

MANUAL DE AUTOPSIAS

PELO PROFESSOR

DR. RICHARD HESCHL

TRADUZIDO DO ALLEMÃO E ANNOTADO

PELO

DR. PACHECO MENDES

Lente Cathedratico de Anatomia e Physiologia Pathologicas na Faculdade
de Medicina da Bahia

Com a collaboração do Dr. JULIO PALMA, preparador de Histologia
da mesma Faculdade

Dr. Eucarnato Sampsonet

BAHIA

IMPRENSA POPULAR

48, Defronte do Coberto Grande, 48

1887

PROLOGO DO TRADUCTOR

É incontestavel que a pratica das necropsias, o auxiliar mais valioso ao estudo da anatomia pathologica, contribue poderosamente para o progresso das sciencias medicas.

Como professor de anatomia pathologica não podiamos, por mais tempo, apreciar impassivel as constantes faltas commettidas pelos executores das poucas autopsias, que se praticam no nosso amphitheatro.

Apezar dos nossos constantes esforços não pudemos ainda conseguir a organisação de um serviço especial de autopsias para, completando o ensino da anatomia pathologica, instruirmos os nossos discipulos na pratica d'aquella disciplina, e, como n'esta situação contradictoria e estranha persistimos, sem esperauça de remedio prompto, pareceu-nos que não seria empreza inutil a publicação d'este Manual, cuja traducção hoje offerecemos á benevola apreciação dos nossos collegas.

As escholas medicas do paiz não promoveram ainda, como lhes cumpria, o estudo da disciplina em questão ; mas, não poder-nos-iamos em tempo algum justificar, como professor

de anatomia pathologica em uma das nossas Faculdades, se não levantássemos nosso protesto, que será ainda uma vez assignalado com a publicação d'este trabalho.

Se o esforço que elle representa, no intuito de vulgarisar a pratica de tão importante disciplina, não fôr de todo perdido, por bem recompensado se dará o traductor do tempo, que lhe dedicou.

DR. PACHECO MENDES.

PROLOGO DO AUTOR

Na epoca actual o medico acha-se frequentemente na contingencia de proceder por si mesmo á autopsias, em vez de limitar-se, como ha poucos decennios, á vigiar a execução d'ellas. É tambem comprehensivel a grande vantagem, que para elle resulta, quando por si mesmo executa a secção, principalmente nos casos jurídicos : quem dicta o protocollo não deve passar a autopsia á outrem sem necessidade.

Todo pratico conhece o papel importante, que representam na obducção as pontas dos dedos da mão esquerda ; ellas fazem descobrir involuntariamente, ou, com mais precisão, voluntariamente, alterações, que sem isso passariam inteiramente desapercibidas. Por isso não deve o pratico limitar-se á representar o papel de expectador, e confiar a execução ao inexperiente.

É muitas vezes a pouca aptidão technica, que impede o medico de executar a autopsia. O ensino da technica necroscopica seguiu-se á generalisação do estudo da anatomia

pathologica, comparativamente, porém, poucos conseguem, somente com os primeiros ensaios, a sufficiente aptidão.

Occupado ha alguns annos com o ensino, pareceu-me que uma das causas deste pouco progresso dependia de não poderem os estudantes conservar na memoria, com a necessaria fidelidade, afim de poderem de momento applical-os, os difficeis e multiplos processos, que se offerecem á um principiante. Por esta razão procurei apresentar neste trabalho os methodos por nós usados nas obducções, destinadas á investigações pathologicas, de modo que o principiante conheça o que delle se exige, e o pratico, pela simples descripção das manipulações, possa recordar-se delias. Quiz proporcionar aos primeiros os elementos de preparação, aos ultimos uma recapitulação, e alargar o campo de acção do professor antes e depois do curso.

Perguntar-me-hão talvez se este estudo, feito sem ser seguido de uma applicação pratica directa, pode ter vantagem scientifica. Perguntarei tambem se não é evidente que quem conhecer theoricamente um processo, deverá executal-o com mais criterio do que um outro que o desconheça *in totum*? se o individuo, que não dispõe destes estudos, poderá se aperfeiçoar depois do curso fazendo annualmente apenas algumas, 2, 6, 10 secções? se, sem direcção, não será esquecido com o decorrer dos tempos o que já uma vez foi bem conhecido? quantas preparações importantes são

annualmente inutilizadas pelas mãos inexperientes do dissecador ?

A aptidão technica só pode ser perfeitamente adquirida com o exercicio, e com mais certeza por aquelle que dispuzer em cada caso de um guia habilitado, do que por quem se achar em condições oppostas. O papel de guia, á que me proponho com a publicação d'este trabalho, justificará o apparecimento de um livrinho, que, sem aspiração de ordem propriamente scientifica, será entretanto de grande utilidade.

O-AUTOR.

MANUAL DE AUTOPSIAS

A tarefa do medico na mesa de dissecção é triplice: a execução da secção, a descripção do que nella se encontrou e sua interpretação. A ultima condição pertence ao dominio da anatomia pathologica propriamente dita, pelo que não será considerada neste trabalho; occupar-nos-hemos com as duas primeiras condições, principiando pelo modo de executar uma secção.

PRIMEIRA PARTE

Da secção

Secção pathologica é o descobrimento e exame dos órgãos do corpo humano para fins pathologicos.

Executa-se procurando accesso aos differentes órgãos e suas partes, e tratando-se cada órgão segundo a sua natureza e a *especialidade* do processo pathologico. Os processos necessarios dividem-se em duas classes: os que se applicam a qualquer secção, e os que differem segundo os casos especiaes.

Os primeiros são simples preparativos, e por isso objecto, que depende unicamente de pratica, são as partes puramente mechanicas de uma obducção, que podem ser perfeitamente conhecidas, e entretanto sem vantagem, consideradas isoladamente.

Estes processos representam o que se chama methodo de secção.

Este, embora pertença exclusivamente á parte mechanica, tem uma certa importancia, por ser dominado pelo lado scientifico da secção, e por isso deve ser assignalado por facilitar de todos os modos os fins della.

Por esta razão os antigos, e inconvenientes methodos de secção, como, por exemplo, a abertura do craneo com o escopro, foram substituidos por outros menos destruidores e mais convenientes.

E não só sob o ponto de vista geral, como tambem particular, pode ser reformada esta pratica, desde que um conhecimento mais profundo da molestia exigiu a observação não só do orgão, como tambem o estudo microscopico das partes delle, em que se deve procurar a séde das alterações. A tarefa que há cincoenta annos era considerada summamente difficil, tornou-se muito mais simples. Não é mais necessario indagar sem uma direcção determinada para encontrar, confiando ao acaso; encetamos hoje o nosso trabalho sempre com uma pergunta formulada, e desse modo

ganhamos tempo e chegamos com mais probabilidade á solução desejada. Não procuramos mais ao acaso no cadaver, um descobrimento offerece-nos occasião para muitos, pois que nelle frequentemente encontramos indícios para a apreciação de processos morbidos mui variados. Não podemos dar por findo o trabalho sem responder ás questões por nós estabelecidas.

Só o individuo, que tiver bons conhecimentos de anatomia pathologica conseguirá, no menor espaço de tempo possivel, a maior somma de observações; mas um bom methodo de secção o ajudará consideravelmente neste intento.

Em muitos casos, maximé nos mais importantes, procura-se obter a conservação das peças obtidas na secção; é evidente, quanto á este ponto, que estas peças devem ser tratadas com o maior cuidado possivel para se attingir o fim da obducção, á saber, a descripção completa do que se encontrou, etc.

O principal requisito de um bom methodo de secção é, exceptuando-se os casos especiaes, aquelle que, sendo geralmente applicavel, garantir com mais segurança e promptidão o accesso aos órgãos.

Quanto aos processos, que differem segundo a natureza do caso, não é possivel estabelecer-se regras especiaes para elles. Póde-se, sem duvida, como o fazemos, dar as regras pelas quaes se devem tratar os órgãos nas lesões mais

frequentes, mas na especie o methodo de seccionar será regulado conforme o caso, que se apresentar.

Parece realmente existir uma pequena contradicção quando por um lado se diz que a autopsia deve ser regulada conforme a molestia especial, de que se trata, quando o conhecimento desta se obtem primeiramente com o exame. Esta contradicção prevalece somente para os inexperientes. Aquelle, porém, que tiver adquirido algum conhecimento, presumirá com facilidade e segurança, guiado pelos poucos signaes apparentes, a natureza do mal, e adoptará sua regra de conducta. Todas as incisões nos orgãos, abaixo mencionadas, tem valor na supposição de que não existam circumstancias outras apparentes, que exijam outros processos. A primeira tarefa do prosector no cadaver consiste em reconhecer, pela inspecção externa do orgão, o mal, para por elle regular em tempo a sua conducta.

Sendo, em geral, dous casos da mesma molestia tão pouco semelhantes entre si, como duas physionomias, é claro que nenhuma regra geral ou especial, mas somente cuidadosa observação, cautela e reflexão poderão conduzir-nos ao fim.

Relativamente á execução da secção existem as seguintes condições geraes á adoptar-se :

I. A secção deve ser completa, isto é :

a) Todas as visceras devem ser examinadas; as outras

partes, porém, segundo a especialidade do caso, devem ser examinadas tanto quanto a exigencia scientifica o pedir.

Dahi segue-se que se deve proceder em uma certa ordem. É mais simples e natural proceder-se na ordem anatomica : começar pela cabeça, depois examinar o tronco, finalmente as extremidades. Esta ordem será somente interrompida onde a necessidade ou a conveniencia da execução o exigirem.

Assim a cavidade buccal será examinada depois da inspecção do pescoço, porque o contrario somente seria exequível com deformação do cadaver e grande incommodo. Um outro exemplo offerece a interrupção da obducção do aparelho digestivo depois da inspecção do pancreas, passando-se deste órgão não para o estomago, mas para os rins, tornando-se depois ao primeiro.

A rigorosa observação da ordem anatomica é tambem o melhor meio para nada esquecer. Estando as grandes visceras examinadas, po le-se proceder ao exame dos órgãos secundarios, que represontam papel importante nos casos especiaes.

b) Uma condição principal da integridade é a precisão no exame dos differentes órgãos. Examina-se um órgão, observam-se suas relações, posição, etc. ; depois é elle incisado.

Os cortes devem apresentar as maiores superficies possiveis, pelo que, em regra geral, devem os órgãos ser divididos em duas metades. Nas superficies de secção feitas

executam-se incisões lateraes, as maiores, que se puderem fazer, e que são repetidas até serem julgadas sufficientes, o que se reconhece pelo exame manual do orgão, cuidadosamente feito.

Tratando-se de procurar pequenas alterações, grande numero das quaes são presumidas, pratica-se o maior numero possivel de cortes parallellos: nestes casos as regras differem segundo o tecido. Os musculos são cortados transversalmente, o cerebro, o pulmão, no sentido longitudinal, a glandula thyroide obliquamente.

As anomalias encontradas devem ser descobertas do modo mais simples. Muitas vezes, mais nem sempre, é necessario cortar ao meio as partes doentes.

Havendo necessidade de cortar-se uma parte de um orgão ou tecido, deve-se preferir aquella, de que se espera o maior esclarecimento: em geral divide-se em duas metades. Em alguns casos tornam-se por si mesmas notaveis as porções, que devem ser cortadas, em outros basta a exacta inspecção, por exemplo: os tumores do intestino, que são facilmente descobertos, e que se deve ter cuidado de não lesar, porque os seus caracteres se alteram sob a influencia das incisões.

e) Terminada a secção, segue-se a prova microscopica e chimica das alterações, sobre que persistirem duvidas. O prosector experiente raras vezes se verá na contingencia

de praticar um tal exame, só para garantia do diagnostico, porque as anomalias de textura, embora pertençam todas ao dominio do microscopio, se distinguem todas por signaes reconheciveis, e as anomalias exteriores (as de numero e de tamanho) necessitam apenas, no maior numero de vezes, do exame macroscopico.

Com effeito, esta circumstancia limita-se á poucos casos ; nestes, porém, torna-se indispensavel, porque sem estes meios de exame não se pode adquirir certeza.

II. A secção deve ser praticada de modo á poupar o mais possivel o cadaver, os orgãos e os tecidos.

Para não prejudicar o resultado da secção, deve o prosector evitar todo corte desnecessario ; antes de realizar qualquer incisão deve convencer-se de que não altera o producto morbido encontrado. *O rerum irreparabilium optima oblivio* seria inteiramente bom se se pndesse satisfazer.

Estas pequenas faltas, que dão-se facilmente, são inevitaveis ao principiante, e muitas vezes suas consequencias são importantes, pelo que é melhor ser antes timido que ousadó na pratica da obducção.

Feito um corte, examina-se a superficie de secção, os liquidos encontrados e os obtidos pela raspagem, lava-se, por meio de um jorro d'agua, examina-se de novo e continua-se. Deve-se evitar com o maior cuidado todo corte superfluo : abstrahindo do mau effeito que causa, traz perda

de tempo, e é deshumano augmentar mais do que o necessario o processo de destruição, que aguarda-nos a todos.

III. Os assistentes exigem no prosector certos requisitos, ainda que não influam no resultado da obducção.

a) Em primeiro lugar, deve a secção ser executada com todo o asseio. Os instrumentos, as mãos do prosector devem estar sempre limpas. A abertura das cavidades do corpo, dos órgãos, deve ser effectuada com os dedos inteiramente limpos, porque, embora o prosector possa differençar as manchas sanguineas casuaes das naturaes, o mesmo não acontece aos expectadores, alem da má impressão que causa o assistir-se á execução com as mãos ensanguentadas de um trabalho, que reclama todo asseio.

Demais o asseio por parte do prosector é de rigoroso dever: é sabido que a falta de asseio pode determinar a formação de pustulas, tumores, lymphangites, outras molestias graves e mesmo a morte, mostrando a pratica que todos estes processos, independentes de ferimentos, resultam somente da falta de asseio.

Não se deve autopsiar quando se está ferido, embora se possa livrar a parte ferida do contacto dos tecidos putrefeitos do cadaver por meio de um dedo de luva ou de outro modo apropriado. Recebendo-se algum ferimento durante a secção, é prudente passar á outrem a continuação do trabalho; lave-se cuidadosamente a ferida, não se a cauterise,

nem mesmo com o nitrato de prata, nem cubra-se com sparadrapo inglez, mas com um retalho de linho molhado ou com emplastro diachylão composto. O apparecimento de dores posterior á cessação dos primeiros phenomenos dolorosos indica a deficiencia do tratamento; neste caso deve-se lavar de novo a ferida, laval-a com agoa a mais quente que se puder supportar, e applicar cataplasmas de linhaça, que em geral determina o desaparecimento do mal. Não é destituido de interesse saber-se que a suppuração das feridas ocasionadas nas antopsias apresenta-se poucas horas depois do ferimento.

Finalmente comprehende-se que as mãos devem ser cuidadosamente limpas depois da secção.

O prosector deve guardar toda calma durante a secção.

O prosector colloca-se ao lado d'ireito do cadaver, e deve mudar esta posição o menos possivel, admittindo-se quando muito que da espadua direita do cadaver, em cuja altura elle collocou-se á principio, vá descendo para a região illiaca á medida que se fôr adiantando a secção.

É inteiramente superfluo collocar-se á principio, por ser mais commodo, á cabeceira do cadaver, e mudar de logar á medida que se trata de um novo orgão; isto demais incommoda os assistentes, que são obrigados á mudar de posição com os movimentos do prosector. Deve-se igualmente evitar os movimentos bruscos das mãos e dos braços.

c) A vestimenta apropriada á secção pertence tambem ás condições, que tem de ser observadas.

A pessoa, que tiver muita pratica, poderá empregar o trabalho da autopsia sem mudar de roupa ; é prudente entretanto prevenir-se contra os pequenos accidentes.

O principiante deve munir-se de um avental, que convem ser de côr escura (azul, pardo), que vá do pescoço aos joelhos, de uma espadua á outra, e seja cingido na cintura. As mangas da camisa serão desabotoadas, dobradas até acima do cotovello, e as do palctot, e aso não seja substituido por uma blusa em vez do avental, deverão ser arregaçadas até o meio do antebraço.

As pessoas encarregadas do serviço de autopsias, que tem de fazer muitas, devem ter vestimentas proprias para este trabalho, e terminada a obducção devem mudar não só a roupa de trabalho, como tambem a roupa branca, porque ambas impregnam-se, de um modo incrível, das emanções cadavericas, e o prosector não deve ser reconhecido pelo cheiro, que de suas roupas emana depois do trabalho de autopsias.

d) A collocação dos instrumentos constitue mais uma das condições á observar-se. De ordinario collocam-se os instrumentos sobre a coxa do cadaver ou directamente ou sobre uma pequena bandeja. Cada instrumento deve ser de novo collocado em seu logar depois de usado e limpo.

Dest'arte poupa-se tempo e evitam-se ferimentos.

e) Pertence tambem ás condições á observar-se o destino, que deve dar o prosector ás partes tiradas do cadaver. Depois de examinadas, ou são de novo collocadas no cadaver ou sobre a mesa de dissecção ou em vaso apropriado. De modo algum devem ser bruscamente atiradas. Os esforços violentos devem ser egualmente evitados, e da habilidade do operador depende a moderação dos movimentos.

IV. Antes de começar a autopsia deve-se indagar cuidadosamente as circumstaucias relativas ao começo da molestia e á morte do individuo, cujo cadaver vai ser autopsiado.

Deve-se sempre proceder de accordo ccm a clinica para se poder tirar o resultado mais completo de cada autopsia : sem isto a anatomia pathologica seria uma sciencia improficua e o seu estudo mera collecção de factos.

A descripção della divide-se em tres partes : a preparação da autopsia, a execução da autopsia, comprehendendo a terceira parte as condições á observar-se depois da autopsia.

CAPITULO I

Dos preparativos para a autopsia

Como as pessoas extranhas ao ensino medico precisam determinar os elementos necessarios á realizaco de uma autopsia, é conveniente conhecer o que se requer para esta operaco.

Para execuo de uma autopsia necessita-se em primeiro lugar de instrumentos apropriados. Estes instrumentos so :

- a*) Uma faca de cartilagem.
- b*) Um escalpello grande e um outro pequeno.
- c*) Uma faca para a massa cerebral, isto é, com uma lamina de 4 $\frac{1}{2}$ á 5 c. de comprimento.
- d*) Duas pinas de disseco.
- e*) Uma thesoura anatomica.
- f*) Um enterotomo.
- g*) Um par de estyletes de barbatana abotoados; os metallicos facilitam mais nas sondagens os falsos caminhos do que os de barbatana.
- h*) Uma serra fina em fórma de arco e com uma lamina de 10 pollegadas pelo menos de comprimento.
- i*) Escopros apropriados á abertura do craneo e do canal vertebral.
- j*) Um martello, cujo cabo termine em gancho.

l) Um osteotomo.

m) Duas pinças para preensão das vertebrae, tendo os ramos $7\frac{1}{2}$ c. de comprimento e as laminae $2\frac{1}{2}$ c. de comprimento e 4 á 6^m de largura. Destas pinças uma deve ser curva.

Além destes instrumentos necessita-se ainda de esponjas, canulos de esgoto, bacia, agoa, vasos proprios para conservação de peças, dous ce pos de boa madeira triangulares tendo um de 8 á 12 c. de comprimento e 6 c. de altura para cadaveres de adultos, e outro menor para cadaveres de creança, balanças, sondas para urethra *, etc.

CAPITULO II

Da execução da autopsia ou da secção propriamente dita

Em virtude da propria natureza do trabalho, a secção, quer seja do cadaver do adulto, quer do da creança, é sempre

* Na lista dos instrumentos apropriados á execução de uma autopsia deve-se incluir, além dos mencionados, os seguintes: um craniometro, um pelvimetro, um metro, um insufflador de torneira, experimentadores graduados, etc. O operador deve tambem ter á disposição um microscopio; os diferentes reactivos e instrumentos proprios para preparações histologicas e exames especiaes, como: o da urina, o exame reclamado muitas vezes para o diagnostico de certas alterações — a degeneração amyloide dos orgãos, etc.

a mesma; mas, como a tecnica se modifica segundo o caso, occupar-nos-hemos de cada uma de per si, começando pela descripção da autopsia do cadaver do adulto.

AUTOPSIA DO CADAVER DO ADULTO

Se não se trata apenas da abertura de uma cavidade do corpo, e da inspecção de um só orgão, despe-se inteiramente o cadaver, que se colloca sobre a mesa de autopsia ou sobre outra disposta para este fim, e depois da inspecção completa do habito externo do cadaver, principia-se a secção pela abertura da cavidade craneana.

Abertura da cavidade craneana

Levanta-se a cabeça do cadaver com a mão esquerda, e com um pente divide-se o cabello de uma orelha á outra pelo vertice da cabeça. Por esta divisão e em toda sua extensão pratica-se com um escalpello uma incisão, que interesse todo o couro cabelludo, disseca-se o retalho anterior, e depois o posterior, mesmo sem auxilio do bisturi, graças á laxidão do tecido conjunctivo sub-aponevrotico, até o nivel do rebordo orbitario na frente e da protuberancia occipital externa na parte posterior.

Feito isto, incisam-se as inserções superiores dos musculos temporaes, introduzindo a faca entre os musculos e os ossos

temporaes, de modo que fiquem voltados e presos por suas inserções inferiores. Colloca-se então a cabeça do cadáver sobre a borda da mesa.

Em seguida um ajudante toma por sua parte media uma compressa resistente disposta em muitas dobras, de modo que os dedos pollegares fiquem ao lado interno, ou inferior dessa mesma compressá, os outros e a concavidade das mãos ao lado externo ou superior della, mediando entre uma mão e outra a distancia de cinco pollegadas, extensão do diametro transverso da cabeça. O ajudante abarca a compressa com a palma da mão e o dedo pollegar e colloca-a sobre o craneo, que vem a ficar na concavidade da compressa entre os dous pollegares; comprime de encontro ao craneo o dorso destes dedos, envoltos pela compressa, que fica ao mesmo tempo distendida, e assim não só fixa commodamente a cabeça, como evita com segurança as consequencias do resvalamento da serra.

A incisão feita para se abrir a cavidade craneana deve passar, se alguma alteração do craneo não o impede, pela frente á um centimetro mais ou menos acima da arcada superciliar, na parte posterior ao nivel ou um pouco acima da protuberancia occipital externa, e lateralmente pelas fossas temporaes. Não se tendo bastante pratica o melhor é traçar com a ponta da faca, sobre o pericraneo, uma calotte espherica, que circumscreva a porção ossea, que tem de ser

seccionada. A causa do afastamento facil da serra dessa direcção depende de ser ella collocada verticalmente sobre o craneo, o que só deve acontecer nos logares, onde elle for regularmente concavo abaixo e acima da linha de secção

Observadas as condições determinadas, começa-se a secção, collocando-se o operador ao lado esquerdo do cadaver, e comprimindo com a mão esquerda o craneo de encontro á borda da mesa. Dispõe-se a serra na linha traçada sobre o frontal, e sustenta-se o instrumento encostando-se o pollegar da mão esquerda á lamina, ou applicando, o que prefiro, a face palmar do pollegar de leve sobre o dorso da lamina. Começa-se á serrar com pequenos movimentos da serra, calcando-se de leve o instrumento, e se continua augmentando-os gradualmente.

Serrado totalmente e com cuidado o cranio em um ponto, prosegue-se até abranger toda a sua circumferencia. Esta operação deve ser feita de modo que a secção não exceda a espessura do craneo, afim de que a dura-mater, e principalmente o cerebro não sejam lesados.

Todas as vezes que se abre o craneo com a serra, acontece por causa da espessura irregular de suas paredes que a calotte fica ainda presa em alguns pontos, que não podem ser completamente seccionados pela serra, sob pena de serem lesados a dura-mater e o cerebro. Para evitar esse inconveniente acaba-se a secção com o escopro e o martello.

Terminada a secção por este systema, toma-se a calotte craneana por sua parte anterior com o gancho que termina o cabo do martello, e fazem-se tracções moderadas para levantá-la. Se a secção não estiver completa, o que se reconhece pela resistencia offerecida pela calotte craneana no acto de ser separada, emprega-se de novo o escopro, e repetem-se as tracções até que se consiga sua completa separação.

Dispõe-se em seguida o cadaver de modo que a cabeça repouse sobre a mesa, colloca-se um cepo de seis centímetros de altura sob a nuca de modo que o craneo fique um pouco levantado, e isola-se a calotte de suas adherencias com a dura-mater. Nas pessoas idosas e em casos de ulcerações dos ossos do craneo, etc., encontram-se adherencias consideraveis entre os ossos e a dura-mater: nestes casos é mais conveniente incisar-se circularmente a dura-mater com a ponta da faca, immediatamente depois da secção da calotte craneana, e separar as inserções da fouce do cerebro, introduzindo com cuidado a faca entre os lobulos cerebraes anteriores e posteriores.

Levanta-se então a calotte craneana tomando-a pelo frontal com as pontas dos dedos da mão esquerda, e introduz-se a direita entre a superficie superior do cerebro e a dura-mater, prendendo o processo falciforme entre o dedo indicador e o medio.

Suspende-se a calotte e a dura-mater, apoia-se a primeira na secção do occipital, e, fixando-se o cerebro com a mão direita, isolam-se as veias, que vão desembocar no seio longitudinal. *

Dura-mater — Quando a calotte craneana for tirada sem a dura-mater, como acontece de ordinario, abre-se o seio longitudinal do modo seguinte. Toma-se a faca propria para as secções do encephalo, como uma penna de escrever, e com a parte media do corte incisa-se o seio longitudinal no sentido do comprimento e em sua parte média, depois de haver raspado com o dorso do mesmo instrumento todo sangue adherente á superficie externa. Augmenta-se a incisão em ambas as direcções, e retira-se tudo quanto estiver n'elle contido.

* Retirada a calotte craneana e consignadas as alterações do pericraneo deve-se immediatamente proceder ao seu exame, notando as modificações relativas á coloração, consistencia (craniotabes), fórma, estado das bossas, numero e disposição dos ossos wormianos, necrose, perfuração e fracturas, cuja tórma e trajecto serão minuciosamente descriptos. A diploé será igualmente examinada sob o ponto de vista de sua espessura, coloração e do conteúdo sanguineo. O estado das suturas reclama tambem exame especial; pode-se encontrar synostoses precoces, a persistencia da sutura bifrontal (craneosbrachycephalos, dolichocephalos, etc).

Examinado o seio longitudinal, incisa-se lateralmente a dura-mater, primeiramente á direita, depois á esquerda, no sentido da secção do craneo. O instrumento preferivel para esta operação é a faca, que deve ser usada com muito cuidado para não ser lesado o cerebro. Começada a incisão, facilita-se a sua execução distendendo um pouco as meninges com os dedos da mão esquerda no sentido da pessoa, que a pratica.

Cada metade é alternativamente voltada sobre a outra para o exame da face interna. Separa-se em seguida com o dedo, ou cuidadosamente com a faca, todos os vasos que forem ter ao seio longitudinal, de modo á isolar completamente a fouce do cerebro. Livre de suas inserções lateraes, faz-se a separação della da apophyse crista-galli puxando-a para cima e para si; introduz-se a faca perpendicularmente á esquerda da fouce do cerebro, e descreve-se um arco de circulo da esquerda para a direita: a dura-mater é então levada para traz, deixando completamente descoberta a convexidade dos hemispherios *.

* No exame da dura-mater deve-se considerar a sua espessura, o gráo de tensão, a sua coloração e o conteúdo sanguineo. Julga-se da espessura desta meninge por sua transparencia, que, no estado physiologico, permite ver as veias da pia-mater e as circumvoluções. Eis as principaes alterações da dura-mater:

Superficie externa — Tensão (hydrocephalia, intoxicação satur-

Cerebro — Depois da inspecção das meninges, da convexidade do cerebro, de sua posição, affastam-se um pouco os hemispherios cerebraes um do outro para descobrir-se o corpo calloso.

Nos casos ordinarios, em que os ventriculos não estão distendidos visivelmente, emquanto se fixa o hemispherio por sua parte superior, colloca-se a faca parallelamente ao corpo calloso e na altura do *gyrus cinguli* e com um golpe igual secciona-se a massa cerebral de dentro para fora começando-se pelo hemispherio direito. Obtem-se assim uma secção mais regular do que pelo methodo usual com o nina, etc.), fluctuação (liquido subjacente), proeminencia parcial e coloração escura por transparencia (collecções sanguineas da arachnoide), depressão e franzido, adherencia dos ossos, descolamento, injecção, obstrucção de suas veias e seios, arborisações arteriaes e venosas mais notaveis, granulações tuberculosas, syphiliticas, etc., detritus organicos, fungus, tumores fibro-plasticos e epitheliaes, feridas, perfurações, kistos dermoides, meningoccele e encephaloccele, corpos estranhos, esquirolas osseas, focos purulentos, derramamentos sanguineos, placas ossiformes.

Superficie encephalica — Vascularisação, ecchymoses, collecções sanguineas, purulentas, placas pseudomembranosas, vegetações fibrosas e exsudações, tumores cancerosos, placas calcareas e petrificação ou ausencia da fouce do cerebro, hypertrophia dos corpusculos de Pacchioni (demencia senil, affecções mentaes).

qual começa-se a incisão pelo lobulo anterior continuando-a para a parte posterior.

Examinada a superficie da secção, passa-se á abertura dos ventriculos lateraes, que aos principiantes offerece alguma difficuldade. Conhecendo-se bem a situação dos ventriculos pode-se abrir-os por uma secção longitudinal, feita com a ponta do escalpello, sobre a superficie da secção dos hemispherios; no caso contrario, divide-se mentalmente, á 5 millimetros da linha media, e no sentido do seu comprimento, o cerebro em tres partes iguacs, comprehendendo a parte média os ventriculos lateraes, isto é, os espaços entre os cornos anteriores e posteriores.

Para achar-se facilmente a situação dos ventriculos passa-se de leve o dedo indicador da mão esquerda sobre a superficie de secção do centro semioval transversalmente de fora para dentro, o que produz a depressão do logar correspondente á séde do ventriculo, reconhecendo-se assim ao certo a situação dos ventriculos lateraes. Incisa-se junto ao dedo de diante para traz, e chega-se deste modo infallivelmente á cavidade dos ventriculos de que se trata.

Aberto o ventriculo, colloca-se a ponta do dedo indicador na incisão, que se prolonga com a faca para diante e para traz, tendo o cuidado de só comprehender na secção a parede superior do ventriculo.

Feitas estas incisões de ambos os lados, que, como todas

as operações feitas no cerebro, devem ser praticadas com delicadeza e cuidado, levanta-se o septo, que separa os ventriculos lateraes, colloca-se a faca perpendicularmente no buraco de Monro, corta-se pela parte media o septo e a parede superior dos ventriculos, e obtem-se, afastando-se um pouco as camadas opticas, acesso ao ventriculo medio : examina-se o pedunculo da glandula pineal, e extrahem-se os plexos venosos dos cornos inferiores.

Procede-se em seguida á extracção do cerebro da cavidade craneana. Introduce-se a mão esquerda entre a superficie inferior dos lobulos anteriores e a dura-mater, levanta-se um pouco o cerebro, e cortam-se successivamente todos os nervos, que emergem da base do encephalo, o mais perto possivel da sua entrada nos orificios craneanos de diante para traz até a tenda do cerebello. A haste pituitaria é de ordinario seccionada, e a glandula fica na fossa ; mas, em alguns casos, é de vantagem retirar-a com o cerebro : para isso, incisa-se lateralmente a tenda da fossa e com o cabo do escalpello facilita-se a extracção da glandula.

Incisa-se a tenda do cerebello de cada lado ao nivel de suas inserções, pelo bordo superior do rochedo, com a ponta da faca disposta perpendicularmente de modo a evitar a lesão dos orgãos subjacentes : sustentam-se com a mão esquerda os hemispherios cerebraes, e incisam-se os ultimos nervos da base.

Depois introduz-se a faca no buraco occipital, e incisa-se a medulla, á que se chega por sua face anterior, e cortam-se lateralmente as duas arterias vertebraes. Introduzem-se, então, os dedos da mão direita sob os lobulos cerebellosos e suspende-se toda a massa encephalica.

Inspeccionada a base do cerebro, prosegue-se o exame do encephalo por sua face superior ou pela inferior.

Nos casos ordinarios, em que não se trata de exames minuciosos, como os das pequenas neoplasias, cysticercos, etc. procede-se do modo seguinte: colloca-se o cerebro por sua face superior sobre a palma da mão, de modo que o cerebello, em sua posição natural, fique voltado para o operador; assim os lobulos occipitales repousam sobre o punho e os frontales sobre as pontas dos dedos pollegar e indicador; comprime-se lateralmente o encephalo com o pollegar e os outros dedos, tornando assim a base do cerebro convexa e apoiando-a sobre a mão somente pelos bordos laterales dos hemispherios. Deste modo evita-se uma lesão quando se tiver de introduzir a faca profundamente para executar as secções do cerebro directamente sobre a mão.

Fixado o encephalo do modo descripto, separa-se a ponte de Varolle com a medulla alongada e o *vermis inferior* por uma incisão media e longitudinal, que termina na parede superior do quarto ventriculo. Dividem-se, á partir deste ventriculo, por uma secção horisontal, os hemispherios

cerebellosos em duas metades, incisando-se totalmente os bordos posteriores e conservando-se intactos os anteriores para evitar-se a deformação do encephalo.

Examinado o cerebello, procede-se á secção dos hemispherios cerebraes, para o que inclina-se um pouco a mão para um lado e incisa-se o hemispherio opposto, direito ou esquerdo. Para descobrir as partes mais importantes do orgão, isto é, aquellas que a experiencia nos ensina serem a séde mais frequente de alterações, e mesmo para não passar desaperecebida, á uma inspecção rapida, a existencia de alguma lesão, faz-se uma incisão longitudinal pelo sulco dos nervos olfactivos, em toda a espessura do hemispherio. Feita a secção perpendicularmente chega-se directamente ao corpo estriado, e pode-se, por incisões perpendiculares á primeira descobrir-se a camada optica, nucleo lenticular, ante-muro, etc.

Quando executada por principiantes a primeira incisão vai cahir quasi sempre mais para fora da scisura de Sylvius sem se conseguir que vá ter aos ganglios cerebraes.

Quando se tiver de praticar exame minucioso é de boa praxe inspeccionar o cerebro por sua parte superior. Então dispõe-se o cerebro sobre o peito do cadaver ou sobre a mesa de secção, fazem-se secções parallelas sobre a face superior dos hemispherios, que distem uma da outra apenas tres millimetros, que cheguem á base do

cerebro, e cortem o eixo longitudinal desta viscera sob um angulo de 45°. Começa-se a incisão na parte externa de um dos lobulos anteriores, e continua-se até a ponta do lobulo occipital. De ordinario acontece que depois de alguns cortes a faca adhire á substancia cerebral e com difficuldade se consegue retiral-a; para evitar este inconveniente o melhor é molhar constantemente a faca.

Em seguida secciona-se o debrum do corpo calloso, ficando assim descoberto o cerebello, e divide-se pelo meio esta parte do encephalo, de modo que a secção passe pelos *vermis superior e inferior* até a parede inferior do quarto ventriculo: depois incisam-se os hemispherios cerebellosos, como foi descripto acima, ou verticalmente, decompondo-os em laminas parallellas.

Examina-se a base do craneo, a conformação da cavidade craneana, o *clivus*, etc., e dá-se por terminado o exame do encephalo.

Nos casos especiaes, hemorrhagias, meningites, etc., adopta-se o mesmo processo, preparand-o-se com cuidado a sede da lesão, segundo os principios geraes da Anatomia *.

* Os processos de Heschl, bem como o de Virchow e outros, se applicam principalmente aos exames ordinarios do encephalo; não satisfazem nos casos em que se necessita determinar com precisão a séde de alterações localisadas nos ganglios cerebraes, e em outras regiões do encephalo; entretanto, para os casos ordinarios, o processo

Os olhos — No caso em que um ou ambos os olhos devam ser examinados minuciosamente, disseca-se a pelle da testa desde a secção do craneo até o bordo superior da arcada orbitaria ; depois serra-se a parede superior da cavidade orbitaria conjunctamente com o frontal em dois pontos, de modo que as secções se encontrem no buraco optico, e na parte anterior se afastem, comprehendendo a maior porção possivel do bordo superior da cavidade orbitaria. Com uma pequena pancada sobre a superficie anterior do bordo

de Heschl é, á nosso ver, o melhor, por ser o de mais facil execução e por tornar mais accessiveis as differentes partes, que constituem o encephalo. Para as investigações minuciosas, relativas á determinação exacta de séde e extensão das lesões encephalicas, preferimos o methodo de Pitres; é o que melhor satisfaz ás exigencias da mais minuciosa inspecção dos centros nervosos. Eis como o descreve o seu autor :

Affastados um do outro os hemispherios cerebraes e retirada a pia-mater, pratica-se um corte vertical parallelo á scisura de Rolando, que passe cinco centimetros adiante desta scisura, e um segundo corte parallelo ao primeiro á cinco centimetros adiante da scisura perpendicular interna.

Estas duas incisões dividem os hemispherios em tres partes: uma anterior ou prefrontal, outra media ou fronto-parietal, e a terceira posterior ou occipital.

A região prefrontal corresponde á porção *inexcitavel* anterior do

frontal se separa a cunha ossea formada pelas duas secções mencionadas.

Retiram-se os pequenos fragmentos com uma pinça, ou com o escopro e martello, e por esse modo se obtem facil acesso para o exame do conteúdo da cavidade orbitaria, com a maior conservação possível da conjunctiva palpebral.

No maior numero de vezes conclue-se o exame com a extirpação do globo ocular. É commodo isolar primeiramente dos cerebro e as lesões do centro oval, limitadas á esta região, não determinam phenomeno algum motor.

A região fronto-parietal, ao contrario, comprehende toda zona motora cortical, o corpo opto-striado, toda parte motora da capsula interna e o ponto de cruzamento das fibras sensitivas, cuja lesão determina a hemianesthesia.

É no seu interior, ou em sua superficie, que devem localisarse todas as lesões, que se traduzem durante a vida por phenomenos paralyticos ou convulsivos.

« Esta região merece uma descripção minuciosa.

« Para se descobrir os differentes feixes do centro oval, que entram em sua composição, proponho que se pratiquem quatro cortes successivos parallelos ao sulco de Rolando, e que passem : o primeiro ao nivel da base das circumvoluções frontaes (corte pediculo frontal), o segundo na circumvolução frontal ascendente (corte frontal), o terceiro na circumvolução parietal ascendente

ossos o nervo optico com sua bainha, e em seguida desligar o globo ocular de suas adherencias, tendo o maior cuidado para não lesar a palpebra.

Deve-se occultar a deformação produzida, e para isto se enche com algodão a cavidade orbitaria, cobre-se com um pedaço de pleura ou de peritoneo, e cerram-se as palpebras.

Ouvidos — Querendo-se separar o apparelho da audição, disseca-se a pelle, corta-se o conducto auditivo externo, e (corte parietal) e o quarto na base dos lobulos parietaes (corte pediculo-parietal).

As figuras 1 e 2 representam as superficies de secção dos cortes prefrontal e occipital. O centro oval é ahi rodeado por um debrum continuo, que fórma em sua periphèria a substancia cinzenta das circumvoluções, e, como não ha razão de suppor que os differentes feixes brancos, que entram na composição destas regiões, gozem de funcções differentes, pode-se denominal-os: feixes prefrontaes e feixes occipitales.

A figura 3 representa a superficie do corte, que passa á dous centímetros adiante do sulco de Rolando e divide a base das circumvoluções frontaes e antero-posteriores na visinhança de suas inserções sobre a circumvolução frontal ascendente. Elle deve interessar principalmente a terceira circumvolução frontal ao nivel do vertice da primeira curva de convexidade superior, que fórma esta circumvolução, separando-a da frontal ascendente. Sob

serra-se a porção do temporal correspondente áquelle orgão, procedendo-se em seguida conforme a necessidade. O vasio se enche com algodão.

Para mais minudencias veja-se Troeltsch, archivos de anat. pathol. vol. 15, pg. 513.

Examinado todo o craneo, retira-se o cepo, que se acha sob a nuca do cadaver, e deixa-se que a cabeça repouse sobre a meza.

o ponto de vista anatomo-pathologico, pode-se dizer que é nesta area, que devem se achar as lesões, que dão lugar á aphasia.

Neste corte percebe-se o plano de secção das tres circumvoluções frontaes (1, 2 e 3), da extremidade anterior do lobulo da insula (4) e da extremidade posterior das circumvoluções orbitarias (5).

O corpo estriado está dividido por sua extremidade anterior, e seus dous nucleos, 11 e 13, que têm neste ponto quasi o mesmo volume, estão separados pela capsula interna (12).

O centro branco desta região deve estar dividido em tres triangulos, por duas linhas ficticias representadas na figura, que partem do fundo das scisuras frontaes superior e inferior, e se dirigem para a capsula interna.

Estes triangulos, encostados um ao outro, têm sua base em relação com as circumvoluções, e seu vertice com a capsula interna. Cada um delles tem o feixe de fibras radiadas, que une a base da

Abertura das cavidades do tronco

A abertura das cavidades thoracica e abdominal se faz do modo seguinte. Limpo o cadaver do sangue, serosidade, etc., provenientes da abertura do craneo, pratica-se uma incisão mediana que parta do manubrio do sterno e termine na symphise pubiana, passando á esquerda do umbigo. No thorax a incisão deve penetrar até o osso, mas no abdomen deve chegar somente á espessura das massas musculares.

circumvolução frontal correspondente ás regiões centraes do cerebro e da medulla.

E como é util, para commodidade das descripções, dar um nome especial á cada parte anatomicamente distincta, convem chamar feixe pediculo-frontal superior (6) o feixe de fibras, que da capsula interna se dirige para a base da primeira circumvolução frontal; feixe pediculo-frontal-medio (7) aquelle, que vae ter á base da segunda circumvolução fronta'; e feixe pediculo-frontal inferior (18) aquelle, que está em relação com a base da terceira circumvolução frontal.

A figura 4 representa a imagem, que dá o corte frontal, isto é, o corte vertical e paralelo ao sulco de Rolando, que passa ao nivel da circumvolução frontal ascendente. Nesta figura vê-se o plano de secção da circumvolução frontal ascendente em toda sua extensão (1), do lobulo da insula (2), e mais o das circumvoluções do lobulo sphenoidal. (5). O nucleo caudado é muito menos volu-

Para praticar esta incisão emprega-se a faca de cartilagem, que será applicada em cheio e disposta horizontalmente para não lesar os órgãos subjacentes.

Póde-se em seguida traçar o corte transverso, que tem de ser mais tarde praticado na parede abdominal, fazendo uma incisão na pelle, que, passando por baixo do umbigo, vá do flanco esquerdo ao direito.

Fica assim formada na parede abdominal uma cruz separando dous retalhos superiores de dous outros inferiores.

moso que no corte precedente; o nucleo lenticular attingiu, ao contrario, seu maior desenvolvimento, e mostra distinctamente seus tres nucleos super-postos (12); enfim a camada optica (10) e ante-muro (14) apparecem.

A porção branca subjacente á circumvolução frontal ascendente deve ser dividida em tres segmentos nos terços superior, medio e inferior desta circumvolução, e pode-se dar aos tres feixes limitados os nomes de feixe frontal superior (4), medio (5) e inferior (6). Abaixo do corpo opto-striado se acha o feixe sphenoidal (7), que occupa o centro do lobulo do mesmo nome.

O corte parietal, isto é, o corte vertical e paralelo ao sulco de Rolando, passando pelo grande eixo da circumvolução parietal ascendente, é representado na figura 5.

Por seu aspecto geral, elle se parece muito com o corte frontal, mas o nucleo lenticular e o ante-muro são menos desenvolvidos. O centro oval será dividido, segundo os mesmos principios

Para completar a incisão da parede abdominal faz-se na região do appendice xiphoide uma abertura, que chegue á cavidade peritoneal e permitta a introducção de dous dedos, que separados em V levantam a parede e facilitam a secção completa das partes, que cobrem os órgãos abdominaes, sem lesal-os. Por este modo incisa o operador a parede abdominal até a symphise pubiana. Em seguida completam-se as incisões transversas, ficando separados os quatro retalhos mencionados.

Se o abdomen está distendido por alguma collecção d'agua

indicados para a secção formada pelo corte frontal, em feixe parietal superior (4), feixe parietal medio (5), feixe parietal inferior (6), e feixe sphenoidal (7).

O corte pediculo-parietal, praticado á tres centímetros para traz do sulco de Rolando, ao nivel da base dos lobulos parietaes, attinge a camada optica em sua extremidade posterior. O nucleo lenticular e o ante-muro não são representados. Na periphèria deste corte se vê o plano da base dos lobulos parietaes separadas pela scisura inter-parietal.

Prolongando-se a direcção desta scisura, divide-se o centro oval acima dos nucleos centraes em dous feixes, que se podem, segundo suas connexões com os lobulos parietaes, chamar pediculo-parietal superior (4), e pediculo-parietal inferior (5). Na região inferior se vê sempre a circumvoluçào do lobulo sphenoidal e o feixe sphenoidal (6).

ou pus, não se deve começar sua abertura pelo ponto habitual, mas á esquerda na incisão transversa, á 6 ou 8 pollegadas do umbigo, pratica-se uma incisão, que vá á cavidade peritoneal, incisão de $\frac{1}{2}$ á uma pollegada de extensão segundo a natureza do liquido, e por onde este se escoará.

O liquido deve á principio correr pela lamina da faca para não sahir bruscamente e evitar-se assim que se derrame sobre a mesa de secção e sobre as vestes dos assistentes.

Algumas vezes, feitas as incisões para abrir-se o abdomen, não se pode levantar os retalhos da parede abdominal por causa de adherencias, que os prendem aos órgãos subjacentes. Nestes casos deve-se com os dedos desfazer as adherencias ligeiras, e com a faca separar cuidadosamente as mais resistentes, o que constitue sempre um trabalho fatigante.

Em seguida reviram-se os quatro retalhos da parede abdominal, e passa-se immediatamente á dissecção das partes molles, que cobrem o sterno e as cartilagens costaes. Toma-se entre o pollegar e os outros dedos, que repousam sobre as costellas, a parede abdominal ao nivel das falsas costellas, levanta-se para cima e para fora, e por uma secção parallelá á estas separam-se as inserções musculares: depois secciona-se bem perto á caixa thoracica as partes molles que a cobrem com a faca mantida em cheio e inclinada

á 45°, mais ou menos, na distancia de 5 á 6 centímetros além das inserções das cartilagens costaes nas costellas.

A separação dos tecidos, que cobrem o thorax, se faz á grandes golpes, distendendo-os ao mesmo tempo, mas não dissecando. Este processo é auxiliado pela mão esquerda, que, em pronação á principio, descreve um movimento de rotação, pondo-se em supinação, e por conseguinte enrolando as partes molles da parede do thorax, ajuda a separação das mesmas.

Procede-se do mesmo modo no lado direito.

Feito isto passa-se á secção das cartilagens costaes perto de suas inserções nas costellas. Colloca-se a faca horisontalmente sobre o thorax e seccionam-se todas as cartilagens costaes á alguns millímetros de suas inserções com as costellas. Esta secção se faz á partir da segunda cartilagem costal de modo continuo, isto é, feita a secção de uma, passa-se immediatamente á outra, conservando na mesma posição a faca, que resvala sem parar de uma á outra cartilagem.

Seccionadas as cartilagens de ambos os lados, trata-se de separar as inserções do diaphragma com o sternó e cartilagens inferiores. Para conseguil-o toma-se o sternó por sua extremidade inferior, seccionam-se as inserções do diaphragma nas cartilagens costaes e no appendice xiphoide; depois suspende-se o sternó, que se isola do mediastino, incisando-

se bem junto ao osso para evitar a lesão do pericardio e dos grossos vasos.

Trata-se então de desarticular a clavícula do esterno e da primeira costella: para este fim, corta-se transversalmente o feixe sternal do musculo sterno-cleido-mastoide, introduz-se a faca, disposta verticalmente, na articulação; atingidos os angulos anterior e posterior da clavícula, a faca pode ser detida pelas partes salientes destes angulos, que se contornam facilmente imprimindo ao instrumento alguns movimentos de lateralisação. Corta-se, então, trazendo a faca para si, o ligamento costo-clavicular e a cartilagem costal da primeira costella: é porém preferivel seccional-a isoladamente e de baixo para cima, um pouco para fora da inserção chondro-costal da segunda costella.

Separado assim o esterno de todas as suas adherencias, é posto de lado e procede-se ao exame das visceras thoracicas.

Nas pessoas idosas acham-se algumas vezes parte ou a totalidade das cartilagens costaes ossificadas, de modo que a abertura do thorax exige o emprego da serra.

A secção das costellas faz-se pelo ponto habitual. A immobilisação do thorax necessaria á applicação da serra obtem-se fixando-se a parede thoracica por seu bordo inferior com a mão esquerda e levando-a ao mesmo tempo de encontro á serra.

Sem esta precaução acontece que a secção não fica regular, são lesados os órgãos contidos na cavidade thoracica e corre-se o risco de quebrar a serra.

Cortadas todas as costellas, excepto a primeira, incisam-se as inserções do diaphragma e separa-se o sternum do mediastino do modo acima mencionado até a primeira costella. A cartilagem ossificada da primeira costella será igualmente seccionada com a serra junto ao manubrio do sternum e da articulação sterno-clavicular, que tambem será serrada, de modo que a faca é somente empregada para separar as ultimas connexões.

Aberta, assim, a cavidade thoracica, deve-se ter cautela, na execução das manobras seguintes, requeridas pelo exame dos órgãos, com os bordos cortantes da abertura thoracica, que podem ser facilmente cobertos com a pelle da mesma parede.

Procede-se em seguida ao exame dos órgãos.

Glandula thyroide, trachéa, larynge — Para descobrir-se estes órgãos, cortam-se as inserções inferiores dos musculos, que ainda os cobrem, sterno-thyroide e sterno-hyoide, faz-se sua dissecação, e levam-se para cima. De ordinario a secção dos órgãos mencionados basta para se julgar do estado delles. No exame destes órgãos a faca de cartilagem é substituida pelo escalpello anatomico.

Começa-se pela glandula thyroide, praticando-se uma incisão longitudinal em cada um dos seus lobulos. Passa-se em seguida ao exame da trachéa, que se descobre na abertura superior do thorax, tendo-se cuidado para não lesar os vasos da região, e perfura-se sua parede anterior. Dirige-se o gume do instrumento para o queixo do cadaver, abaixando-se o cabo, e incisa-se a trachéa, até o larynge. Inspeccionada a trachéa, prolonga-se a incisão pela parte media da parede anterior do larynge até o osso hyoide. Encontrando-se manifestações morbidas, como : a parede posterior, somente coberta de mucosidades, pequenos ou grandes diverticulos * da trachéa, etc., retira-se este órgão do cadaver para submettel-o á exame minucioso.

Lingua, bocca e pharynge — Em geral nas autopsias não se procede á secção das partes acima mencionadas; querendo-se, porém, inspeccional-as, o que se torna necessario nos cadaveres de crianças, não se deve abrir a trachéa immediatamente depois da inspecção da thyroide, mas retirar-se-ha do cadaver aquelle órgão com a lingua, o véo do paladar, o pharynge e o larynge do seguinte modo.

* Os diverticulos da trachéa são muito mais frequentes do que de ordinario se acredita: tenho-os encontrado na metade das autopsias de cadaveres de tísicos.

(Nota do autor.)

Á partir da parte media do pescoço incisa-se a pelle até o queixo e dissecam-se os retalhos até o angulo do maxillar inferior: em seguida introduz-se a faca na cavidade buccal, traspassando o pavimento perto da linha media e junto ao maxillar inferior, de modo que o instrumento saia ao lado da ponta da lingua e incisa-se até a região tonsillar. Faz-se o mesmo do outro lado, e finalmente corta-se a parte media, as inserções do genio-glosso e genio-hyoide e a mucosa abaixo da ponta da lingua.

Inspecciona-se a cavidade buccal, e continuando-se a incisão para cima, separa-se o véo do paladar por uma incisão arciforme.

Tem-se assim attingido a parede posterior da garganta, que se isola da columna vertebral, e obtem-se deste modo em massa todos os órgãos mencionados para um exame.

Querendo-se retirar do cadaver sómente o larynge com a trachéa, introduz-se a faca por baixo do osso hyoide, e separa-se com uma incisão arciforme o larynge deste osso, tendo cuidado de não lesar nem o epiglote, nem o bordo superior da cartilagem thyroide. Distende-se o larynge; e se obtem assim sua facil inspecção e logar para isolal-o e retiral-o com a trachéa.

Como a maioria dos processos morbidos do larynge se apresentam na parede posterior, é de maior vantagem abril-o por sua parede anterior.

Parotida — Á excepção da parotida, as glandulas salivares não exigem exame particular, e portanto somente della nos occuparemos por ser séde frequente de lesões.

Para examinar-se esta glandula deve-se adoptar o seguinte processo, por ser o mais util e o que menos deforma o exterior do cadaver.

Pratica-se uma incisão, que, partindo da apophyse mastoide, caia perpendicularmente sobre a clavicula, e uma segunda ao longo da clavicula, que termine na incisão media feita para a abertura das cavidades do tronco: disseca-se a pelle comprehendida entre as incisões descriptas até que a parotida fique completamente descoberta. Podendo-se dispôr do cadaver, trata-se a parotida segundo as regras da anatomia topographica.

Pulmões — Depois de observadas a posição e a relação das visceras thoracicas, o prosector retira e examina em primeiro lugar o pulmão esquerdo, depois o direito, que pode ser retirado do thorax pelo ajudante, que assiste a autopsia. A extracção dos pulmões neuhuma difficuldade offerece, se estão livres, isto é, se sua superficie externa está normal. Muitas vezes, porém, a superficie dos pulmões em sua totalidade ou em parte, maxime nos vertices, está mais ou menos intimamente adherente á parede thoracica, ao pericardio ou ao diaphragma.

Em taes casos, para se extrahir os pulmões, é necessario desfazer as adherencias ou isolar o pulmão da parede thoracica conjunctamente com a pleura costal. A separação de adherencias filamentosas não apresenta difficuldades, e consegue-se facilmente com o dedo ou com a faca, á proporção que se faz a extracção daquelles orgãos da cavidade do thorax, operação que deve ser feita com cuidado para evitar qualquer lesão delles.

Estando o pulmão em parte ou totalmente muito adherente por meio de tecido cellular ou á custa de laminas fibrosas, o melhor é fazer o ajudante fixar a parede do thorax, e descollar a pleura com a ponta dos dedos, o que se consegue melhor com a pressão exercida pelo dedo indicador sobre o ponto, que tem de ser isolado, do que pela fixação e distensão do pulmão.

Em alguns casos existem adherencias mais fortes produzidas por exsudatos pleuriticos de longa data, que exigem para seu descollamento o emprego da faca. Esta operação, que deve ser feita sem lesar o pulmão, é demorada e fatigante, e requer grande cuidado em sua execução pela facilidade, que ha em ferir-se o dedo com o escalpello em acção, visto como é praticada em lugar, onde não é possivel a observação previa dos pontos, que devem ser cortados.

Algumas vezes a adherencia é tão intima, maxime no

bordo posterior, que se torna necessario isolar o pulmão do lado opposto com as partes existentes no mediastino posterior, afim de se obter acesso até o lado da columna vertebral e parte posterior do thorax para as secções ulteriores do pulmão.

O pulmão será do mesmo modo isolado do diaphragma e do pericardio por meio do dedo ou do escalpello, ou, se não existem anomalias do diaphragma, separa-se este musculo em connexão com o pulmão de suas inserções, e abre-se o pericardio para não perder tempo, sem necessidade, em isolar delle o pulmão.

Retirados ambos os pulmões da cavidade thoracica por qualquer dos dous modos descriptos, ficando apenas presos pelos hilos, e examinados, colloca-se e fixa-se o pulmão direito sobre o bordo cortado da parede direita do thorax, tomando-o com o pollegar da mão esquerda pelo lado externo e os outros dedos pelo lado interno, e com um só golpe longitudinal faz-se sua divisão em duas metades. Uma das condições essenciaes para o bom exito da secção do pulmão é desligal-o totalmente de suas adherencias, de modo que possa, depois do primeiro córte, ficar em posição conveniente.

Examinam-se as superficies de secção, e praticam-se novos córtes sempre perpendiculares ao primeiro.

Algumas vezes não se pode dividir o pulmão, principal-

mente nas crianças e moços, porque após a abertura do thorax, estes órgãos, em virtude de sua elasticidade, retrahem-se e os lobos livres escapam aos dedos, que os fixam. Nestes casos dividem-se os lobos cada um de per si.

Em seguida examinam-se os bronchios e suas glandulas, os grossos vasos, e trata-se do mesmo modo o pulmão esquerdo.

Achando-se collecção de gazes em alguma das cavidades pleuraes — um pneumo-thorax —, retira-se o pulmão correspondente do cadaver, e faz-se-lhe immediatamente uma incisão perto do hilo; se a perfuração da pleura não é visivel, introduz-se um tubo no bronchio, sopra-se o pulmão mergulhado n'agua, e pelas bolhas de ar que se escapam reconhece-se a séde da perfuração. É este um processo, que pode ser tambem adoptado com proveito nos casos, em que se trata de canaes insondaveis, ou que só com difficuldade se encontram.

Querendo-se procurar o *ductus thoracico* em seu percurso na cavidade do thorax, retira-se o pulmão direito desta cavidade, collocando-o sobre o lado esquerdo do thorax, e distendendo-o um pouco. Depois de limpar-se a pleura sobre os corpos das vertebraes, faz-se-lhe de leve uma incisão entre a veia azygos e a aorta thoracica no sentido destes vasos, e encontra-se entre elles, dissociando-se o tecido cellular, o

duetus thoracico, que, conforme a necessidade, será seguido para cima ou para baixo *

Pericardio — Passa-se em seguida á abertura do pericardio.

Para fazel-o, toma-se uma dobra na parede anterior, levanta-se e corta-se parallelamente á secção das costellas esquerdas. Leva-se o dedo indicador da mão esquerda á abertura, dilata-se esta introduzindo a faca ao lado do dedo para cima na direcção da parte media dos grossos vasos e para baixo na direcção da ponta do coração até o

* O conhecimento das alterações pulmonares é de maxima importancia no estudo das necropsias, já pela multiplicidade de suas manifestações, já pela frequencia que representam entre as causas de morte.

Comquanto não esteja na alçada deste Manual o estudo das alterações pathologicas, achamos de grande alcance pratico apresentar o quadro das principaes alterações daquelles orgãos.

A. Parenchyma pulmonar: *a.* Coloração: a côr da superficie pulmonar varia segundo o estado, a condição do individuo, e segundo o conteudo (aereo ou sanguineo) do orgão; assim pôde ser verde, cinzento, amarello, azul, côr de ardosia, negro, côr de borra de vinho, violeta. *b.* A fórma é de ordinario modificada por alterações congenitas (multiplicação anormal dos lobos) ou adquiridas (retracção cicatricial da pleura ou do parenchyma pulmonar). *c.* Volume: o augmento resulta do emphysema,

diaphragma, de modo á deixar o coração descoberto em toda sua extensão.

Se o pericardio foi casualmente lesado durante a abertura do thorax, deve-se abril-o, antes da inspecção dos pulmões, pelo modo acima descripto, e examinar seu conteúdo.

Depois da abertura do pericardio, retira-se o coração deste involucro para se poder revistar sua superficie interna e avaliar a quantidade do liquido nelle contido.

Deve-se de preferencia examinar a parede direita do pericardio, por se achar o diverticulo na visinhança da veia cava

pneumonia, edema, etc.; a diminuição, de derramens pleuríticos, tumores, cirrhose, etc. *d.* Conteudo aereo: a maciez, a crepitação: compressibilidade, caracterisam o conteúdo normal de ar: a molleza ou fluctuação indicam amollecimento ou formação de caverna; o endurecimento sem crepitação revela diminuição ou ausencia de ar nos pulmões. *e.* Consistencia: a splenisação, hepatisação, induração, inflammação, emphysema, edema, etc., são as alterações, que de ordinario modificam a consistencia do parenchyma pulmonar.

As principaes alterações da tuberculose são as seguintes: *a.* Granulações miliares isoladas, reunidas, ciuzentas e semi-transparentes (primeiro gráo); branco-amarelladas, turvas (segundo gráo). *b.* Tuberculos amollecidos, suppurados; transformados em materia crotacea, puriforme, em massa molle amarellada. *c.* Cavernas mais ou menos vastas, quasi-vasias, contendo liquidos do colora-

superior ; e passa-se então á abertura do coração. Algumas vezes se acha o coração total ou parcialmente hypertrophiado ou adherente ao pericardio : este estado, que se pôde reconhecer antes de fazer-se a abertura do pericardio, não permite nem deslocar-o, nem tomar uma dobra em suas paredes. Nestas condições deve-se fazer uma incisão directamente sobre o coração, que tenha a direcção e extensão ordinarias. A secção deve comprehender toda espessura do pericardio e as adherencias, de modo que se veja a coloração propria do musculo cardiaco ; isolam-se as adherencias

ção e cheiro variaveis ; de paredes molles ou endurecidas, regulares ou aufractuosas, etc., podendo ter determinado em torno de sua séde pneumonia consecutiva, fistulas pneumo-bronchicas, etc.

As principaes alterações da pneumonia são :

A. Primeiro periodo (empastamento): *a.* Coloração da superficie do pulmão : violacea, livida, cor de borra de vinho. *b.* Caracteres especiaes do parenchyma : sobrenada quasi completamente n'agoa, permeavel á insufflação ; densidade e peso um pouco augmentados ; crepitação, elasticidade diminuida, o dedo penetra com facilidade no tecido pulmonar. *c.* Liquido que se escapa das incisões : seroso, vermelho, turvo, espumoso.

« *B.* Segundo periodo (hepatisação, hepatisação vermelha, amollecimento vermelho de Andral, infiltração sanguinea) : *a.* Coloração da superficie pulmonar : vermelhidão carregada uniforme, marmorea. *b.* Caracteres especiaes do parenchyma : augmento de

ligeiras com o dedo, e as mais resistentes com a faca, até ficar o coração livre em toda sua extensão.

Coração — O coração é inspeccionado e em seguida, exceptuando-se os casos especiaes, que mencionaremos depois, é aberto por seus bordos na ordem seguinte: em primeiro logar o ventriculo esquerdo, em segundo a auricula esquerda, em terceiro o ventriculo direito e em quarto a auricula do mesmo lado; segue-se a arteria pulmonar e finalmente a aorta. Pratica-se a abertura pelos bordos do

volume, não sobrenada mais, impermeavel á insuflação, não ha crepitação, e sim endurecimento, carnificação, consistencia analoga á do figado (hepatisação), á do baço (splenisação). *c.* Superficies das secções; seccas, crivadas de granulações vermelhas, duras, chatas. *d.* Liquido que corre das incisões: pouco abundante, vermelho, opaco, espesso e turvo.

« *C.* Terceiro periodo (hepatisação cinzenta, induração cinzenta, amollecimento cinzento, infiltração purulenta de Laennec): *a.* Coloração da superficie do pulmão: cinzento, amarello, côr de palha. *b.* Caracteres especiaes do parenchyma; não sobrenada, impermeavel á insufflação, induração, friabilidade muito grande, liquido correndo pela pressão, amarello, purulento; collecções purulentas (que resultam da fusão dos lobulos); simples ou multiplas; abcessos, etc. *c.* Liquido que corre das incisões: materia turva semelhante ao pús; pús phlegmonoso, inodoro, fétido. »

coração para evitar a lesão dos musculos papillares ou de seus tendões.

Com a mão esquerda toma-se o coração pelo ventriculo direito, traz-se para fóra do thorax e volta-se a ponta para si, de modo que o sulco transverso entre o ventriculo direito e o *atrium* venha ficar sobre os córtes das costellas direitas. Começa-se a secção com o corpo do escalpello no bordo do ventriculo esquerdo, um pouco abaixo do *sulcus transversalis cordis*, ou, como este ponto não é tão claro para os pouco exercitados, como o do ventriculo direito, em uma linha que, nos corações de tamanho normal, começa á 4 ou 5 millimetros atraz da auricula esquerda e termina justamente na ponta do coração.

Procure-se, aproveitando-se o primeiro cóрте, fazer penetrar o escalpello perpendicularmente no ventriculo, prestando attenção á qualquer resistencia, afim de evitar, não se aprofundando mais, o cortar a ponta da mitral antes da inspecção desta valvula.

Dividida assim a parede do ventriculo até a ponta, observam-se as qualidades do sangue contido no ventriculo, separa-se este liquido com a fibrina, que muitas vezes existe apegada ás trabeculas, e depois da inspecção do revestimento do ventriculo e da valvula, penetra-se com a faca no orificio da mitral, atravessa-se de dentro para fóra a parede esquerda da auricula no prolongamento do cóрте do ventriculo, e

divide-se a ponte formada pela parede do coração e pela ponta externa da mitral com um golpe, que vá ter ao primeiro córte. Inspeccionada a aurícula, toma-se com o indicador e o pollegar da mão esquerda a parede anterior do ventriculo esquerdo, o mais perto possivel da ponta, suspende-se de modo que o coração, voltado o ventriculo direito para o prosector, fique perpendicular ao thorax, crava-se a faca perpendicularmente no bordo do ventriculo direito perto da ponta do coração, e faz-se sua secção sem inclinar o cabo da faca, porque no caso contrario lesar-se-hia o septo do ventriculo.

O córte é levado na mesma direcção para o ventriculo e aurícula, até o interior da veia cava inferior, se circumstancias especiaes, por exemplo, anomalias da tricuspide, não impedirem a marcha do instrumento. Retiram-se os coagulos fibrinosos, deixa-se o coração voltar á sua posição natural, toma-se com a mão esquerda a parede anterior do ventriculo direito, e suspendendo-o de leve se introduz a faca com o córte voltado para cima na arteria pulmonar.

Encontrando-se alguma resistencia á introdução da faca, ou não se achando o caminho com facilidade, é bom retirar a faca, deixal-a de parte, e empregar como sonda o dedo indicador da mão direita, com o qual extrahir-se-hão os coagulos fibrinosos, etc., que por ventura ahi existam, podendo-se então usar do instrumento. Atravessa-se com a

faca a parte média da parede anterior da arteria pulmonar á 1 1/2 pollegadas de sua origem, e leva-se a incisão ao ventriculo, dividido este em sua parede anterior na proximidade do septo. Examinam-se as valvulas da arteria pulmonar e as connexões desta com a aorta.

Feito isto, toma-se com a mão esquerda o septo do ventriculo, e eleva-se um pouco a ponta do coração de sua posição natural, de modo á não se dar uma torsão do vaso na séde do orificio aortico, que difficultaria a introdução da faca.

Depois que se houver explorado, nos casos necessarios, o caminho com o dedo indicador da mão esquerda, introduz-se a faca com o córte dirigido para diante (entre a ponta interna da valvula mitral e o septo do ventriculo) na aorta, na profundidade de 1/2 pollegada, perfura-se o meio da parede anterior della e incisa-se á partir deste ponto o anel aortico, o septo auricular até a ponta do coração. Como nesta direcção existe ainda um pedaço de parede anterior do ventriculo direito, será elle tambem cortado.

Em seguida, depois de feita a inspecção da superficie interna da aorta, introduz-se o dedo nesta arteria, e avalia-se o calibre deste vaso, o polido de suas paredes, o numero, tamanho e posição dos grossos ramos, que emergem da convexidade da crossa da aorta.

Notando-se p ela simples inspecção do coração, ou depois

de sua abertura, alguma anomalia, prefere-se de ordinario retirar-o da cavidade thoracica com os grossos vasos e os pulmões, ou então depois da remoção provisoria destes órgãos.

Neste intuito examina-se se ha anomalias no esophago ou na parte inferior da aorta thoracica; no caso affirmativo, procede-se á remoção dos órgãos thoracicos somente depois do exame do abdomen, retirando-se o estomago com uma porção ou com a totalidade da aorta abdominal. Resolve-se então se é necessario extrahir um pedaço pequeno ou grande de algum vaso.

No segundo caso começa-se pela separação do pavimento da cavidade buccal, como já foi acima descripta; no primeiro caso corta-se transversalmente as partes molles do pescoço em ponto conveniente, isola-se da columna vertebral, introduz-se o dedo medio da mão esquerda na trachéa, para obter-se um ponto de apoio mais commodo, circumscreve-se com a faca, passando rente com os ossos, a abertura superior do thorax, isola-se o tecido celular, que liga as partes existentes á columna vertebral, e corta-se transversalmente a veia cava inferior, aorta, esophago, etc., bem proximo ao diaphragma. Querendo-se tirar um pedaço mais extenso da arteria ou veia subclavier, separa-se a clavicula de suas connexões com a primeira costella e a apophyse coracoide até á articulação acromial e revira-se para fóra.

Retirados e limpos os órgãos contidos na cavidade thoracica, puncciona-se com cautela a parede anterior da aorta ascendente, introduz-se na abertura uma thesoura, e abre-se tanto quanto fôr mister a crossa e a aorta descendente em uma extensão apropriada. Prolonga-se a incisão na direcção das valvulas aorticas, porém de modo que este prolongamento venha ter ao espaço comprehendido entre as duas valvulas, se posteriormente fôr aberto o orificio da referida arteria.

Examinam-se as valvulas pela parte superior, e faz-se cahir sobre ellas um pouco d'agua para se verificar se fecham integralmente o orificio arterial.

É sabido que ás vezes as valvulas mitral e tricuspide apresentam lesões, e desejando-se apreciar-as perfeitamente em toda sua extensão, praticam-se em outros pontos as incisões para se abrir o coração.

Em vez de abrir-se, como ficou dito, o ventriculo esquerdo por seu bordo, se o isola do septo. Crava-se a faca na proximidade do sulco longitudinal anterior, perto da base do coração, perfura-se o ventriculo esquerdo, e separa-se do septo a sua parede anterior, retira-se o sangue, atravessa-se a parede posterior de dentro para fóra, e leva-se a incisão até á ponta do coração, onde se devem reunir os dous córtes. Deste modo fica o coração dividido igualmente ao meio, sus-

pende-se o ventriculo separado, e pode-se examinar a valvula mitral conservada em toda sua extensão.

Póde applicar-se o mesmo processo no lado direito do coração, tendo em consideração a inserção dos musculos papillares, que nascem no septo ; é pois mais conveniente separar sómente a parede anterior do ventriculo direito, incisando-se o bordo da ponta para a base, do modo acima descripto : elimina-se o sangue, e divide-se a parede anterior do septo ventricular. Perfura-se de dentro para fóra a região correspondente á origem da arteria pulmonar, e, evitando-se o mais possivel os musculos papillares. corta-se longitudinalmente o septo na direcção do vertice do coração, obtendo-se, dest'arte, um retalho triangular que, deixando-se facilmente dobrar, permite a desejada inspecção do ventriculo direito*.

* A inspecção do coração consta de tres partes: do exame externo do orgão, para observar sua posição, estado systolico ou diastolico, anomalias de conformação, deformações, tamanho, etc.; da secção *in situ* para verificar-se o conteúdo sanguineo de suas cavidades e avaliar-se a dimensão dos orificios auriculo-ventriculares; e do exame do coração fóra da cavidade thoracica para completar-se a inspecção interna.

O processo de Heschl para a abertura do coração é, como infere-se da propria descripção, muito complicado, já pelas diferentes incisões á executar-se, já pelas diversas posições que se

Abdomen — A ordem, em que devem ser examinadas as numerosas visceras abdominaes, é a seguinte: em primeiro lugar inspecciona-se o peritoneo, em seguida o figado e seus annexos, canal choledoco, veia porta; em terceiro lugar o baço, o pancreas, os rins, a bexiga, os órgãos genitales e finalmente o estomago e os intestinos.

Começa-se a inspecção do peritoneo pelos pontos correspondentes aos logares onde se dão as hernias, a região inguinal, canal crural, buraco oval, etc., sem comprehender nesta inspecção aquelles pontos, que pela existencia de alguma anormalidade, como exsudação, etc., exigirem um exame rigoroso.

precisa dar ao órgão para execução das incisões alludidas; pelo que julgamos conveniente descrever o processo de J. Orth, que satisfaz as necessidades da pratica e se recommenda pela facilidade de sua execução. Eis como se procede na pratica do methodo de Orth. Toma-se o coração de modo que o bordo direito deste órgão fique dirigido para diante. Faz-se na auricula direita, entre a embocadura das veias cavas e na direcção do bordo direito do ventriculo direito, uma incisão que termine na base, e á um centimetro desta incisão uma outra, que a prolonga sobre o bordo direito do ventriculo até a ponta. Examinado o conteúdo da auricula, do ventriculo, o estado do orificio auriculo-ventricular, procede-se immediatamente á abertura do coração esquerdo, que se fará do modo seguinte: toma-se o coração pelo vertice com os dedos pollegar e indicador da mão esquerda, de

Havendo exsudato só ou com gases, massa fecal na cavidade peritoneal, o que se denuncia pelo máo cheiro, que se exhala, o prosector afasta-se, deixando cair agua na cavidade abdominal até que fique completamente limpa.

Limpo o peritoneo e retirado por meio de uma esponja o excesso do liquido, examina-se esta membrana em toda sua extensão, e com maior rigor os pontos onde de ordinario se manifestam as inflammações da sorosa, pois as peritonites são raramente idiopathicas, em geral resultam da propagação de outro processo inflammatorio.

No maior numero de vezes descobre-se a origem do modo que o orgão repouse por sua face posterior sobre a palma da mão e a polpa dos outros dedos, que ficam um pouco atraz do bordo externo do ventriculo esquerdo. Imprime-se ao orgão, assim apprehendido, um movimento de rotação, que leve seu bordo esquerdo para a direita e para a frente, e incisa-se a auricula esquerda entre os dous troncos das veias pulmonares, deixando-se, como á direita, um espaço de um centimetro entre a incisão da auricula e a do ventriculo, que será feita no bordo externo e prolongada até a ponta.

Em seguida examina-se o orificio mitral e passa-se á extracção do coração e ás secções superiores para a inspecção dos grossos vasos, arteria pulmonar e aorta, e das valvulas respectivas.

Para a abertura das arterias mencionadas, colloca-se o coração na palma da mão esquerda, de modo que, introduzindo-se o pollegar

processo inflammatorio pelo accumulo do exsudato na cavidade abdominal. Assim encontra-se exsudato no abdomen nos casos de peritonite puerperal, nas perfurações typhicas e tuberculosas, nos abcessos do figado e vesicula biliar accumulado no hypochondrio direito, nas molestias do baço no esquerdo, nas do estomago no epigastro, nos casos de hernias nos pontos correspondentes ás regiões, onde ellas se dão, e finalmente no volvulo, e nas visinhanças das invaginações intestinaes.

Feito o exame destas regiões, procede-se ao dos orgãos abdominaes, observando a ordem já mencionada, e em

no ventriculo direito pela incisão feita em seu bordo, venha ficar entre o musculo papillar anterior e a parede anterior do ventriculo.

Com um enterotomo, cujo ramo abotoado introduz-se na arteria ao lado do dedo pollegar, que defende o musculo que se quer poupar, pratica-se uma incisão na direcção da arteria pulmonar bem perto do septo intra-ventricular, afim de não lesar as valvulas passando por entre duas dellas.

Após a inspecção da pulmonar e suas valvulas, faz-se uma incisão analog.a, e pelo mesmo processo, no ventriculo esquerdo, na parte anterior e ao longo do septo intra-ventricular. Esta incisão, que será feita no prolongamento da aorta, parte da ponta do coração e termina na arteria em uma altura, que varia conforme a necessidade do caso.

seguida passa-se entre os dedos todo o tubo intestinal desde o duodeno até o recto.

Figado — Inspeccionado o peritoneo, e qualquer liquido existente na cavidade abdominal, notada a posição dos intestinos, etc., passa-se á secção do figado. Não havendo tenção de separar o figado de seus ligamentos, leva-se a mão esquerda á face anterior até o ligamento coronario, faz-se sua extracção da concavidade do diaphragma, inspeciona-se toda superficie anterior, e em seguida pratica-se para o exame da substancia propria do figado uma incisão extensa, que, passando pelo meio de sua superficie convexa, vá do bordo esquerdo ao direito do orgão em questão. Esta incisão será aprofundada se o caso o exigir.

Vesicula biliar — Para evitar no exame da bilis, que este liquido se derrame na cavidade abdominal e altere a coloração dos tecidos, retira-se do cadaver a vesicula biliar. Introduce-se o dedo indicador da mão direita entre o collo da vesicula e a superficie do figado, e faz-se o seu completo descollamento; em seguida comprime-se o ducto cystico, faz-se-lhe um córte transverso em sua extremidade inferior, escoar-se a bilis sobre a coxa do cadaver, e finalmente incisa-se a vesicula. Tendo a vesicula, como acontece frequentemente, contrahido adherencias com os orgãos visinhos, deve-se com precaução separal-a com o escalpello.

Em caso de fortes adherencias com o estomago, com a primeira dobra do intestino delgado ou duodeno, não se deve isolal-a senão depois de minuciosa inspecção. Existem frequentemente communições da vesicula biliar com os orgãos mencionados, fistulas, que se revelam pelo tecido cellular espessado, que as circumscreve. Havendo adherencias fibrosas, e achando-se a vesicula muito retrahida, incisam-se com cuidado as partes alludidas (colon, duodeno, estomago, etc.) á alguma distancia da vesicula, e por meio de sondas de barbatana examinam-se as fistulas, que por acaso existirem.

Adherindo a vesicula ligciramente ás partes circumvisinhas, e apresentando-se esbranquiçada, muito distendida, com dimensões normaes ou retrahida, deve-se, antes de retiral-a do cadaver, investigar o estado dos canaes biliares. A coloração branca da vesicula indica que o seu conteúdo não é bilis, mas um liquido mucoso, e deixa suppôr algum obstaculo ao affluxo da bilis ao seu reservatorio, alguma molestia do figado ou a obstrucção do ducto cystico.

Neste caso um ajudante puxa um pouco para a esquerda o estomago e a primeira dobra do duodeno, e o operador separa pela dissecção o ligamento hepato-duodenal. Isto feito, consegue-se no maior numero de vezes, praticando-se uma abertura no canal choledoco, sondar por este ponto

este canal em toda sua extensão e os ductos cystico e hepatico.

Em seguida retiram-se os calculos, que por ventura existam na vesicula biliar, faz-se-lhe uma incisão, dá-se sahida ao seu conteudo, e examina-se o estado do seu collo, onde de ordinario se encontra algum calculo encravado.

Finalmente descobre-se a veia porta, que se incisa e examina:

Baço — Examinados sufficientemente o figado e seus annexos, passa-se á inspecção do baço.

Para fazer-se o exame do baço, deve-se retiral-o do hypocondrio esquerdo, separadas com cautela as adherencias, que porventura existam, afim de evitar a dilaceração da capsula e do proprio tecido do orgão; inspeciona-se o ligamento gastro-splenico, os grandes vasos, presos aos quaes de ordinario se encontram os baços adventicios, e finalmente colloca-se o orgão sobre as extremidades das costellas esquerdas e inferiores, de modo que o hilo repouse sobre o córte das mesmas.

Fixa-se o orgão assim disposto com a mão esquerda, e por sua extremidade superior se lhe faz uma incisão longitudinal, mas de modo que não fiquem separadas as duas metades. As partes do orgão, que, por manifestações especiaes, despertaram a attenção do prosector, serão divididas no sentido do maior diametro.

Pancreas — Para descobrir-se o pancreas, ou se puxa o estomago um pouco para baixo, e neste caso elle apparece na pequena curvatura do estomago, e é apenas necessario incisar o pequeno epiploon para descobri-lo, ou, o que prefiro, separa-se o grande epiploon entre a grande curvatura do estomago e o colon transverso e leva-se o estomago para cima. Deste modo o pancreas apresenta-se em toda sua extensão e pode ser examinado.

Em regra geral, e á menos que não se trate de alguma anomalia, basta praticar-se uma incisão longitudinal, que comprehenda toda espessura do pãncreas, para que se possa bem avaliar o estado deste orgão.

Em caso de alteração, deve-se proceder conforme a especie morbida, de que se trata. Assim, querendo examinar o canal pancreatico faz-se uma incisão na parte média da face anterior do pancreas, que comprehenda metade da sua espessura. Esta pratica é no maior numero de vezes sufficiente para descobrir-se o canal pancreatico; mas se assim não acontecer, obtem-se o resultado desejado seguindo-se algum dos ramos collateraes do referido canal, ou incisando-o sobre uma sonda nelle introduzida pelo orificio de algum dos mesmos ramos.

Segundo a ordem estabelecida previamente, deve-se depois do exame do pancreas passar-se ao do estomago, intestinos e orgãos genito-urinarios; mas como, com a

abertura das primeiras visceras, derrama-se uma quantidade variavel de liquidos e substancias nauseabundas na cavidade abdominal, vindo perturbar e tornar desagradavel a continuação do trabalho, é de toda conveniencia reservar-se o exame das visceras alludidas para o ultimo logar, isto é, terminada a inspecção do pancreas, examina-se o aparelho genito-urinario, e volta-se depois ao exame das outras partes do aparelho digestivo.

A descripção, porém, segue a ordem anatomica.

Estomago — Depois da inspecção exterior do estomago faz-se a abertura delle para o exame do seu interior. De ordinario abre-se o estomago pela parte anterior, mas a supposição ou a convicção, obtida pelo exame externo da viscera, da existencia de qualquer anomalia, que reclame a conservação daquella parte, exigem que se proceda á abertura do estomago por outro ponto.

De ordinario toma-se entre o dedo indicador e o médio da mão esquerda uma porção da superficie posterior da pequena curvadura do estomago, perto do pyloro, de modo que aquella parte do orgão exceda sufficientemente o nivel dos dedos, e excisa-se com um golpe de enterotomo a parte excedente, ficando dest'arte aberto o estomago. Não so deve receiar neste caso aprofundar de mais o golpe, porque acontece ser necessario muitas vezes repetir os córtes para incisar a

mucosa, que tende á desviar-se. Feita a incisão, introduz-se o ramo abotoado do enterotomo na cavidade do estomago e incisa-se longitudinalmente a pequena curvadura deste orgão até o cardia.

Em vez do processo descripto para abrir o estomago, que tem o inconveniente de occasionar perda de substancia, pode-se praticar com um escalpello, na parte mencionada, uma incisão que se prolongará á vontade com uma thesoura. Este processo é seguido quando se quer conservar a peça.

A abertura do esophago pode-se fazer pelo estomago, para o que introduz-se no cardia o ramo abotoado do enterotomo e incisa-se até a extremidade superior.

Este modo de proceder, que serve apenas para attestar, da maneira mais simples, as condições normaes do esophago, não é applicavel aos casos de lesões reconhecidas deste orgão. Nestes casos retira-se do cadaver todos os orgãos da cavidade thoracica com os da bocca, pescoço e o estomago, para serem convenientemente preparados para o exame

As lesões, que exigem a abertura especial do estomago, são os tumores malignos, processos morbidos, que determinam as perfurações daquelle orgão. Se pelo exame externo se suspeita ou se adquire certeza da existencia de uma daquellas producções morbidas, o processo de exame á empregar differe segundo o ponto do estomago, em que ella se localizou. Em regra geral conserva-se a parte occupada pela

neoplasia, para o que pratica-se uma abertura, que permita a facil inspecção de toda area occupada pela lesão, incisando-se, se não houver alguma contra-indicação, a parede do orgão opposta á sédc da lesão.

É impossivel traçar regras para todos os casos, só a pratica habilitará para a escolha do meio, que em um caso dado concilie a maior conservação do orgão com a mais completa inspecção.

Pode-se ainda abrir a parede anterior do duodeno, introduzir o dedo no estomago, e escolher o ponto mais conveniente para praticar a incisão.

Duodeno — Em geral, para abrir-se o duodeno introduz-se, depois do exame do estomago, o enterotomo no pyloro, e incisa-se sua parede anterior.

Para abrir-se todo o duodeno deve-se previamentee isolar sua parede anterior do méso-colon-transverso, circumstancia que permite que o duodeno se apresente em toda sua extensão. De ordinario abre-se o duodeno até o diverticulum de Fleischmann, parte média da porção descendente.

Ileo e Jejuno — Em geral, abre-se a parte mais inferior do ileo, e da outra parte do intestino delgado qualquer ponto, que apresente alguma circumstancia, que desperte a attenção do prosector. É mais seguro, porém, para não escapar modificação alguma, que por ventura exista, adoptar-se o

systema de examinar todo o intestino (passando-o entre dous dedos), o que faz-se em poucos minutos.

Assim pois, toma-se o cæcum com a mão esquerda e corta-se o seu mesenterio, de modo que se possa levantal-o com o colon ascendente. Isto feito, isola-se o colon da fascia iliaca até que o rim torne-se facilmente accessivel.

Inspeccionado, como se acha adiante mencionado, o apparelho genito-urinario, procede-se á abertura do ileo em sua parte mais inferior, perto da inserção do appendice vermicular no cæcum.

A abertura do ileo faz-se por um processo analogo ao descripto para a abertura do estomago, isto é, colloca-se o ileo por sua face superior sobre a ponta do dedo minimo da mão esquerda e excisa-se a saliencia que fica assim formada sobre a cabeça do dedo. Em seguida introduz-se o ramo abotoado do enterotomo na cavidade intestinal, e incisa-se o intestino ao longo de sua inserção com o mesenterio, e em uma extensão, que varia segundo o caso.

A abertura regular do intestino não é facil tarefa para o principiante. Incisando-se o intestino em qualquer posição por elle tomada sobre o enterotomo, o córte occupa justamente situação opposta á da inserção no mesenterio, dando causa aos dous seguintes inconvenientes: difficulta o asseio do intestino e secciona as glandulas acuminadas de Peyer,

pontos que devem ser poupados por serem a séde frequente da mór parte das lesões intestinaes.

Na abertura do intestino colloca-se o enterotomo de modo que o dorso da mão direita esteja dirigido horisontalmente e para baixo e a superficie palmar para cima. Isto feito, colloca-se o enterotomo horisontalmente no ponto pelo qual se deve começar a incisão, e em quanto secciona-se com a mão direita, a esquerda com sua superficie palmar dirigida para cima dispõe o intestino, que descança sobre o ramo do instrumento.

Durante a secção do intestino não se deve distendel-o muito, porque com a distensão o mesenterio póde ser comprehendido na incisão, circumstancia, que deve ser evitada para impedir as difficuldades, que resultam da separação do intestino de suas adherencias ao mesenterio, para o proseguimento do processo em questão.

Aberto o intestino, examina-se o conteúdo de espaço em espaço, e depois lava-se com um jorro d' agua. Incisado regularmente, e distendido em seguida, o intestino fica transformado em uma faxa, de modo que figura um simples prolongamento do mesenterio.

Este modo de proceder deve ser observado na abertura de qualquer ponto do intestino. Os pontos estreitados e os affectados de neoplasias heteromorphas só devem ser incisados depois que se tiver conhecido suas condições especiaes,

fazendo-se previamente o seu exame por uma abertura praticada na vizinhança da séde das mencionadas alterações.

Nos casos de invaginação incisa-se em primeiro lugar o cylindro peripherico, e procede-se segundo as exigencias do caso. De ordinario o intestino estrangulado não apresenta anomalia, o que não acontece nos pontos dilatados por gazes, que reclamam cuidadoso exame, por mostrarem modificações as mais variaveis.

Grosso intestino — Em geral, abre-se o cœcum pelo ileo, introduzindo-se o ramo abotoado do enterotomo na cavidade do cœcum pela valvula de Bauhin, incisam-se suas paredes e abre-se o colon segundo as circumstancias da occasião. A secção do colon deve ser feita pela *tenia coli* anterior, para evitar que o enterotomo encontre obstaculos nos diverticulos do grosso intestino.

O appendice vermicular deve ser aberto com uma thesoura anatomica. O S iliaco é tratado como todo o intestino grosso e deve ser aberto em todas as autopsias.

Para praticar-se a inspecção do recto, que deve ser feita depois do exame do apparelho uro-genital, deve-se em primeiro lugar retiral-o do cadaver, seguindo-se o mesmo processo, que será adiante descripto, adoptado no exame do referido apparelho.

De ordinario basta incisar o recto pela cavidade da bacia, abril-o e examinal-o.

Depois da inspecção do canal intestinal, examina-se o mesenterio, as glandulas retro-peritoneacs, os grossos vasos, etc.

Apparelho urinario — 1.º Rins — Para descobrir-se o rim direito isola-se o mesocæcum e o mesocolon ascendente. Introduz-se depois pela parte posterior do rim a mão direita com a sua superficie palmar dirigida para cima, toma-se o orgão por sua extremidade superior, e se o isola com cuidado afim de não romper o urether.

Quando o rim é convenientemente seguro pela mão do prosector a capsula suprarenal o acompanha e é assim sem difficuldade trazida á inspecção.

Achando-se o volume do rim modificado ou suspeitando-se a existencia de alguma lesão, é de toda conveniencia, antes de retiral-o do cadaver, examinar com attenção seus vasos e principalmente os venosos. Para este fim afasta-se o grosso intestino, previamente isolado, e descobre-se dest'arte o rim em sua situação natural e com todos os seus vasos.

Retira-se o rim esquerdo do cadaver na occasião em que se extrahe o baço, para o que incisa-se o mesocolon descendente sobre o rim, que se faz reconhecido pela saliencia, que apresenta sob o peritoneo, e por uma manobra identica á empregada com o seu congenere é elle extrahido de sua séde natural.

A capsula suprarenal a acompanha o rim, e deve ser logo examinada.

Afim de que o rim não se rompa é preciso segural-o em cheio no acto de sua extracção.

As anomalias de formação nos rins reclamam naturalmente uma cuidadosa preparação.

Nos casos de multiplicidade de uretheres deve-se examinar como elles se abrem na bexiga, e portanto são retirados do cadaver juntamente com a bexiga do modo abaixo indicado.

Retirado o rim do cadaver, faz-se a sua secção em duas metades pelo bordo convexo do seguinte modo: ou se o prende entre o pollegar e o indicador da mão esquerda e com um só golpe incisa-se pelo meio, e por entre os dedos, até o bassinete, ou toma-se o orgão na cavidade palmar, fixando-o com a eminencia thenar e os dedos, fazendo-se sua incisão em toda extensão até o bassinete. Depois descobre-se a superficie do rim, separando a albuginea á começar pelos bordos da incisão, examina-se e então se pode fazer novas secções.

Far-se-hão prepara ções das deformações renaes, segundo as circumstancias do caso, e havendo duvida sobre o ponto, onde se deva achar o bassinete, tomar-se-ha por guia o urether.

2.º *Bexiga* — O melhor systema de abrir-se a bexiga é o seguinte: faz-se com o dedo o seu descollamento da sym-

physe pubiana e secciona-se introduzindo com cuidado a faca, maximè quando estiver vasia, um pouco acima do collo, incisando-a na direcção do vertice.

O prosector deve evitar o lesar o fundo da bexiga e fazer com que a incisão não exceda o vertice deste órgão.

Assim aberta, a bexiga fica francamente accessivel e permite o conserval-a com sua conformação natural.

Para extrahir-se simultaneamente do cadaver, afim de serem examinadas, a bexiga, a prostata, a urethra e o recto, procede-se do modo seguinte: incisa-se o peritoneo aos lados da entrada da bacia, ao longo da *linea arcuata*, começando na symphyse sacro-iliaca e terminando no pubis, e faz-se o seu descollamento da *fascia pelvis*, da bexiga e do pubis. Depois secciona-se o mesenterio do S iliaco e isola-se com o recto, o quanto fôr possivel, e então ou se conserva intacto o intestino ou, caso haja necessidade, faz-se a sua ligadura em dous pontos e corta-se entre elles.

Feito isto, circumscrevem-se por duas incisões curvas a parte inferior do penil, os órgãos sexuaes externos e o anus; disseca-se a pelle assim circumscripta, perfura-se com uma faca o tecido cellular, situado á esquerda do ligamento suspensor do penis até a cavidade da bacia, e conservando a lamina do instrumento parallela ao bordo do ramo descendente do pubis incisa-se pela superficie interna deste osso todo tecido existente até a tuberosidade ischiatica, tomando

as seguintes precauções: primeiro, levar os órgãos genitales para o lado direito; segundo, a ponta da faca, introduzida na bacia, deve ficar apparente entre os órgãos nella contidos, finalmente, a lamina da faca deve ficar parallela á superficie interna do ramo descendente do pubis, inclinándose o cabo com alguma força para a direita. Chegando á tuberosidade ischiatica esquerda volta-se a faca, corta-se o ligamento triangular, e o suspensor do penis, e levando-se para a esquerda os órgãos genitales, separam-se os corpos cavernosos, o musculo ischio-cavernoso de suas inserções no pubis e no ischion.

Deste modo ficam livres tres quartas partes do espaço oval limitado pelas duas incisões arciformes, praticadas na pelle e pôde-se sem difficuldade trazer para a cavidade da bacia o retalho pelo espaço aberto na cavidade pubiana: fixa-se este retalho, distendendo-o com cuidado, e completa-se a secção do tecido correspondente á ultima quarta parte do espaço circumscripto. Separa-se depois com a faca ou o dedo o tecido cellular restante, procurando evitar a lesão da urethra.

Desligadas da arcada pubiana as partes genitales externas pôde-se, em vez de deixal-as no interior da bacia, trazer para o exterior os órgãos nella contidos, e assim esvasial-a. Prefiro o primeiro modo de proceder por causa da maior commodidade, que offerece.

Disposto tudo assim, trata-se, como fôr necessario, as partes simultaneamente separadas.

Na hypothese de ser o cadaver de mulher, e querendo-se retirar simultaneamente as partes genitales, basta incisar os ligamentos largos, tendo o cuidado de não lesar as trompas e os ovarios.

Examinada a bexiga, passa-se á inspecção da prostata, que será ineisada pelo lado externo por eórtés parallelas, que caiam obliquamente á direcção da urethra.

Em seguida introduz-se pela bexiga uma sonda na urethra, que venha sair no orifício externo; distende-se moderadamente a urethra, e fixada a glande sobre a sonda por um ajudante, ineisa-se com uma thesoura afiada a parede anterior da urethra em toda sua extensão. Até o começo dos corpos cavernosos corta-se facilmente, porém deste ponto em diante o septo fibroso, que os separa, impede a incisão regular, cedendo para um ou outro lado : torna-se então necessario maior cuidado na fixação do órgão pelo ajudante, e cautela para não perder a linha media. O mais seguro é separar com a faca o septo ou um dos corpos cavernosos, de modo que sómente fiquem para serem cortadas pela thesoura a urethra e a glande.

Nos casos de estreitamentos abre-se a urethra até o ponto estreitado, e depois do exame desta alteração procedc-se á vontade. Havendo muitos estreitamentos, incisa-se o primei-

ro, examina-se, e procede-se do mesmo modo com relação aos outros, ou introduz-se uma sonda no estreitamento, sobre a qual se perfura a urethra pelo lado de fóra, ficando assim aberta em um ponto além da séde do estreitamento, que ficou intacto.

Nos casos de fistulas é preciso ter cuidado ao abrir a urethra. Assim incisa-se ponto por ponto, e procura-se com uma sonda, introduzida pela fistula na urethra, determinar a posição, em que ella se abre neste canal, procurando-se conservar intacto o orificio do trajecto fistuloso.

Nas grandes perfurações da urethra, a sonda, introduzida para sobre ella praticar-se a incisão do canal, resvala, maximè quando a perda de substancia se acompanha de estreitamento, no tecido cellular do perineo ou do testiculo, de modo que, antes de praticar a incisão, o prosector deve certificar-se bem da exacta posição da sonda.

Orgãos genitales do homem — As anomalias dos testiculos, e do canal spermatico até o orificio superior do canal inguinal, são apparentes, porém melhor apreciadas por meio de incisões. Examinados pela apalpação os testiculos, incisa-se o escroto fixando-o entre o indicador e o pollegar quando pequeno, na palma da mão quando volumoso.

Para examinar-se os vasos differentes, vesiculas seminaes, prostata, glandulas de Cowper, extrahe-se simultaneamente

todo aparelho genital. Não se querendo serrar o pubis, isola-se os testiculos do escroto, o canal seminifero do canal inguinal, e, terminado o exame destas partes, são ellas collocadas na cavidade da bacia.

As outras partes do aparelho genital serão examinadas como ficou acima descripto.

Orgãos genitacs da mulher --- Muitas vezes basta examinar-se os orgãos genitacs da mulher em sua situação natural; é, porém, melhor excisal-os ou com a vulva e o recto, como foi acima indicado, ou então depois da abertura da bexiga, deixando-se este orgão em seu logar, tomam-se as trompas, ovarios e o utero, e corta-se a extremidade superior da vagina e os ligamentos uterinos. Examina-se em seguida a porção vaginal do collo, o orificio uterino externo, introduz-se uma sonda na cavidade do utero, e sobre esta incisa-se pela linha media a parede anterior ou posterior deste orgão.

A introduccão da sonda torna-se principalmente necessaria, se o utero está deformado por fibromas, adherencias, etc., e a direcção de sua cavidade não se mostra facilmente reconhecivel. Da incisão mencionada parte outra, que termina na inserção da trompa, cuja abertura faz-se ou introduzindo em seu orificio a ponta de uma thesoura e incisando-a em toda extensão, ou seccionando-a pela extremidade externa e dirigindo o cóрте para a cavidade uterina.

Nas duplicidades do utero e vagina incisa-se cada um destes canaes pela parte media das paredes anteriores ou posteriores ; e para melhor aspecto da peça, a incisão não deve comprehender os orgãos genitales externos, mas terminar na região do hymen.

O hydro-pyo-hematoma, producção morbida facilmente reconhecivel por sua fórma arredondada, é punccionado no meio de sua parede anterior, que é em seguida seccionada com uma thesoura á começar da punção, dirigindo-se a incisão juntamente para cima ou para baixo.

Os ovarios são tratados como os testieulos. Tomam-se os pequenos ovarios entre o pollegar e o indieador e incisam-se. Os grandes ovarios, como os affectados de hydropisias, serão tratados segundo as condições do easo ; os saecos serão abertos em seu maior diametro por uma incisão, que não exceda á metade de sua circumferencia, e proeeede-se ao exame, que o easo exigir, observando, emquanto o permitir a conveniencia, a symetria e uniformidade das incisões.

Com estas prescripções está na maioria dos casos a oblução terminada ; algumas vezes porém é preciso abrir-se o canal vertebral para o exame da medulla ; outras, maximè nos casos juridicos, torna-se necessaria a investigação de outras partes, principalmente das extremidades. Occupar-nos-hemos ainda de ambos estes assumptos.

Abertura do canal vertebral

Pode-se abrir o canal vertebral pela parte anterior ou posterior. Terminado o exame das outras regiões do cadáver, prefere-se, em geral, o primeiro modo, mas quando se quer poupar os corpos das vertebrae, abre-se o canal medullar pela parte posterior.

Para abrir-se este canal pela parte anterior, retiram-se do cadáver todas as visceras, desde o corpo thyroide até o recto, podendo ficar em suas situações naturaes a bexiga e os orgãos sexuaes. Feito isto, separam-se as inserções vertebraes de ambos os musculos psoas, e faz-se sua dissecação, pelo menos, até a penetração na bacia, onde são cortados. Lavam-se perfeitamente as cavidades do corpo de todo sangue, muco e outros liquidos, e colloca-se um cepo de 5 á 6 pollegadas de altura sob a região lombar de modo que a columna vertebral fique o mais possivel dobrada para traz. Nesta posição as regiões thoracica e lombar do canal vertebral ficam mais altas do que a cervical, pelo que o liquido nelle accumulado escoar-se na cavidade craneana. Para que esteliquido não passe desapercebido, deve-se, na occasião da adaptação do cadáver, observar-o quando chega á cavidade craneana pelo buraco occipital.

Separados com o escalpello os discos intervertebraes superior e inferior da quarta vertebra lombar, toma-se o escopro, colloca-se transversalmente sobre a raiz do arco da vertebra, e faz-se a incisão deste batendo-se moderadamente com o martello. Feito isto de ambos os lados toma-se o corpo da vertebra com uma pinça apropriada, cortam-se os ligamentos fibrosos, que ainda o prendam, e faz-se sua extracção com o maior cuidado para não lesar a dura-mater espinhal.

Separada a terceira vertebra lombar pelo mesmo processo, adianta-se um pouco o cepo de modo que fique justamente correspondendo á primeira vertebra lombar. Colloca-se em seguida o escopro, com as faces parallelas á columna vertebral, e os angulos dirigidos para a direita e esquerda sobre a raiz do arco da segunda vertebra lombar, separa-se com uma pancada forte, retira-se o escopro, procede-se do mesmo modo no lado opposto, e assim por diante até abrir-se completa ou parcialmente o canal vertebral.

Na secção das vertebrias deve-se empregar o menor numero possível de pancadas com o martello, do contrario fica alterada a medulla, apresentando em sua superficie pequenas hernias de fôrma e tamanho de cabeças de alfinete por entre o tecido da pia-mater, que se desagrega. Nesta operação deve-se igualmente graduar a penetração

do instrumento, afim de que não seja lesada a medulla. São melhor evitados estes inconvenientes attendendo-se á resistencia que se experimenta ao retirar-se o escopro dos arcos vertebraes, e tendo-se cuidado em que os bordos do instrumento não penetrem no canal vertebral.

Seccionadas quatro á cinco vertebraes, toma-se com uma pinça apropriada o corpo da ultima dellas incisada, de modo que um ramo da pinça fique em sua face anterior e o outro na posterior, e suspende-se o corpo da vertebra até que fique presa somente ao ligamento longitudinal anterior das vertebraes. Este ligamento póde ser ineisado ou descollado das vertebraes superiores, extrahindo-se a vertebra isolada. Á proporção que se vão separando as inferiores, adianta-se o cepo e repete-se a mesma operação até que se chegue ás vertebraes da região cervical.

Algumas vezes a curvatura dorsal da columna vertebral é tão pronunciada, que não se consegue extrahir as vertebraes dorsaes superiores pelo processo descripto. Nestes casos colloca-se o cepo por baixo da primeira vertebra dorsal, separa-se o ligamento intervertebral da sexta vertebra cervical, arranca-se o corpo com um pequeno escopro, e continua-se então á separar as seguintes vertebraes de cima para baixo. Em seguida colloca-se o cepo sob a quinta

vertebra cervical, fixa-se a cabeça do cadáver apoiando-a sobre a mesa de dissecação, e com o escopro incisam-se os corpos das vertebraes cervicaes.

Como a situação dos arcos destas vertebraes é antes nos lados do que na parte posterior do corpo, é claro que as faces do escopro não devem, como na região lombar, olhar para diante e para traz, mas é necessario voltar o instrumento de modo que a face, que na região lombar está dirigida para traz fique na cervical para fóra, e a que estava voltada para a frente fique para dentro.

Separado o atlas, levanta-se o craneo e incisa-se no buraco occipital a dura-mater rachidiana, no ponto em que ella se separa do periosteo do canal vertebral.

Em seguida e á começar da região lombar abre-se com cuidado o envolucro da medulla até sua terminação superior; examina-se a medulla *in situ*, incisam-se os nervos antes de sua penetração nos buracos intervertebraes, e extrahe-se a medulla com a meninge espinhal para exame posterior.

Para se abrir o canal medullar pela parte posterior, colloca-se o cadáver sobre o plano anterior, apoiado em caso de necessidade sobre cepos collocados nas regiões cervical e abdominal: pratica-se então uma incisão, que comprehenda toda espessura da pelle do atlas ao coccyx, e atinja as

apophyses espinhosas. Descobrem-se á golpes extensos da face os arcos vertebraes, mantendo-se sempre o instrumento junto ao lado externo das apophyses espinhosas e da face posterior dos arcos e isolam-se todas as inserções musculares.

Descoberta a columna vertebral, incisam-se os arcos vertebraes de ambos os lados entre as apophyses espinhosas e transversas, com o escopro e o martello, tendo cuidado em não lesar a medulla. Feita a secção, tomam-se com a pinça apropriada os arcos, e como estão presos pelos ligamentos amarellos são todos arraucados de uma só vez.

Para a secção dos arcos vertebraes ha um instrumento especial — rachitotomo, para cujo emprego não se exige habilidade, mas muita força. Compõe-se este instrumento de uma só peça metálica, e consiste em um cabo curvo de nove á dez pollegadas de comprimento, tendo em uma de suas extremidades, no lado convexo e em angulo recto, dous escopros parallellos de $1 \frac{1}{2}$ pollegadas de comprimento, separados por um intervallo de 10^{mm} um do outro e com o cóрте convexo, ao passo que a extremidade termina em um gancho. O instrumento é collocado de modo que a apophyse espinhosa da vertebra á seccionar-se fique entre os dous escopros e estes sobre o arco da vertebra, de sorte que este é incisado ao mesmo tempo de ambos os lados, e no mesmo ponto, se o operador tem força sufficiente para manejar o

instrumento com a mão esquerda e com a direita bater convenientemente com o martello.

Tendo-se practica pode-se abrir com este instrumento todo o canal vertebral em dez minutos; o seu uso é, como ficou dito, fatigante, e comprehende-se facilmente que cada rachitotomo não se adapta á qualquer columna vertebral, pelo que se emprega de preferencia o escopro ordinario ou um rachitotomo de um só ramo.

Preparação especial de algumas regiões do corpo

Executa-se segundo o methodo ordinario da anatomia topographica, e conforme a região, que tem de ser examinada.

Para fazer-se o exame de qualquer parte lesada, circumscreve-se por meio de tres incisões, sem fazer-se previamente sua exploração com sondas, prepara-se depois a pelle camada por camada, até attingir o tecido normal.

Se trata-se da hemorrhagia de um vaso grande, depois de descobri-lo á pequena distancia do ponto lesado, introduz-se uma sonda de baleia, que se impelle até a ferida, e se reconhece assim a existencia ou ausencia de qualquer alteração.

Em todos os casos é a Anatomia o guia mais seguro, em

que se deve confiar para um exame serio, se não se quizer inutilisar ou comprometter o resultado d'elle.

AUTOPSIAS DOS CADAVERES DE CRIANÇAS

A autopsia nos cadaveres de crianças é em geral exactamente analoga á dos adultos, mas por causa da pequenez dos orgãos é um pouco mais difficil, e exige mais cautela e maior exactidão.

Os instrumentos para estas secções são os mesmos usados nas dos adultos, podendo-se em todo caso dispensar a faca de cartilagem e o enterotomo.

Caridade craneana

O cadaver será deitado sobre a mesa e ter-se-ha á mão um cepo meio cylindrico de quatro pollegadas de altura. Toma-se com a mão esquerda o pescoço, levanta-se o pequeno cadaver, fixa-se a cabeça, e pratica-se no couro cabelludo a incisão, já descripta, que passando pelas temporas vá de uma á outra orelha. Incumbe-se um ajudante de sustentar a cabeça, isolam-se os retalhos anterior e posterior, abre-se com uma pequena serra o craneo, como pratica-se nos adultos, e deixa-se repousar a cabeça sobre uma toalha dobrada.

Alguns abrem o craneo infantil com uma thesoura, punctuam um ponto da sutura craneana, frontal ou lambdoide, que determina a direcção do córte, introduzem a folha roma da thesoura e executam a secção.

Este methodo pôde ser executado nos craneos de crianças muito novas, porém a secção nunca é tão bem feita, como com a serra, e além disto o cerebro é facilmente lesado pela thesoura introduzida na cavidade craneana, pelo que prefiro a abertura do craneo com a serra.

Existe ainda outro methodo para abrir os craneos de crianças, é mellhor do que o segundo descripto, porém só é empregado nos casos, em que não se quer conservar a abobada craneana. Consiste este methodo, que é commodamente executado com uma thesoura, em dividir todas as suturas da abobada craneana, e extrahir cada um dos ossos.

Com este fim perfura-se a fontanella anterior aos lados da fouce do cerebro, e por este mesmo ponto separam-se ambos os parietaes, de modo que a sutura sagittal fique sobre o processo falciforme. Da fontanella posterior passa-se aos ramos da sutura lambdoide, a coronaria, a frontal, e seccionam-se finalmente os ossos pelo ponto, por onde passa a incisão ordinaria, um tanto acima da base do craneo. Este processo, que permite sem delongas uma inspecção muy exacta dos diversos ossos do craneo, expostos á lesões, tem

logar quando se quer examinar anomalias, que por ventura existam, e ainda quando se deve posteriormente isolar os ossos da calotte craneana. Demais, com este processo evita-se facilmente a compressão e a lesão do cerebro.

A unica desvantagem desta pratica é, como já ficou dito, dar, no caso de conservação da peça, uma preparação de má apparencia.

Aberto o craneo por este methodo, incisa-se a fouce do cerebro em sua extremidade anterior, puxa-se para traz, e trata-se o cerebro como o de um adulto, devendo proceder-se com maior cautela por causa da excessiva delicadeza do cerebro infantil.

Se, porém, foi o craneo aberto por um dos dous processos já descriptos, que não permitem a separação da calotte, porque a dura-mater adhere poderosamente ao pericraneo por intermedio do tecido da sutura de modo á não poder isolar-se, destruam-se as adherencias, e proceda-se á extracção da calotte.

Disto resulta, pois, uma regra, que já apontamos na pag. 25 para os casos, em que existe adherencia inseparavel da dura-mater com a superficie interna do craneo.

Pescoço e órgãos thoracicos

A abertura das cavidades thoracica e abdominal se faz do mesmo modo que nos adultos, usando-se porém de um escalpello ordinario em lugar da faca de autopsia.

Dos órgãos thoracicos examina-se em primeiro lugar o thymus. Separado do tecido cellular, que o envolve, incisam-se longitudinalmente seus lobos, ou se o retira do cadaver para sugerial-o depois ao exame.

Havendo necessidade de examinar-se a cavidade buccal procede-se como ficou indicado á pag. 45, podendo-se porém augmentar esta cavidade dividindo-se o maxillar inferior em sua parte media.

Relativamente á secção dos pulmões nada acrescentamos, mas quanto ao exame dos vasos fetaes, é de toda vantagem retirar do cadaver o coração conjunctamente com o pericardio e os grossos vasos.

A abertura das cavidades do coração faz-se na ordem já mencionada: de ordinario sirvo-me para este fim de uma boa thesoura, cujo ramo rombo introduz-se nas cavidades do coração, depois de previa punção feita em suas paredes. Com o mesmo instrumento fazem-se tambem as incisões dos grossos vasos.

Fende-se a arteria pulmonar até sua bifurcação, examina-

se o buraco de Botal, incisa-se a parede anterior da crossa da aorta até as primeiras arterias intercostaes, e, se não existe communição manifesta entre a aorta e a arteria pulmonar, procede-se do modo seguinte : tomam-se os órgãos em questão, e collocam-se immersos n'agua, conservando-os em posição, que mais se aproxime da natural, introduz-se no orificio do canal arterial um tubo metallico, e por elle se insuffla o ar neste canal ; existindo qualquer communição, o ar se manifesta no orificio arterio-pulmonar do canal arterial sob a fórma de pequenas ou grandes bolhas, depois do que se póde sondar e dividir o canal.

O exame do buraco oval não apresenta difficuldade ; quanto ao *ductus de Arantius*, procede-se como ficou dito em relação ao canal arterial.

Orgãos abdominaes

A secção das visceras abdominaes executa-se como no adulto ; o exame dos vasos fetaes é principalmente indicado. Do canal de *Arantius* já nos occupamos ; o exame da arteria e veia umbilical consiste em uma simples preparação anatomica.

Estando o cordão umbilical ainda preso ao umbigo, principalmente nos casos de aborto, não se deve deixar de

examinar sua permeabilidade, maximè quando se apresenta sensivelmente mais fino na proximidade do umbigo.

CAPITULO III

Restauração do cadaver

Na mór parte dos casos o cadaver, depois que serviu á indagação scientifica, é entregue aos seus donos para ser sepultado. O espirito de humanidade, e o nosso proprio interesse, não devem permittir que o cadaver seja restituído nas condições em que se acha após a secção; em vez de affectuoso pezar inspira antes aversão e horror. A questão consiste simplesmente em disfarçar o mais possivel os vestigios da autopsia. A nossa technica, como ficou descrita, para o exterior do cadaver, dispõe tudo de modo á realisar este desideratum. Assim, a incisão do craneo e a do pescoço são praticadas de modo á ficarem occultas, a primeira pelos cabellos, a segunda pela gravata.

Para restauração do cadaver retiram-se todos os liquidos, accumulados nas cavidades do corpo, inclinando o cadaver lateralmente, se existem em grande quantidade, ou absorvendo-os cuidadosamente com uma esponja, se em pequena. Dos logares donde podem escoar-se liquidos, uns, como

o canal vertebral, vulva, recto, serão bem obturados com esponjas usadas ou panno, outros, como os intestinos, serão ligados, e os pequenos vasos cobertos com farello ou pó de serra. Todos os órgãos, antes de restituidos aos seus logares no cadaver, serão polvilhados com pó de serra ou farello e borrifados com vinagre forte para diminuir a exhalação.

Feito o mesmo no interior do cadaver, collocam-se os órgãos nas respectivas cavidades, que são fechadas observando-se as disposições naturaes. Collocada de novo a calotte craneana, cobre-se com o couro cabelludo, e cose-se com fio. Em seguida cose-se igualmente a incisão crucial do tronco, costura que será feita com fio mais forte. Tendo-se retirado do cadaver parte das extremidades, cose-se cuidadosamente a pelle no ponto da secção.

Terminadas as costuras, accia-se com cuidado o cadaver, veste-se; e assim ficará prompto para sua ultima passagem.

Finalmente os instrumentos, os vasos, esponjas, etc., serão limpos e guardados para outras autopsias.

SEGUNDA PARTE

Protocollo da secção

Em geral as autopsias são empreendidas com o intuito de verificar-se o estado normal ou pathologico dos órgãos.

O exame, porém, pode ser feito para fins diversos, á saber:

Para verificação da causa da morte, o que se consegue demonstrando-se uma lesão importante, incompativel com a continuação da vida. Quasi sempre descobre-se a causa remota, raras vezes a causa proxima, e em alguns casos nada se consegue.

De ordinario procede-se á autopsia para verificação de um diagnostico duvidoso, para a apreciação anatomica de symptomas observados durante a vida, ou finalmente sob um ponto de vista exclusivamente anatomo-pathologico, o estudo das alterações dos órgãos. É claro que muitas vezes estes resultados poderão e deverão ser obtidos simultaneamente.

O resultado de uma secção adquire muito maior valor quando della se conserva um documento, em que, como uma garantia em qualquer tempo, sejam perfeitamente descriptas as lesões encontradas. Este documento chama-se registro da secção.

Em geral é redigido durante ou immediatamente depois da secção, e na primeira hypothese o prosector dicta a descripção do corpo e dos órgãos. É por si mesma evidente a preferencia da primeira hypothese, porque, no caso de qualquer duvida, pode ella ser immediatamente esclarecida, e evitar-se-lia tambem a omissão de alguma circumstancia importante.

Segundo a natureza do assumpto em questão, deve o protocollo ter qualidades, de que depende a sua utilidade. Estas qualidades dizem respeito á materia e á forma; das primeiras depende a parte scientifica, das segundas a commodidade do uso. Alem disto o Estado exige para as secções legaes o cumprimento de certas formalidades, como a presença de testemunhas, etc., e condições outras, que são observadas pelo pessoal juridico presente, e que omittimos por se acharem fóra dos limites deste trabalho.

O protocollo da secção é a synopsis da autopsia; sua primeira condição é a veracidade. Os órgãos devem ser descritos como foram realmente encontrados, o protocollo deve contar a verdade, e somente a verdade. Ainda que este ponto pareça facil e exequivel, sua obtenção entretanto é ás vezes difficil. Descobre-se uma alteração, ella é interpretada, e deve ser logo fixada pela palavra.

Esta circumstancia é pela propria natureza da especie

difficil, porque sendo cada caso unico, especial, comprehende-se que não se pode estabelecer uma norma, que sirva para todos os casos. Resulta pois a neccssidade de uma grande pratica para redigir um protocollo sufficiente, proveitoso e que corresponda á todas as exigencias.

A tal respeito Rokitansky apresentou verdadeiras obras primas ; descreve em seus menores detalhes uma lesão, sem redundancia e repetição. Suas palavras reproduzem exactamente o caso, de modo que parece, não que se lê uma descripção, mas que se observa o proprio orgão.

Da integridade e da exactidão depende a veracidade do protocollo.

A integridade exige que todos os dados referentes á secção sejam notados. Obter-se-hia esta condição com a maior presteza descrevendo os resultados á proporção que se forem manifestando. De ordinario os principiantes peccam quanto á integridade descrevendo factos normaes e desprezando as manifestações importantes, de modo que ora dizem de mais, ora de menos.

A exactidão está para o pouco, como a integridade para o muito : ella é geralmente desejavel, mas nem sempre exigida, e não é absolutamente obtida em sua completa latitude. Ninguem pode em um caso concreto de uma lesão do cerebro

descrever minuciosamente as circumvoluções, e demais, ha casos que não podem ser descriptos.

Deve-se marchar de accordo com a clinica. As longas descrições só causam tedio.

Engel aconselha a este respeito registrar o essencial e omittir o accessorio. Ainda que em geral isto seja procedente, depende das habilitações e conhecimento do prosector separar o essencial do accessorio, e como prova disto, vemos que muitas cousas essenciaes deixaram de chamar a attenção dos nossos predecessores e vice-versa.

Descrever-se em um caso de phthisica a posição de cada caverna pulmonar é mais do que superfluo, si não se trata da verificação de uma lesão clinica ou de uma démonstração estatística da situação das cavernas.

O protocollo da secção deve além disto ser facilmente intelligivel. Para obter-se esta qualidade, devem ser usadas a linguagem e terminologia scientificas.

Infelizmente é força confessar que muitas vezes a linguagem nada tem de scientifica. Resulta isto de que os termos da nossa sciencia, bem como os dos outros ramos da Medicina, revelam uma confusão resultante da influencia exercida pelos differentes tempos e logares, em que elles se originaram. E ninguem se arriscará á reformar a terminologia, porque no caso em questão é isto de valor secundario, e demais não

se hade interromper a ponte unica, que estabelece communição entre os novos e os velhos tempos.

Apresenta-se aqui o ensejo de mencionar alguns termos, que frequentemente apparecem nos protocollos da secção. É commum o emprego da palavra — *normal*; — *um orgão e normal*. Quando se pratica uma secção com o intuito de examinar si os orgãos estão ou não doentes, e quando, com effeito, muitos delles nada apresentam de morbido, pergunta-se porque não se deve neste caso exprimir este estado negativo do modo mais simples? Mas ao contrario, si se descrevem orgãos doentes e deixa-se ao leitor o juizo sobre a fórma da molestia, procede-se muito irregularmente emit-tindo no protocollo juizo sobre orgãos sãos e não sobre a altera-ção encontrada. Demais, um orgão póde não achar-se physi-camente alterado, de modo á poder ser o seu estado traduzido pela palavra *normal*, e entretanto tornar-se necessario mencional-o, á menos que fique sacrificada a integridade do protocollo; o conteudo sanguineo de um orgão, embora não modifique suas condições, póde ser grande, moderado ou pequeno, e nesse caso além da palavra *normal*, relativa ao estado do orgão, dever-se-hia ajuntar outra referente ao conteudo sanguineo. É claro que ahi a palavra *normal* é inteiramente superflua, pois está entendido que um orgão

está perfeito quando se faz referencia somente ao seu contendo.

Cumpra declarar que o meu muito estimado mestre o professor Rokitansky empregava a palavra *normal* raras vezes ou quando se referia á orgãos os mais insignificantes.

O medico legista principalmente procure evitar o emprego commodo desta palavra, e de preferencia descreva detalhadamente, lembrando-se sempre de que seus protocollos constituem frequentemente objecto de investigações minuciosas. Nos protocollos dos medicos menos instruidos lê-se com frequencia a palavra *normal*, o que desperta certa prevenção má no espirito do leitor sobre a procedencia de tal registro. Está entendido, aliás, que quando trata-se de uma descripção puramente scientifica cada observador deve saber, sem sacrificar a plausibilidade, quando deve ser prolixo ou laconico.

As palavras propriamente diagnosticas no decurso da descripção devem, pelo que fica exposto, ser inteiramente evitadas, ainda que algumas vezes haja necessidade de certo rigor scientifico: que conveniencia ha em fallar-se frequentemente em tuberculos, si só posteriormente são elles descriptos de modo preciso?

O protocollo deve ser methodico. A ordem natural é a adoptada na secção. A homogeneidade dos processos,

comquanto scientificamente realisavel, não deve ser adoptada para methodo da secção; além de excessivamente vasto e motivar repetições, não evita sempre todas as duvidas, pelo que o melhor é restringir-se o mais possivel á observação e deixar ao leitor o modo de julgar a homogeneidade das alterações encontradas.

Na redacção dos protocollos pode-se fazer, quando trata-se de preparações especiaes, suas competentes descrições; porém, fóra deste caso, só se deve fazel-as quando sua falta trazer duvida ao resultado, e nas secções legaes em que a lei o exige expressamente, ou quando se tratar de verificar o cumprimento da lei.

Além disto é de boa praxe mencionar os acontecimentos importantes que occorrerem durante a secção, como a salida de ar do thorax na incisão deste.

A ordem do relatorio é formalmente expressa por artigos, que serão mencionados todas as vezes que se começar assumpto novo. Nas secções legaes separam-se as descrições do exterior do cadaver com a designação — *Habito externo* — da descrição seguinte do interior, que é assignalada pela expressão — *Habito interno*. A' partir da descrição do habito externo numeram-se os paragraphos com algarismos seguidos.

Começa-se o relatorio com um pequeno prologo, em que

se refere a data, a nacionalidade, a ultima molestia, o motivo da secção, e em seguida passa-se á descripção anatomica, e depois á exposição abreviada das alterações encontradas, e finalmente á diagnose, ou parecer juridico, se trata-se de autopsia legal.

Para melhor comprehensão do exposto apresento o seguinte protocollo, que refere-se á autopsia de uma mulher fallecida em Vienna.

Protocollo de secção

Tomado aos 14 de Junho de 1868 no cadaver de... de 60 annos de idade, 26 horas depois da morte.

O corpo de tamanho mediano, e bem nutrido, apresenta em grande numero largas manchas cadavericas de côr violeta escura. A mamma esquerda reduzida á um pequeno volume, mostrava á uma e meia pollegadas para dentro do mamillo um nodulo do tamanho de um escudo, sobre o qual a pelle retrahida formava uma cicatriz semelhante á umbilical.

Examinado cuidadosamente o nodulo em questão, verificou-se ser constituido por um stroma fibroso e uma substancia analoga á massa cerebral, contendo um liquido cremoso. As glandulas axillares estavam augmentadas de volume e cheias de um liquido semelhante ao descripto.

A calotte craneana espessa e compacta, as meninges ligeiramente hyperemiadas, algum tanto turvas, abundantemente infiltradas de serosidade; as circumvoluções estreitas, os sulcos largos e fundos; o cerebro de um branco sujo um tanto consistente; a substancia do corpo striado direito estava quasi em sua totalidade substituida por uma rede formada de finas fibras de um vermelho cinzento, contendo um liquido semelhante á agoa de cal, e se espessava de modo á tornar-se em uma capsula callosa, infiltrada de pigmento escuro. Existiam na medulla diversos vacuclos de tamanho variavel, revestidos de uma membrana fina, levemente vermelha, e cheios de um liquido amarello claro; o tecido, que os circumscreve, estava espessado: as cavidades cerebraes continham tres onças de serosidade.

Os pulmões estavam adherentes em alguns pontos, maximè o lobulo superior do pulmão esquerdo; o parenchyma emphysematoso e nimiamente infiltrado de uma serosidade vermelho-escura; nos vertices de ambos existiam concreções calcareas de tamanho variavel. O pericardio continha alguma serosidade: o coração estava flacido, coberto de manchas brancas; a valvula mitral, de um amarello claro, estava espessada e sensivelmente callosa; o orificio mitral estreitado; os tendões valvulares, encurtados e espessos, mostravam suas inserções confundidas entre si

e com as paredes da valvula; as valvulas aortieas estavam igualmente tensas, espessas, mas não encurtadas; o sangue estava viscoso e descolorado. O abdomen estava distendido pelos intestinos cheios de gazes; o figado pequeno e flacido; o baço, algum tanto augmentado de volume, exangue, apresenta no meio de sua superficie convexa uma porção de sua substancia, do tamanho de uma noz, secca e quebradiça. O pancreas um pouco anemiado; o estomago e os intestinos consideravelmente distendidos por gazes, o primeiro continha mucosidade biliosa, os ultimos materias feccas de côr ordinaria. Os rins anemiados, um tanto espessados, e cheios de calculos branco-acinzentados; a bexiga vasia. Os ovarios mui pequenos, rugosos e callosos; o utero endurecido, e sua mucosa inteiramente anemiada.

Diagnostic. Insufficiencia e stenose mitral; ligeira stenose do orificio aortico; processo inflammatorio antigo no cerebro, baço e rins. Carcinoma na mamma direita. Tuberculose pulmonar.

EXPLICAÇÃO DAS ESTAMPAS

Fig. 1.^a — Corte prefrontal — 1, 2, 3, primeira segunda e terceira circonvoluções frontaes ; 4, circonvoluções orbitarias ; 5, circonvoluções da face interna do lobulo frontal ; feixes prefrontaes do centro oval.

Fig. 2.^a — Corte prefrontal — 1, circonvoluções occipitae ; 2, feixes occipitae do centro oval.

Fig. 3.^a — Corte pediculo frontal — 1, 2, 3, primeira, segunda e terceira circonvoluções frontaes ; 4, extremidade anterior do lobulo da insula ; 5, extremidade posterior das circonvoluções orbitarias ; 6, feixe pediculo frontal superior ; 7, feixe pediculo frontal medio ; 8, feixe pediculo frontal inferior ; 9, feixe orbitario ; 10, corpo calloso ; 11, nucleo caudado ; 12, capsula interna ; 13, nucleo lenticular.

Fig. 4.^a — Corte frontal — 1, circonvolução frontal ascendente ; 2, lobulo da insula ; 3, circonvolução sphenoidal ; 4, feixe frontal superior ; 5, feixe frontal medio ; 6, feixe frontal inferior ; 7, feixe sphenoidal ; 8, corpo calloso ; 9, nucleo caudado ; 10, camada optica ; 11, capsula interna ; 12, nucleo lenticular ; 13, capsula externa ; 14, ante-muro.

Fig. 5.^a — Corte parietal — 1, circonvolução parietal ascendente ; 2, lobulo da insula ; 3, lobulo sphenoidal ; 4, feixe parietal superior ; 5, feixe parietal medio ; 6, feixe parietal inferior ; 7, feixe sphenoidal ; 8, corpo calloso ; 9, nucleo caudado ; 10, camada optica ; 11, capsula interna ; 12, nucleo lenticular ; 13, capsula externa ; 14, ante-muro.

Fig. 6.^a — Corte pediculo parietal — 1, lobulo parietal superior ; 2, lobulo parietal inferior ; 3, lobulo sphenoidal ; 4, feixe parietal superior ; 5, feixe parietal interior ; 6, feixe sphenoidal ; 7, corpo calloso ; 8 e 10, nucleo caudado ; 9, camada optica.

INDEX

	PAG.		PAG
Prologo do traductor.	3	— Vesicula biliar	64
Prologo do auctor	5	— Baço	66
Da secção.	7	— Pancreas .	67
Dos preparativos para a autopsia	20	— Estomago	68
Da execução da autopsia.	21	— Duodeno .	70
Autopsia do cadaver do adulto	22	— Ileo e jejuno.	70
— Abertura da cavidade craneana. .	22	— Grosso intestino	73
— Dura-mater.	26	— Apparelho urinario	74
— Cerebro.	28	— Orgãos genitae do homem. .	79
— Os olhos	34	— Orgãos genitae da mulher .	80
— Ouvidos.	36	— Abertura do canal vertebral.	82
— Abertura das cavidades do tronco. .	38	— Preparação especial de algumas regiões do corpo. .	87
— Glandula thyroide, trachéa, laringe. .	44	Autopsias dos cadaveres de crianças.	88
— Lingua, boca e pharynx.	45	— Cavidade craneana	88
— Parotida	47	— Pescoço e orgãos thoracicos. .	91
— Pulmões	47	— Orgãos abdominaes	92
— Pericardio .	51	Restauração do cadaver	93
— Coração.	54	Protocollo da secção .	95
— Abdomen.	61	Explicação das estampas. . .	105
— Fígado	64		

Fig. 1^a

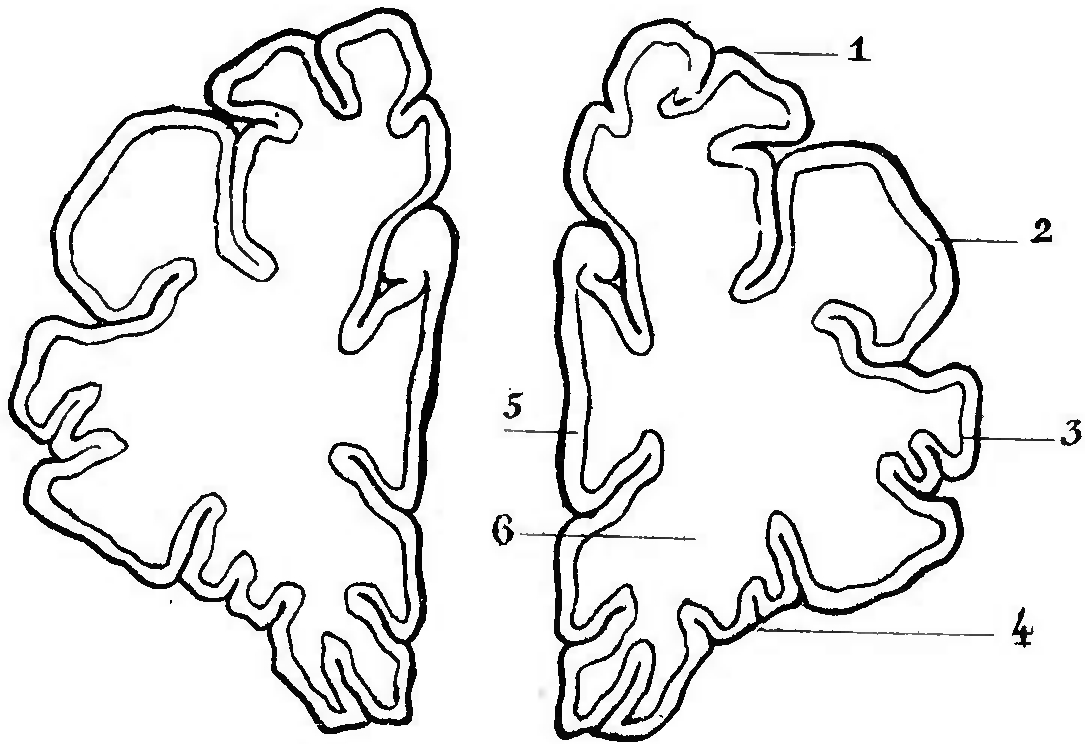
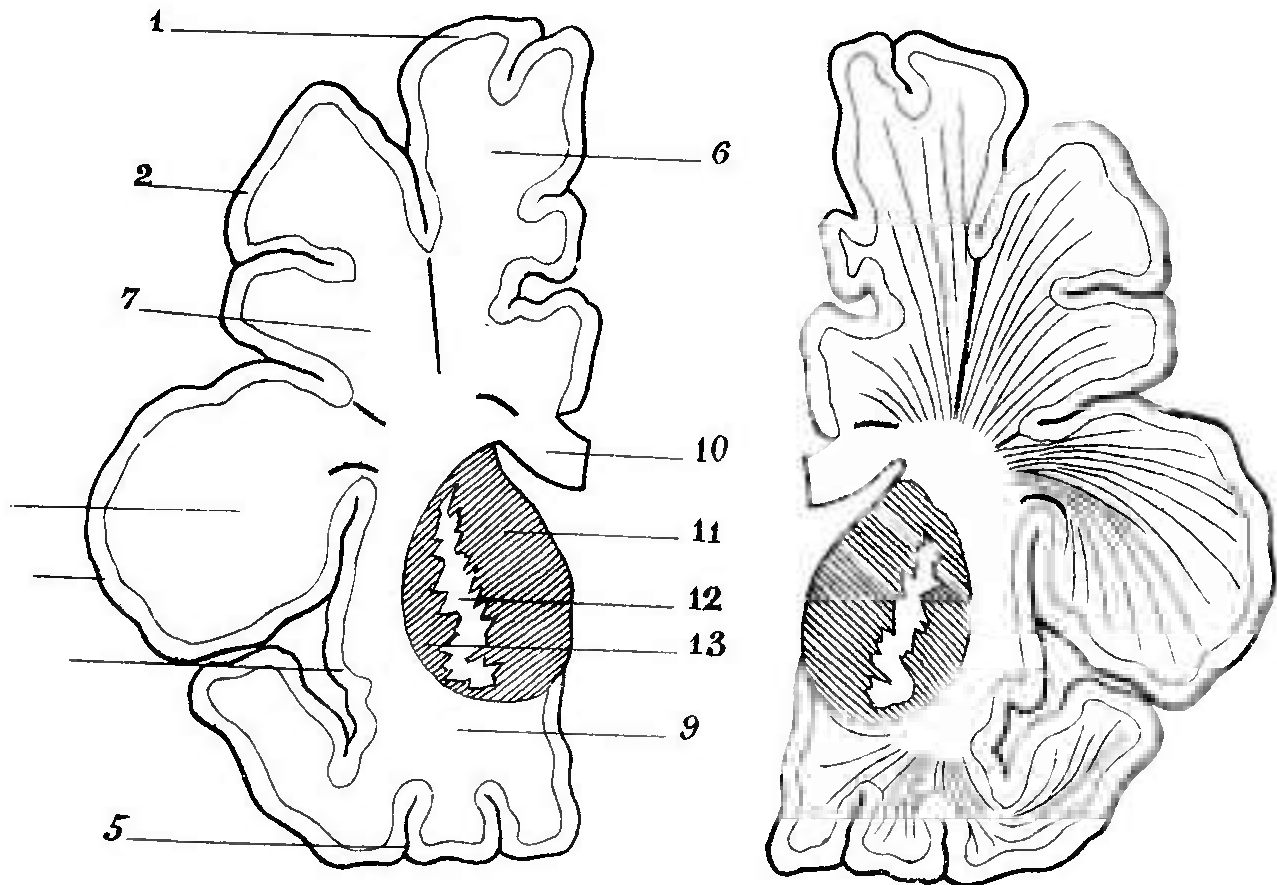


Fig. 3^a



4

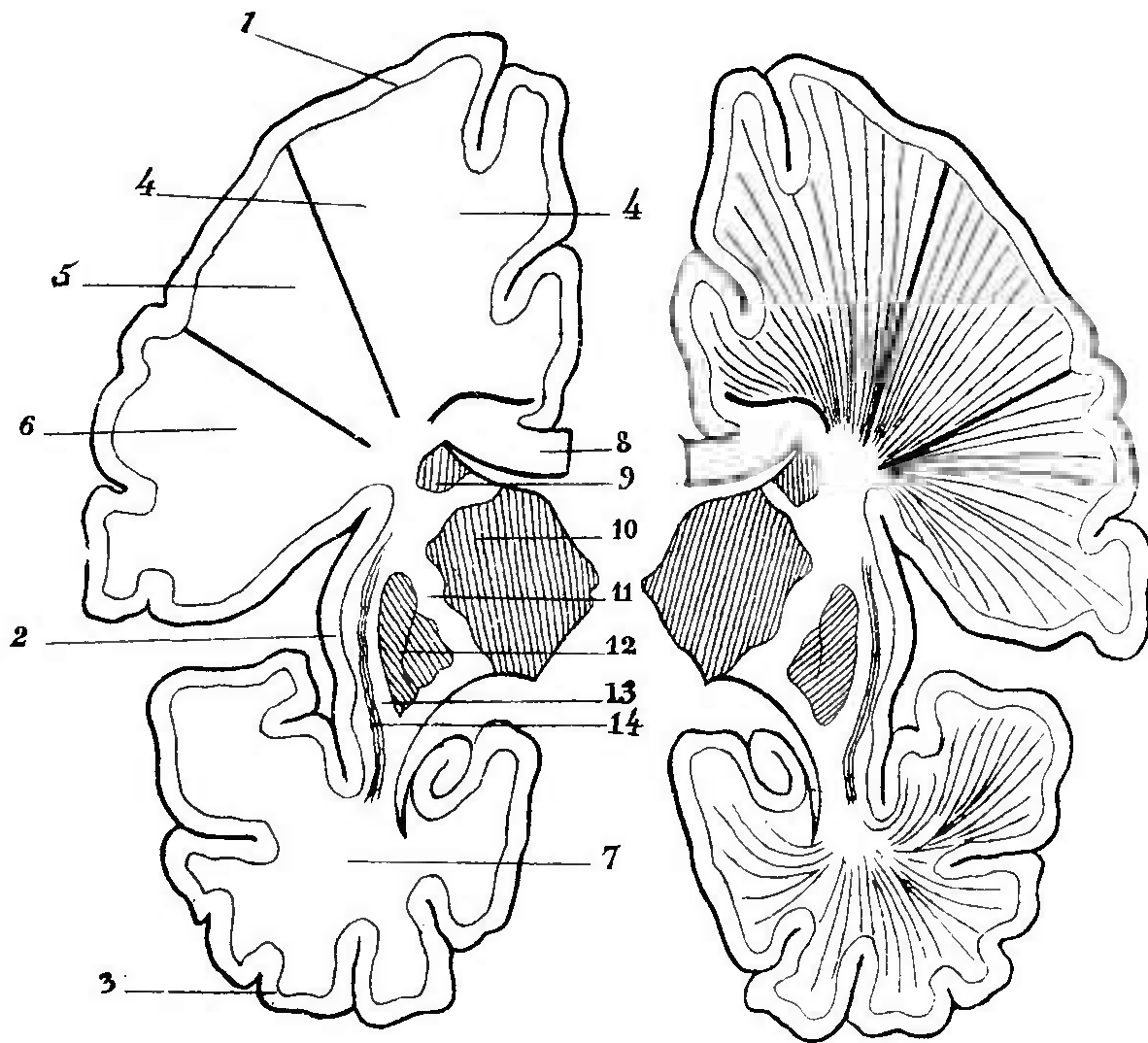
5

6

2

3

Fig. 5.^a



ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).