavidade orbitaria. Se os oculistas acreditão que a contracção da iris é proveniente do influxo do ramo curto que parte do ramo que vai influenciar o pequeno obliquo, seguir-se-hia, que achando-se paralisado o pequeno obliquo, deveria a iris achar-se dilatada, mas não se dando isso, nós acreditamos, ou que a contracção da iris não se acha sujeita ao influxo do 3º par, ou que além dos filletes ciliares existem outros, que na falta daquelle dirigem a iris para o mesmo fim. Temos observado que nas molestias que atacão a nutrição do olho imediatamente a iris começa a dilatar-se, como no glaucoma, entretanto que todos os musculos se achão em seu estado physiologico; ou como no caso presente em que todos os musculos sujeitos ao 3º par se achavão paralisados e a iris contrahida. Se nas choroidites anteriores, ou irido-choroidites a iris se acha contrahida, muito antes que comece a atrophia do globo ocular, isso é devido a exsudatos que se depositão entre o rebordo e mesmo entre a face posterior da iris e a capsula anterior do cristallino. Talvez que estejamos em erro, mas a nossa opinião é que a contracção da iris é sujeita ao influxo do fillete longo que parte do nasal para com o fillete curto formar o ganglio ophthalmico de Willis.

Em prova desta opinião ainda temos as ophtalmias granulosas com ou sem panus granuloso, nas quais logo que são abertas as palpebras, o doente pela presençā da luz começa a espirrar; phenomeno devido a uma acção reflexa da expansão dos filletes do nasal nas fossas nazaes. Sobre a acção do grande obliquo, essa é dedusida dos dous unicos movimentos que res-

tavão ao olho; essa ação é de *levar o globo ocular* para baixo e para fóra por meio de um movimento de rotação. Logo também se pode inferir que sendo a ação physiologica do pequeno obliquo opposta a do grande, a sua ação será de levar o globo ocular para cima e para dentro, produzindo um movimento de rotação. Se se fizer abstracção dos movimentos combinados dos músculos rectos e obliquos, acreditamos que os movimentos dos obliquos serão semelhantes aos movimentos dos pendulos, tendo de estensão um quarto de círculo.

DR. GAMA LOBO, Oculista.

Observação de um caso de endocardio-pericardite chronica e perforação do coração, colhida na enfermaria de clínica interna da Faculdade de Medicina do Corte.

Luiz Rodrigues de Amorim, livre, pardo, natural da corte, morador na rua de Santa Christina, entrou para a Mizericordia a 21 de maio de 1863, e ocupa o leito n.º 6 da enfermaria de clínica medica.

Rodrigues é de constituição fraca, temperamento bilioso, de 42 anos de idade, e trabalha ha 25 anos no ofício de marceneiro; tem sempre habitado casas baixas e humidas. Quando moço sofreu de alguns accidentes primarios de syphilis, depois teve accidentes secundarios e terciarios. Ha cinco annos esteve na enfermaria do Dr. A. da Costa, onde foi tratado de tumores gommosos que lhe aparecerão nas pernas. Depois da sua saída do hospital começou a sofrer do fígado, molestia que nunca deixou de o perseguir, embora por mais de uma vez entrasse em uso de tratamento rigoroso. Ha dous annos teve rheumatismo nas articulações dos membros abdominaes. Com o aparecimento do rheumatismo, aumentarão-se os seus sofrimentos. Começou então a sentir dores mais ou menos agudas para o lado do coração; essas dores erão acompanhadas de palpitações, cansaço, dyspnéa, vertigens, más digestões e sensibilidade exagerada no hypochondrio direito. Nesse estado passou elle por algum tempo: ha seis mezes a sua molestia tornou-se mais grave. As palpitações, cansaço, e dyspnéa aumentarão pouco a pouco. No mez de abril elle teve uma ictericia acompanhada de dores intensas no hypochondrio direito. Depois da ictericia, o seu ventre começou a tomar maiores dimensões; as extremidades abdominaes infiltrarão-se: essa infiltração aumentava-se para a tarde.

Nessas condições e não tendo meios de ser bem tratado, Rodrigues foi obrigado a entrar para a Santa Casa da Mizericordia.

Actualidade. As faces, muito emmagrecidas, denotão um sofrimento de longa data. As veias jugulares estão turgidas, porém irregularmente, de sorte que formão uma especie de cordão nodoso. A pelle está secca e na temperatura normal. O pulso é pouco frequente, pequeno e tremulo. A percussão da região precordial dá-nos um som obscuro em uma grande extensão; a obscuridade estende-se desde o segundo espaço inter-costal até o septimo (quatro pollegadas longitudinaes.) Transversalmente a obscuridade ocupa uma estensão de tres pollegadas mais ou menos. Aplicada a mão sobre a região precordial sentimos um tremor acompanhado de atrito, não forte. Não nos é possível determinar o ponto em que bate a ponta do coração.

Pela escuta, chegamos a perceber que as bulhas do coração são completamente confusas e acompanhadas de um ruído de sopro, que é ouvido um pouco acima do mamellão.

Percebemos mais, grande irregularidade no rythmo dos movimentos do coração; essa irregularidade consiste em um tremor ou hesitação na contracção ventricular.

A percussão do thorax fornece-nos um som claro em

quasi todos os pontos; só nos correspondentes a base dos pulmões é que ha um pouco de obscuridade.

A escuta mostra-nos que ha um estertor crepitante aspero na base de ambos os pulmões. Existe ainda alguma dyspnéa, o doente só pode estar sentado ou recostado sobre um travessero muito alto. A lingua é larga, humida e um tanto esbranquiçada. A digestão não se faz bem, ha constipação de ventre. O fígado está augmentado de volume, desce tres dedos transversos abaixo do rebordo das falsas costellas. O baço não pode ser examinado, porque existe um grande derrame inter-peritoneal, que dificulta o exame. As emissões urinarias são pouco abundantes. Os membros abdominaes estão bastante infiltrados.

Acreditamos que existe um agumento de volume do coração, acompanhado de pericardite, insuficiencia auriculo-ventricular esquerda, e mais uma hepatite chronica com derrame ascítico.

Dia 21 a 1 de junho. Durante esses dias o doente esteve tomando uma bebida diuretica e purgativa. Não obteve melhora alguma. A medicação constou de pilulas hydragogas de Bouchardat, pós de jalapa e calomelanos, infusão das 5 raízes diureticas com eremor de tartaro.

1, 2, 3, 4, 5 de junho. Durante esses dias o doente tomou o purgativo de Le-Roy: teve evacuações abundantes. O ventre diminuiu um pouco de volume. O estado geral é peor, tem tido vertigens, e não tem tomado alimentação. Mandou-se dar-lhe um pouco de leite e ovos. 7. Neste dia deixou de tomar o purgativo de Le-Roy, este foi substituído por pilulas do extracto de elaterio. Esteve até o dia 17 tomando este medicamento, porém não houve melhora alguma. O exame que faziamos todos os dias, dava-nos cada vez menos esperanças, porque viam persistirem todos os phenomenos observados no primeiro dia. No dia 17 o doente voltou a tomar a infusão das 5 raízes diureticas; d'ella fez uso por muitos dias, alternando algumas vezes com o uso de carbonato de ammonea, bebidas nitridas, e purgativos salinos.

O estado do doente pareceu melhorar por alguns dias, porém essas melhorias foram passageiras; no dia 20 de julho em diante elle começou a passar muito mal, tinha vertigens quasi todos os dias, as forças abaterão-se, os phenomenos cardiacos tornarão-se intensos, a infiltração dos membros inferiores aumentou. Muito embora tivesse uma diéta reparadora, composta de ovos, leite, vinho e café, elle não podia utilizar-se d'ella. Foi pois perdendo as forças pouco a pouco até que no dia 26 de julho succumbio ás 5 horas da madrugada.

Autopsia feita 5 horas depois da morte.

Alguma rigidez cadaverica, emmagrecimento geral, corrimento de um liquido amarellado pelas fossas nasaes, manchas lividas sobre a fronte, faces, e pescoço, signaes de dous causticos na parte interna das coixas e de um sedenho na região precordial, elevação e fluctuação do abdomen, duas ulcerações nas regiões trochanterianas, infiltração nos membros inferiores, foi o que de notável encontrámos no habito externo.

Cavidade craneana. A incisão circular feita no coro caibelludo deu lugar ao corrimento de uma grande quantidade de sangue. Aberto o crânio, encontrámos a dura-mater muito injectada: fendeu-a, tiramos o encephalo e notámos que havia uma injeccão venosa em toda sua superfície; essa injeccão era tão forte que, em alguns pontos, principalmente para a base, parecia formar focos apoplepticos. A substancia cerebral, cheia de um pontilhado venoso muito abundante, estava um pouco amolecida. Nos ventriculos nada encontrámos de anormal.

Cavidade thoracica. Levantada a parede anterior do thorax, vimos que existia, em ambas as cavidades pleuriticas, um derrame seroso de cor citrina, na quantidade de 8 a 10 onças mais ou menos em cada uma das cavidades. Existia