

GERALDINO BRITES

---

CATALOGO

DA

COLLECCÃO DA MORGUE

DE COIMBRA

---

1900 — Julho de 1911



COIMBRA

TYPOGRAPHIA FRANÇA AMADO

---

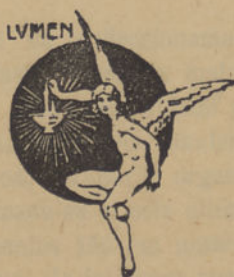
1911



GERALDINO BRITES

---

CATALOGO  
DA  
COLLECCÃO DA MORGUE  
DE COIMBRA



RC  
MNCI  
616  
ZRL

COIMBRA

TYPOGRAPHIA FRANÇA AMADO

---

1911



Este catalogo tem por fim archivar as descripções das peças, que constituem a collecção da morgue de Coimbra, e as constatações dignas de registo feitas no decurso das autopsias.

Quaes tenham sido as normas, que teem presidido á organização da collecção, e qual o plano d'este catalogo é o que nos propomos indicar em breves linhas.

Esta collecção é de criação recente. E' verdade que existia já um pequeno nucleo organizado pelo fallecido Prof. Lopes Vieira, mas o maior incremento deve-se ao actual professor de Medicina legal, Prof. Sobral Cid.

Não é exclusivamente formada de peças de interesse medico legal.

Qualquer tentativa de colleccionamento feita dentro d'esses limites resultaria sujeita ás mais acerbas e justificadas criticas, dada a impossibilidade de estabelecer os limites entre os dois objectivos anatomo-pathologico e medico-legal exclusivos. A parte organizada pelo Prof. Lopes Vieira subordinava-se a este ultimo criterio, razão porque os seus elementos são em numero tão reduzido. Tudo o que considerava de interesse anatomo-pathologico era remettido ao Museu de anatomia pathologica em cujas estantes se encontram numerosas peças, descobertas accidentaes interessantissimas das autopsias realizadas desde 1900, até que pelo seu fallecimento foi substituido na directoria da Morgue.

A actual collecção é essencialmente anatomo-pathologica; todas as lesões constatadas nas autopsias vão sendo cuidadosamente recolhidas e todos os especialistas sabem quão valiosas são por vezes as descobertas accidentaes das necropsias, quer em lesões pathologicas, quer em

desvios da conformação anatomica normal; se as primeiras são dignas de registo, a conservação das segundas não é merecedora de menor importancia.

Como collecção, tendo um fim didactico, procura satisfazer todos os requisitos necessarios para o preencher. Não pode portanto ser representada por uma ou mais estantes cheias de peças, verdadeiros armazens de negociante falbo de methodo, em que os frascos se alinham dispostos n'esta ou naquella ordem, nem sempre escolhida de modo a satisfazer o fim que tem em vista.

O dever cumprido não consiste unicamente, para o colleccionador, em juntar muitos frascos com lesões, dispostos de modo que difficilmente se saberia, em que taes lesões consistiriam, sem a leitura do rotulo.

Em collecções d'esta natureza é absolutamente indispensavel recorrer a todos os meios conducentes a pôr bem em evidencia as lesões, destacando-as no conjuncto, que tantas vezes occulta a lesão principal. E' preciso que facilmente se descubram e rapidamente apprehenda o seu valor qualquer observador pouco experiente.

Para isso é necessario: que os fragmentos sejam destacados do cadaver e dispostos de modo que avultem os principaes detalhes não os sobrecarregando de minucias superfluas; recorrer á conservação em liquidos que modifiquem o menos possivel a côr natural, á montagem em certos casos em glicerina phenicada, á conservação das peças mais delicadas nos meios gelatinados, á moldagem em gesso ou parafina, á photographia, ao desenho ou agnarella, á exposição em frascos dispostos de modo a evitar a deformação pela interposição de vidros irregulares.

Qualquer collecção, em que não sejam postos em pratica todos estes recursos, será necessariamente incompleta.

Assim que reduzidissimo valor tem n'uma collecção o cadaver duma creança hydrocephala mettido n'um grande frasco cylindrico cheio d'alcool! E' uma peça para os ignorantes e de valor scientifico nullo.

Comparemolo com o que teria o mesmo hydrocephalo conservado em Kaiserling em frasco parallepipedico, indicando no rotulo a idade da creança, o seu peso, a quantidade de liquido cephalorachideo e detalhes da necropsia, acompanhado de preparações e photographias e desenhos do cerebro, do aspecto das circumvoluções, das cavidades ventriculares, de microphotographias das alterações histologicas do cortex cerebral e da medula espinhal.

A differença de valor é flagrante.

Como este exemplo poderiamos citar inumeros outros.

Por este parallelo antecipamos já a indicação de uma outra condição de capital importancia, a que devem subordinar-se estas collecções. A collecção macroscopica deve ser acompanhada d'uma collecção de preparações microscopicas correspondendo-se integralmente.

Mais ainda, qualquer collecção será uma negação da orientação didactica desde que todos os materiaes não possam ser aproveitados em trabalhos ou pesquisas de anatomia microscopica, base imprescindivel de todos os estudos anatomo-pathologicos quer para o especialista, quer para o medico. Para isso ou nos devemos sujeitar a que os frascos sejam abertos sempre que seja necessario, o que tem graves inconvenientes, ou deveremos organizar um archivo, com a maior ordem e o mais escrupuloso methodo, constituido por fragmentos das peças colleccionadas.

Taes são as condições, que consideramos indispensaveis, para que uma collecção anatomo-pathologica, mereça verdadeiramente este nome e aquelles que nos guiaram na organização da collecção da Morgue de Coimbra.

N'essa orientação o catalogo não será sómente descriptivo mas tambem iconographico, porque é impossivel por simples descripções fazer perfeita ideia d'uma peça. As descripções serão acompanhadas do estudo microscopico e de gravuras e eschemas destinadas a dar uma ideia tão completa quanto possivel da collecção.

Alguns d'esses estudos parciaes não terão correspondentes nas collecções e poderemos citar como exemplo as

lesões mínimas e um certo numero de provas medico-legaes, taes como a docimasia histologica, cuja ellucidação é pedida ao estudo microscopico e cujos resultados são relatados.

A descripção de cada peça será precedida d'um resumo extracto do caso medico-legal a que se refere, tirado dos registos da Morgue.

Em trabalhos d'esta natureza uma difficuldade quasi insuperavel se depara na ordem, pela qual se devem dispôr as peças e por que devem ser descriptas. N'este caso a difficuldade é illudida pela necessidade de fazer acompanhar as peças, que vão augmentando a collecção, da respectiva descripção. A ordem do catalogamento será portanto a ordem chronologica, pela qual se fazem as autopsias e a addição de novos elementos á collecção. Deve ser esta tambem a ordem de numeração das peças, embora a sua disposição seja por grupos de lesões d'orgãos, a classificação que, longe de ser impecavel, é a que menos se presta á critica.

Na descripção das peças que constituíam o nucleo primitivo transcrevemos as explicações indicadas pelo proprio punho do fallecido Prof. Lopes Vieira. Cremos prestar assim homenagem ao seu espirito organisador.

Encarregados pelo Prof. Sobral Cid de preparar e estudar as peças recolhidas e organizar a collecção, fizemol-o dentro dos moldes que rapidamente descrevemos, com a plena acquiescencia d'este professor. No constante progredir do movimento da Morgue, a sua collecção crescerá tambem parallelamente e esperamos que o catalogo acompanhará os progressos da collecção embora esta orientação não seja seguida.



## 1.ª PARTE

## Collecção organizada pelo Prof. Lopes Vieira

1

Coagulo organizado da arteria pulmonar do cadaver humano de adulto (4).

2

Coagulo organizado da aorta.

3

Ponto de ossificação da cartilagem epiphysaria da extremidade inferior do femur de feto humano a termo, não putrefeito o cadaver e conservado em alcool (1902).

4

Ovario e corpo amarello de fecundação em mulher gravida de 5 1/2 mezes (1901).

5

Ovario e corpo amarello de fecundação, de cadaver de mulher gravida de 6 mezes, que succumbiu á tuberculose pulmonar.

6

Hymen annular ou circular não desflorado (1902).

7

Hymen semilunar não desflorado.

8

Hymen desflorado por fenda lateral.

---

(1) Pela sua forma em tronco bifurcado este coagulo muito volumoso, de 6 centímetros de comprimento, estava situado no ponto de bifurcação da arteria pulmonar.

Hymen desflorado, de rapariga de 19 annos, nullipara, mostrando a fenda com pequeno tuberculo na ponta do retalho (1902).

Feto humano de 4 mezes approximadamente (1)

Feto humano de 7 mezes approximadamente.

Hymen desflorado de rapariga de 12 annos que morreu afogada n'uma valla em que lavava (1904).

Mola uterina que simulava uma pequena placenta e foi expulsa por uma mulher solteira, dando aso a que as vizinhas a accusassem de ter provocado aborto e levassem o commissario de policia a requisitar do director da Morgue o exame do mesmo producto, acerca do qual lhe foi communicada a sua natureza e dada a indicação de que não significava aborto, nem tinha havido este. Caso de março de 1904.

Craneo de A... que appareceu morto na madrugada de 12 de fevereiro de ... em ... e que o Conselho Medico-legal, perante o qual foi autopsiado na Morgue o cadaver do mesmo, calculou ter sido morto por estrangulamento, depois do que atirado ao chão e machadado na cabeça com pequena machada de cabo curto como a das cosinhas ou dos bombeiros.

Fragmento da columna vertebral e costellas do menor F..., de 2 annos de idade, natural de ... que apresenta

---

(1) E' um bello exemplar de mumificação intra-uterina.

fractura intervertebral dorsal com rasgadura lateral dos tecidos molles, acompanhando-se de hemothorax duplo de mais de 300 grammas de sangue, em parte coagulado, coagulos molles e recentes, sem signal de contusão nas partes molles correspondentes do dorso. Autopsiado em...

16

Falsa mola uterina que fez crer á senhora que a expulsou e a seu marido haver tido um aborto.

Examinada a superficie de secção longitudinal mostrava nitidamente ser constituida na parte peripherica por sangue condensado ou compacto, e ter ao centro (na peça conservada a pequena cavidade correspondente ao nucleo central mais claro) uma pequena cavidade cheia de substancia mucoide densa, em que não havia vestigio ou indicio algum de embryão.

17

Hymen semilunar de rapariga virgem de 17 annos, fallecida na 4.<sup>a</sup> enfermaria do Hospital da Universidade de lesão vertebral (nov. de 1904).

18

Orgãos sexuaes externos de uma macaca, notaveis pelo extraordinario desenvolvimento do clitoris, que lhe dá o aspecto de um penis, até com a extremidade em forma saliente de glande, com sulco inferoposterior e longitudinal, deixando patente o meato urinario, bem como a entrada vaginal, ainda provida de um hymen circular, constituindo tudo o que vulgarmente julgam accumulção de dois sexos ou hermaphroditismo, não o sendo aliás.

19

Mola concepional, em que todavia se não encontrou vestigio de embryão, expellida por senhora primigravida, que assim se julgava de 2 para 2  $\frac{1}{2}$  mezes em 1905.

## 20

Retalho da região parietal direita do coiro cabelludo de um homem de S. . . , de idade de 60 e tantos annos, que appareceu morto n'uma loja da casa onde o albergavam por caridade, dizendo-se que morrera por se ter precipitado ou cahido por uma escada ingreme de madeira, havendo duvida sobre se a ferida contusa da parte anterior da região parietal fôra produzida por pancada de bordão sobre a cabeça, se por pancada em pedra ao cahir, e averiguando-se depois que fôra esta ultima, por haver pedras encravadas no terreno da loja e salientes ao fundo da escada e não haver motivo para suspeitar que alguém o houvesse agredido. Nota-se que a circumstancia de se acharem tambem os 2 retalhos da ferida voltados para a frente está inculcando que não era natural que fosse o ferimento feito a pau, porque o não seria tambem que fosse agredido e lhe batessem pela frente e de modo a produzir aquelles retalhos.

## 21

Fragmento destacado de bala Kropatscheck, proveniente de tiro disparado nos tumultos de 12 de março de 1903 em Coimbra e que não feriu ninguem.

## 22

Balas Kropatscheck deformadas após o tiro.

## 23

Dedo d'uma menor que foi decepado por uma cancella de ferro, na estação do caminho de ferro.

## 2.ª PARTE

Collecção organizada sob a direcção do Prof. Sobral Cid

24

## Abscesso cerebral

A. V., 25 annos, casado, residente nos arrabaldes de Coimbra; em consequencia de velhas rixas, foi violentamente agredido na cabeça com uma foice do que resultou uma solução de continuidade do couro cabelludo e do craneo. A aggressão foi seguida d'uma longa doença cujos pormenores nos são desconhecidos, sabendo apenas que foi longa a sua permanencia no hospital, para onde entrara immediatamente após a aggressão.

Depois d'esse periodo de tratamento, cicatrizado o ferimento do couro cabelludo, retirou para a sua residencia onde continuou a soffrer até que sobreveio a morte alguns mezes depois da aggressão.

O exame cadaverico é feito 48 horas depois da morte.

A observação externa do corpo e dos membros nada denuncia de anormal a não ser o extremo emmagrecimento. A flexão forçada do braço esquerdo é menos completa que a do direito.

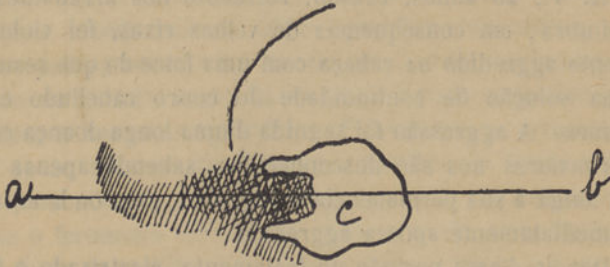
Na região parietal esquerda, segundo uma linha muito ligeiramente obliqua de deante para traz e de fora para dentro, ha perda de cabelo, apresentando o tegumento todos os caracteres do tecido cicatricial. Sendo preta a côr geral do cabelo, aquelle que rodea este tecido é alourado.

Fazendo a palpação n'esta linha nota-se que ao centro corresponde uma depressão infundibuliforme, cujo fundo é muito menos consistente que os tecidos circumvisinhos.

A disseccção é altamente ellucidativa. A camada profunda do couro cabelludo adhere intima e fortemente ao tecido que forma o fundo da depressão. Egalemente forte

e difficil de romper é a adherencia da dura mater ao contorno da depressão, depois de destacada a calote craneana.

Desembaraçando do couro cabelludo por um lado, e por outro da dura mater, apparece a solução de continuidade ossea. Em  $\frac{3}{4}$  do seu contorno, é sensivelmente circular. No  $\frac{1}{4}$  anterior é mais irregular (Fig. 1). Os



(Fig. 1)

bordos não estão ao mesmo nível; o bordo anterior é fortemente deprimido. Se olharmos o orificio pela face endocraneana do parietal, vemos que á depressão do  $\frac{1}{4}$  anterior do ferimento corresponde uma grande saliência (Fig. 2) irregular, de bordos arredondados, como se



(Fig. 2)

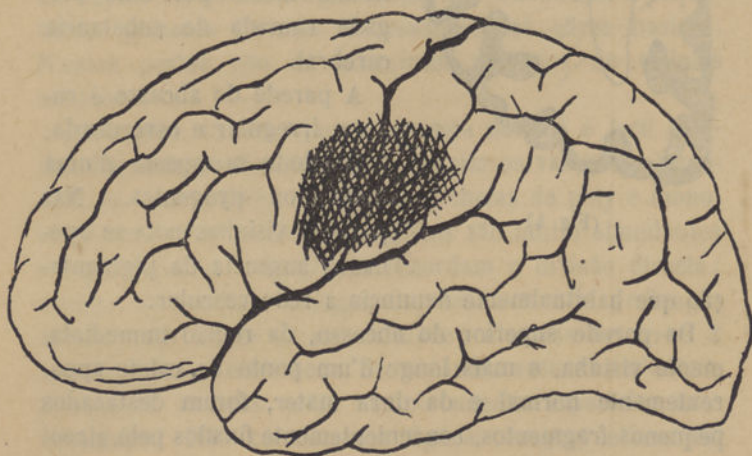
tivessem sido eliminadas as arestas vivas. O resto do contorno é talhado em bisel á custa da taboa interna do parietal. Não ha vestigios d'esquirolas.

O estudo dos factos citados suggere desde já algumas interessantes constatações.

O traumatismo não se exerceu por igual em toda a superfície de contacto do instrumento contundente com o parietal. A parte mais anterior d'este instrumento perforou por completo este osso; para deante da perfuração o choque foi tanto menos violento quanto mais anterior.

O intervallo entre a aggressão e a morte foi tal que se fez a cicatrização do tegumento e mais ainda a união íntima dos fragmentos osseos ao bordo anterior, dando como resultado uma apparente exostose.

No ponto correspondente á solução de continuidade



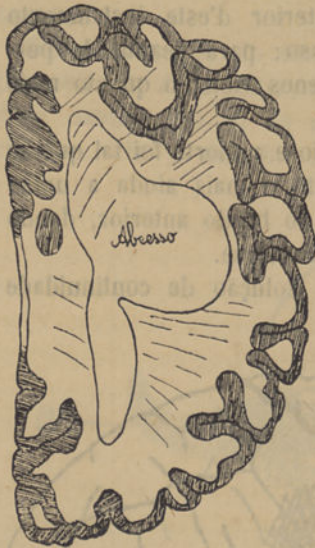
(Fig. 3)

ossea (Fig. 3) a dura mater adhere intimamente á pia mater, sendo esta adherencia e a região circumvisinha de côr um pouco mais escura.

O hemispherio esquerdo é um pouco mais volumoso e menos consistente que o direito.

Fazendo com a faca de cerebro um corte passando tangencialmente pelo corpo calloso, logo que a penetração da faca attingiu alguns centímetros sahio deante

d'ella um jorro de pus, espesso, esverdeado, bem ligado.



(Fig. 4)

Este pus provem d'uma ampla cavidade que occupa o centro oval de Vieussens (Fig. 4) tendo 2 prolongamentos um posterior, curto que se dirige para o lobo occipital, outro mais longo, mais estreito, em dedo de luva que se dirige para o polo frontal, separado do ventriculo medio por uma delgada camada de substancia cerebral.

A parede do abscesso é rugosa, irregular e esverdeada, tendo todo o aspecto d'uma membrana pyogenica. Nas porções visinhas nota-se apenas a ausencia da pigmentação que habitualmente denuncia a rede vascular.

Da parede superior do abscesso, da região immediatamente visinha, e mais longe d'um ponto da calote aparentemente normal e da dura mater, foram destacados pequenos fragmentos, convenientemente fixados pelo alcool e formol, incluídos na celloidina, cortados e corados pela hematoxylina-eosina, hemato-picro-fuchsina de Van Gieson e pelo methodo de Nissl.

Nas preparações assim feitas um facto se constata: é a invasão por polynucleares muito intensa na visinhança das paredes do abscesso, muito discreta nos pontos afastados, mas existindo mesmo nos pontos distantes aparentemente normaes. N'estes pontos os polynucleares são intactos. Junto da parede do abscesso encontram-se nucleos fragmentados e numerosos detricos provenientes da sua desagregação. Esta distribuição é, porem, desigual especialmente



na porção de tecido que separa o abcesso da superfície exterior. Aqui dispoem-se tractos fortemente infiltrados e outros em que a infiltração é pequena, a par de focos em que é intensissima, constituindo pequenos abcessos em formação. Na pia mater, na arachnoidea observa-se a mesma invasão polynuclear, assim como na dura mater que adheria ao contorno do orificio.

Mas esta infiltração não é exclusivamente polynuclear; é frequente encontrarmos formas de transição e lymphocitos. As cellulas nevroglícas são em grande numero. Nas partes centraes a sua destruição é constatavel nas suas differentes phases, desde a desaparição do contorno do nucleo ou da sua fragmentação até á reducção a pequeninos granulos fixando intensamente as côres basicas. N'estas partes não se encontram vestigios de cellulas nervosas.

Na região visinha aparentemente normal é facil estudar algumas particularidades. Assim os vasos são turgidos, as suas bainhas lymphaticas cheias de poly e mononucleares. As cellulas nevroglícas são muito abundantes e apresentando formas que recordam a divisão directa; n'umas os nucleos alongam-se, tendo o seu prolongamento uma massa na extremidade; n'outras notam-se 2 nucleos tendo uma zona de contacto extensa; n'outros pontos os nucleos estão completamente separados mas contiguos. Não constatamos figuras caryocyneticas em quaesquer cellulas nevroglícas ou nervosas.

Como dissemos na porção do cortex correspondente ao abcesso a infiltração polynuclear é tal que não é possivel distinguir cellulas nervosas. N'uma região mais afastada já é possivel observar as suas alterações. As massas chromaticas de Nissl, tornam-se indistinctas; as cellulas têm o aspecto d'uma massa uniformemente corada, de contorno irregular, muitas vezes chanfrado, onde se destaca o nucleo. O contorno do nucleo é muitas vezes invisivel. A destruição pode ir até á reducção da cellula a uma massa de detricos, depois de passar pela phase

em que o nucleo perde a sua afinidade para os corantes (1).

25

#### Laceração pulmonar

A peça assim designada na collecção é digna de interesse pelo mechanismo productora da lesão que representa e pelo conjuncto de circumstancias que acompanharam o traumatismo.

Foi o pulmão esquerdo o attingido. A laceração deu-se na porção alojada na gotteira costo-vertebral. A linha de ruptura é representada por um arco cujas extremidades correspondem ao bordo posterior; é dividido em duas partes sensivelmente eguaes pela scissura interlobar. No lóbo inferior a laceração é completa; um gommo do parenchyma pulmonar apenas é ligado á massa principal por um estreito e fragil pedicelo. No lóbo superior a fenda de ruptura não chega a interessar a face interna do pulmão. No fundo da scissura interlobar existe longitudinalmente uma rasgadura que attinge o arco precedentemente descripto.

Este pulmão provem do cadaver d'uma creança de 6 mezes que estando a brincar ao abrigo d'um tapume, este foi derrubado por um carro de bois, contundindo-a na sua queda, de tal maneira que instantes depois era cadaver.

No começo da autopsia foi cuidadosamente feita a palpação em todo o corpo, não sendo encontrada qualquer fractura. O exame cadaverico externo não foi tambem ellucidativo; n'um ponto ou n'outro ligeiras petechias; excoriação interessando unicamente a epiderme do dedo medio da mão esquerda; junto da commissura labial esquerda mancha amarellada secca e deprimida interessando a epiderme e a derme.

A abertura da cavidade craneana demonstrou apenas um estado ischemico de todo o encephalo.

---

(1) A esta descripção correspondem na collecção as peças com os n.º 24 e 24 a, e a caixa de preparações com o n.º 24 b.

A causa da morte residia na cavidade thoracica.

Duas constatações fizemos immediatamente ao realizar a abertura d'esta cavidade: a existencia de suffusão hemorragica em plena massa muscular dos peitoraes, denunciada na occasião em que desnudavamos a grelha costal para a seccionarmos com o costotomo, de modo a abrir mais amplamente a cavidade, suffusão inexplicavel até então, pois que não lhe correspondia qualquer ecchymose superficial. A existencia de um thymo enorme que depois reconhecemos ser quasi do volume do pulmão esquerdo; os prolongamentos cervicaes ultrapassavam a forcula do esterno attingindo o bordo inferior da cartilagem cricoidea.

A cavidade pleural esquerda estava distendida por sangue onde fluctuavam flocos de substancia mal definida, uns semelhantes a farrapos de fibrina, outros analogos a fragmentos de tecido pulmonar.

Procurando afastar o pulmão, comprimindo-o o sangue augmenta e transborda para fóra da cavidade; extrahindo-o deparamos com a ruptura já descripta, d'onde continuava a correr sangue em abundancia á mais simples pressão. O pulmão é intensamente avermelhado e engorgitado, differindo notavelmente do pulmão direito, macroscopicamente normal.

Qual a causa d'esta laceração? Procuramol-a cuidadosamente e depois de algum trabalho conseguimos descobrir-a na fractura d'uma costella, reconhecivel mais facilmente pelo derrame sanguineo subpleural circumvisinho que pela solução de continuidade ossea. A fractura dera-se na 5.<sup>a</sup> costella a 3,5 cm. da articulação costo-vertebral. O derrame sanguineo circumvisinho era intenso e estendendo-se de camada em camada attingira o pequeno peitoral, rodeando a metade esquerda do thorax, explicando assim a suffusão sanguinea que a principio ficara inexplicada. O fragmento interno da costella fracturada determinara pela sua saliencia na cavidade thoracica uma pequena solução de continuidade da pleura perietal, de

forma elliptica tendo o seu maior diametro apenas alguns millimetros de comprimento (3 ou 4).

Achamo-nos portanto em presença d'uma fractura fóra do ponto de eleição que, como é sabido, é na porção media das costellas quer o choque seja directo ou indirecto. A posição d'esta leva-nos a crêr que o choque foi directo, não estando o thorax apoiado, não tendo, portanto, sido posta á prova a resistencia elastica dos arcos costaes.

A séde da fractura fica a 1,5 a 2 cm. do bordo interno da omoplata, collocado o braço horizontalmente ao longo do corpo. E' por consequencia possivel que a acção traumatica attingisse primeiro este osso. A laceração é do bordo posterior do pulmão e não da face externa como geralmente succede. É tambem digna de reparo a fractura d'uma só costella, o que não constitue o caso mais usual em grandes traumatismos.

Mas ha mais a registrar e especialmente a discordancia entre a pequenissima solução de continuidade pleural e a enorme laceração pulmonar. Diz Koenig que no momento d'um traumatismo thoracico com fractura costal se produz um deslocamento consideravel mas que a costella volta á sua posição normal graças á elasticidade e ao movimento de expansão thoracica, logo que a causa deixa de actuar. Será esta opinião applicavel a este caso? Representa uma hypothese altamente verosimil.

A suffusão hemorrhagica parece não denunciar a existencia de ruptura de vasos intercostaes, protegidos pelas partes molles que se não romperam, mas sim a excessiva pressão do hemothorax, obrigando o sangue a sahir pela abertura pleural.

De emphysema subcutaneo, ponto tão litigioso na historia das fracturas complicadas das costellas, não existia qualquer signal.

N'este caso parece-nos indiscutivel que a causa da morte foi a hemorrhagia e asphyxia consecutiva. E' verdade que Tillaux só considera graves as feridas pulmonares

quando attingem a face interna ao nível do hilo, por ser a região mais rica em vasos importantes, contudo n'este caso a laceração era tão extensa e tão profunda que se tornou equivalente o numero de vasos interceptados á importancia d'estes.

26

Metrite. Salpingite de forma hypertrophica.  
Ovario hematocystico.

O aspecto do conjuncto utero e ovario é caracteristico. O ovario e a trompa esquerdas, formando um todo globuloso em que é difficil distinguir as partes componentes, constituem um massiço appenso ao utero, deslocado em latero versão direita. Pela simples inspecção exterior não poderiamos dizer o que era o ovario, a trompa e os ligamentos largos. Só o corte podia ser concludente. N'este se reconhece que o trajecto da trompa é sinuoso, bosselado, com numerosos diverticulos cheios de pus cremoso. As paredes bastante duras são reunidas nas suas sinuosidades por um tecido espesso, compacto. As dilatações empolares do conducto são cada vez menos amplas para o lado do utero. Este conjuncto corresponde quasi integralmente á forma hypertrophica da salpingite descripta pela primeira vez por Kattenbach.

O ovario repellido por este desenvolvimento pathologico da trompa refugiou-se junto do collo do utero. Está reduzido a uma ampla cavidade cheia de um liquido gelatinoso fortemente pigmentado de vermelho. O ligamento largo é espesso, engrossado e faz corpo com estes annexos doentes.

A mucosa uterina é sinuosa, como que coberta de villosidades e continha no momento da autopsia algum pús, amarello esverdeado, egual ao que sahia do orificio do collo. Então a cavidade não era uma simples fenda como se tornou depois da immersão da peça nos liquidos fixador e conservador Kaiserling.

O focinho de tenca é de consistencia cartilaginea.

O ovario direito é macroscopicamente normal.

Esta peça provem d'uma meretriz de 37 annos, cujo organismo se mostrou muito lesado em todos os departamentos organicos.

Falleceu em condições que suscitaram a analyse chimica dos contenos gastrico e intestinal. O estomago e o colon mostravam-se dilatados e cheios de liquidos; o figado com lesões muito localizadas de perihepatite; o baço muito friavel, congestionado, descapsulando-se com a maior facilidade; os rins com alterações de congestão; o coração com lesões pouco accentuadas de esclerose dos vasos; o cerebro com a excessiva abundancia de liquido cephalo rachideo, distendendo a pia mater e os ventriculos e ischemiando a teia choroidea.

26 a)

#### Calculos biliares

Na descripção precedente omittimos propositadamente o relato do estado das vias biliares, merecedor de especial menção. Foram 3 os calculos encontrados na vesicula biliar, pesando conjunctamente 5 grammas depois de seccos.

Devemos ao Prof. Charles Lepierre a indicação de sua composição chimica que se traduz nas seguintes indicações:

São formados de cholesterina e vestigios de saes de calcio.

O mais volumoso é ovoide muito ligeiramente deprimido nos dois polos. Os restantes tem a forma de hemispherios, cuja face plana é ligeiramente excavada.

A secção é brilhante, facil de fazer e mostra a disposição em camadas concentricas alternadamente claras e escuras.

Dois dos calculos encontravam-se em um diverticulo, encastoados na parede e quasi completamente cobertos pela mucosa.

O calculo ovoide era inteiramente livre na cavidade. A vesicula biliar era muito alongada, fazendo o seu vertice

uma alta saliência no bordo anterior do figado, cuja chanfradura era muito profunda.

#### Placas leitosas do folheto visceral do pericardio

O coração em que se observam estas placas é hypertrophiado, sede de sobrecarga gordurosa circumscrevendo o sulco das coronarias, com valvulas insufficientes, esclerose dos vasos coronarios e alterações atheromatosas abrangendo todas as lesões desde as iniciaes até á calcificação das placas.

Descrevel-as é repetir as descripções de Corvisart, Friedreich, Forster e Hogdkin, Bizot, pois que os caracteres são perfeitamente identicos. Tem o mesmo aspecto nacarado, pergaminhado, sendo as rugas mais nitidas nas partes centraes que nos lados. Deslocam-se com facilidade sobre o plano subjacente. A sua distribuição afasta-se das regras geraes estabelecidas por estes auctores e mais ainda das conclusões d'aquelles que, como Friedreich e Corvisart, pretendem vêr n'estas maculas brancas ou placas tendinosas a consequencia d'uma irritação mechanica provocada pelo contacto permanente com pontos resistentes e duros. Assim n'este caso é a face posterior a que é a sede das mais extensas placas; quasi toda a face posterior do ventriculo esquerdo é coberta, assim como uma zona estreita ao longo do ventriculo direito até aos grossos vasos e o appendice auricular direito. Pelo contrario na face anterior ha apenas 2 manchas mas estas de contornos bem nitidos e precisos, uma proxima da ponta do coração tendo 3 cm. de diametro, outra no vertice do appendice auricular esquerdo.

No folheto parietal não existem, assim como não existiam nem liquido em quantidade apreciavel nem adherencias.

O caracter que mencionamos de facil deslissamento das placas sobre o plano subjacente poderia suscitar a duvida se estariamos em presença de reliquat de antiga pericar-

dite. Comtudo o aspecto das placas que n'esse caso seriam despolidas, sem brilho, avelludadas; a ausencia de quaesquer signaes de exsudado recente ou antigo, deposito, pontes, adherencias ou filamentos fluctuantes, eliminam esta hypothese, levando a considerar estas manchas como as placas leitosas typicas tão frequentes nos velhos.

Na realidade foi a autopsia d'uma mendiga de 71 annos que forneceu esta peça á collecção. Resumamos a parte do protocolo relativa a este caso, reservando novos detalhes para outras visceras do mesmo cadaver não menos interessantes :

Cicatrizes de feridas antigas na face anterior das coxas e pernas. Á abertura da cavidade thoracica nota-se que os pulmões não abatem com a entrada do ar na cavidade pleural; tornam-se pelo contrario turgidos e com tendencia para sahir para fora da cavidade. Mediastino sobrecarregado de gordura. Os pulmões são esbranquiçados á superficie; existem adherencias lamellosas, resistentes muito numerosas unindo os folhetos pleuraes e os lobos pulmonares. Nas cavidades grande quantidade de liquido citrino e limpido fazendo fluctuar os pulmões. As adherencias são maximas ao nivel do vertice esquerdo. Tuberculo cretificado n'este vertice. Estenose pylorica. Intestino delgado com um diverticulo n'uma das ansas. Ovario esquerdo kystico.

Pachymeningite. Lesões atheromatosas  
dos vasos da base do cerebro

É ainda a mesma mendiga, de cuja autopsia mencionamos acima alguns detalhes, que fornece um exemplar d'estas lesões. Ainda sob este ponto de vista são interessantes as constatações necropsicas.

A abertura da caixa craneana é seguida de escoamento abundante de sangue accumulado na região occipital. Examinando a secção de calote craneana nota-se assyme-



tria posterior; a bossa occipital não é mediana, mas lateral esquerda; na face interna do frontal exostoses volumosas e numerosas; na parte superior da face interna do occipital depressões muito regulares e bem limitadas, a que não correspondem aneurismas apreciáveis.

A dura mater é muito e desigualmente espessa e em muitos pontos fortemente adherente á pia mater. Estas adherencias observam-se só na convexidade e especialmente na visinhança da fouce do cerebro, no hemispherio esquerdo. N'este ponto a adherencia é tão forte e extensa que dissecada a dura mater fica uma massa irregular que occulta por completo os scissuras n'um circulo de 3 cm. de diametro. A pia mater é em geral acinzentada e cheia de pequeninas massas esbranquiçadas especialmente nos sulcos intercircumvolucionares. Este espessamento observa-se tambem nas meninges rachidianas. Na substancia branca do encephalo ligeiro pictado hemorrhagico.

Todos os vasos do cerebro mas especialmente os da base mostram lesões d'atheroma em todo o tracto nos mais volumosos, destacando-se pelo amarellado intenso na côr azulada da parede poupada, ao nivel das bifurcações e curvaturas nos mais finos.

#### Nephrite atrophica com kystos corticaes

São os rins da mesma mendiga que nos mostram esta lesão apresentando todos os seus caracteres lypicos.

E' o rim pequeno, com granulações superficiaes volumosas e irregulares, caracteristicas. Seccionado vamos encontrar igualmente a sobrecarga gordurosa do hilo, a esclerose dos vasos, a sementeira de kystos na zona cortical, aliás difficil de distinguir de zona medullar pela ausencia de limites precisos, uns pequenissimos não fazendo saliencia á superficie, outros volumosos dos quaes um attinge a capacidade de 30 centimetros cubicos.

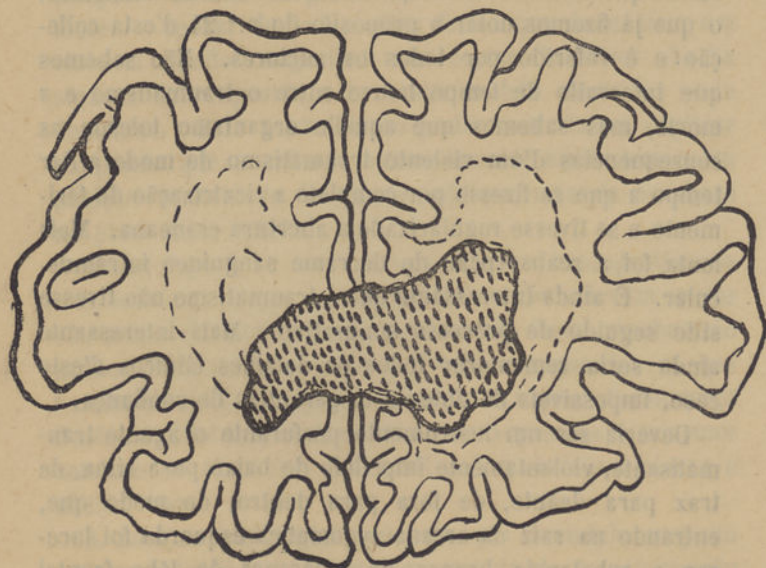
Laceração cerebral por traumatismo perforante  
da abobada craneana

F. . . de 50 annos de idade foi violentamente aggreddo mas o seu fallecimento sobreveio tempo depois da aggressão. Natureza do instrumento contundente, tempo que medeou entre a aggressão e a morte, detalhes d'este periodo e das perturbações morbidas supervenientes, tudo nos é desconhecido. O exame cadaverico foi pedido para ellucidar a causa da morte e mais circumstancias accessorias. Um exame externo meticoloso embora pouco indicasse, definiu o caminho a seguir na pesquisa. Assim pondo de parte ecchymoses muito superficiaes no dorso e uma cicatriz linear de 4 a 5 cm. de comprimento com proliferação excessiva da derme na face posterior do braço direito, encontramos com grande difficuldade na base da arcada zygomatica esquerda uma pequena cicatriz linear de 1 cm. de comprimento, obliquamente dirigida de baixo para cima e de deante para traz, já completamente formada e onde não existe nem sequer a habitual perda de cabello. Feita a incisão do couro cabelludo perpendicularmente á sutura interparietal, de orelha a orelha, e postos a descoberto os musculos temporaes, notamos que o musculo temporal esquerdo é azul violaceo, ecchymotico, encontrando-se esta coloração em toda a espessura da lamina muscular. O musculo assim alterado e sem solução de continuidade apparente cobre uma abertura circular da porção escamosa do temporal, quasi ao meio da linha correspondente á arcada zygomatica, portanto alguns centimetros para deante da cicatriz do tegumento piloso. Esta abertura não tem fendas irradiantes na lamina ossea nem esquirolas; todo o contorno é talhado em bisel á custa da taboa interna, e todas as arestas são rombas e polidas. N'este ponto e na região proxima a dura mater é fortemente infiltrada de sangue.

No seio longitudinal superior e na metade posterior existia um coágulo fibrinoso alongado, applicado contra a

parede lateral. Incisada a dura mater depara-se com coágulos em toalha principalmente accumulados á direita e muito adherentes á sua face interna; alem d'isso pequenos focos hemorragicos subarachnoideos. Todos os vasos da superficie cerebral desenhão vigorosamente as suas mais finas ramificações.

No pé da scissura de Sylvius, n'um ponto correspondente á abertura craneana existe esphacelamento da substancia cerebral. Fazendo um corte transversal passando pelo pé d'esta scissura, a faca cae sobre um extenso foco da laceração cerebral em plena substancia branca, ultrapassando a linha media para o lado opposto (Fig. 5). Para



(Fig. 5)

deante está situado na espessura do lóbo frontal e para traz em continuidade com o ventriculo lateral. Em toda esta zona de contorno irregular a substancia é fragmentada irregularmente e os fragmentos banhados em sangue sem vestigios de pús. D'este foco de mortificação até á

laceração do pé da scissura sylvica existe um trajecto anfractuoso. Quer n'um ponto quer n'outro não existe qualquer corpo extranho nem outro trajecto.

Pulmões adherentes nos vertices e bordos posteriores dos lóbos superiores. Nos vertices, pequenos nodulos extremamente duros. Pequeno kisto no rim direito.

Por este extracto do protocolo da necropsia se pode concluir que a causa de morte residia no cerebro e na lesão traumatica que descrevemos e archivamos na collecção.

Este relato algumas considerações suscita. D'ellas a mais interessante é certamente a que se refere á extrema tolerancia que manifesta o encephalo em face dos traumatismos, o que já fizemos notar a proposito do n.º 24 d'esta collecção e é referido por todos os auctores. Não sabemos que intervalo de tempo houve entre o traumatismo e a morte, mas sabemos que aquelle organismo tolerou as consequencias d'um violento traumatismo de modo a dar tempo a que se fizesse por completo a cicatrização do ferimento e se tivesse regularizado a abertura craneana. Mais lenta foi a reabsorpção do derrame sanguineo intramuscular. É ainda interessante que o traumatismo não tivesse sido seguido de processo supurativo. Mais interessante ainda seria rememorar todos os detalhes clinicos d'este caso, impossiveis de obter com garantias de confiança.

Deveria ser um instrumento perfurante o agente traumatisante, violentamente impellido de baixo para cima, de traz para deante, de fora para dentro, de modo que, entrando na raiz da arcada zygomatica esquerda foi lacerar a substancia branca da espessura do lóbo frontal esquerdo.

A analyse histologica dos nodulos dos vertices pulmonares provou que se tratava de tuberculos curados.

Areias no parenchyma pulmonar n'um caso de asphyxia por submersão. Tuberculos discretos curados ou em via de cura.

A. de M. de 25 annos é tirado do rio onde se afogara.

O estado de conservação é perfeito (18 h. de immersão); os livores são pouco extensos mesmo nas partes declives. Areia entre o cabello. Das narinas sae sangue liquido e da bocca um cheiro muito pronunciado a vinho. Ecchymoses nas palpebras superiores e especialmente na esquerda. Congestão intensa da conjunctiva ocular e mesmo da iris. Todo o couro cabelludo é embebido de sangue. Grande turgidez dos vasos da dura e da pia mater. Apesar de todos estes factos que denunciam um violento estado congestivo, nos cortes de Pitres não ha signaes de congestão e os vasos de teia choroidea estão depletos. Esta contradicção poder-se-ha talvez explicar suppondo que o cadaver esteve durante muito tempo em posição vertical ou fortemente obliqua estando a cabeça no plano mais inferior.

Na larynge e na trachea cuja mucosa é congestionada não existem areias. Ao contrario nos pulmões as areias são muito abundantes, mas todas muito finas. Ambos são muito crepitantes excepto no vertice esquerdo em que existia um nodule suspeito. Coração exangue. O estomago bastante dilatado contem uma massa pastosa e enormes retalhos de alimentos não mastigados, de côr violacea e cheiro vinoso.

A analyse histologica mostrou que o nodule suspeito era constituido por tuberculos em via de transformação fibrosa. Em outros pontos existem outros nas primeiras phases de florescencia.

#### Symphise cardiaca total

O coração é completamente envolvido pelo sacco pericardico que adhere em todos os pontos ao folheto visceral. Se por uma abertura do involucro pericardico se tentar

introduzir os dedos, a separação faz-se com relativa facilidade como se a união fosse estabelecida por um tecido não continuo, fragil e pouco ou nada elastico. A face externa do pericardio parietal é coberta de espessa camada de tecido adiposo formando em alguns pontos volumosos nodulos. A adherencia é mais espessa ao nivel dos grossos vasos. Conservando-os intactos, este pediculo vascular, o pericardio e o coração constituem uma massa de 975 grammas.

Este aspecto leva a crer que o processo pericardico é antigo.

Não existem formações calcareas pericardicas, como igualmente não existem ao longo da aorta e especialmente na sua crossa, aliás attingida por lesões atheromatosas mas anteriores á phase calcarea.

As valvulas são insufficientes.

Esta peça provem do cadaver d'um individuo desconhecido fallecido no trajecto para o hospital onde ia ser recolhido por ter adoecido n'uma carruagem do caminho de ferro.

Alem de outras lesões a que nos referiremos a proposito d'outra peça proveniente do mesmo cadaver notou-se a existencia d'uma quantidade excessiva de liquido cephalo rachideo, hypotonia da substancia cerebral lesões pouco intensas de pachymeningite, dilatações aneurismaes e coalescentes dos vasos de sella turcica, tendo o aspecto d'uma massa neoplasica com tendencia para corroer o tecido osseo visinho, e na qual a analyse histologica mostrou a esclerose.

O figado é congestionado e com depressões á superficie como é habitual nos figados sujeitos a alternativas de processos congestivos violentos.

#### Symphise pleural total

No cadaver do mesmo individuo cujo coração foi archivado com o n.º 32 observa-se ainda uma adherencia

completa do pulmão direito, adherencia parcial do pulmão esquerdo e principalmente ao nivel do bordo posterior; congestão intensa na base d'este ultimo.

É interessante a symphyse pleuro-parietal total do pulmão esquerdo. As adherencias são continuas, muito espessas e lamellosas, d'uma côr acinzentada. Occultam por completo a superficie exterior do pulmão. Os ganglios do hilo são fortemente anthracosados.

O pulmão é muito volumoso, conservando todas as deformações que lhe são imprimidas e pesa 935 grammas. Fazendo uma secção vertical passando pelo vertice encontram-se as lesões caracteristicas do emphysema profundo, manifestando-se por cavidades muito regulares completamente vasias e pela coalescencia dos alveolos pulmonares constituindo um tecido esponjoso grosseiro. A zona peripherica subjacente ás membranas pleureticas é muito friavel e muito hepatisada. Este emphysema explica a perda de elasticidade que a principio nos surprehendera.

No pulmão direito era o vertice esquerdo o mais atacado pelo emphysema, mas aqui peripherico. São numerosas as vesiculas de todas as dimensões algumas muito volumosas, de parede muito tensa.

O interesse d'este caso decorre da raridade da symphyse pleural total e mais ainda de coexistencia de emphysema e de adherencia generalisada.

Certamente accrescerá se reunirmos as tres lesões: emphysema, symphises pericardica e pleural totaes, constituindo um processo de periviscerite thoracica tendo ainda como repercussão o processo de pachymeningite.

Esta symphyse pleural representa reliquat d'um processo de pleurisia chronica. Exsudativa ou secca vegetante? Os caracteres observados tendem para o diagnostico de pleurisia purulenta ou serosa com reabsorpção e destinada a terminar na ankylose pleural definitiva.

## 33 a)

Volumosas areias no parenchyma pulmonar  
n'um caso de asphyxia por submersão

Estas areias foram encontradas muito perto da superficie do pulmão, dando a impressão de serem sub-pleuraes, não as havendo aliás nas vias aereas superiores. Foi a constatação mais digna de nota que fizemos n'esta necropsia realisada n'um cadaver em muito adeantado estado de decomposição, depois de 24 horas de immersão, no mez de junho.

## 34

Fragmentos da columna vertebral destacados em consequencia d'esmagamento do corpo ao nivel do umbigo pelas rodas d'um comboio.

M. J. C. era uma velha de 75 annos, viuva, antiga creada de servir e que vivia ultimamente em sua casa proximo do rio Mondego, do qual era separada por um terreno atravessado pela linha ferrea da Louzã. Suppõe-se que indo lavar-se de manhã muito cedo ao rio, como tinha por habito fazer, e sendo muito surda não sentira approximar-se o comboio. Demais o choque inesperado era favorecido pela apertada curva que n'esse ponto descreve a via ferrea. Do comboio ninguem deu pelo desastre. Manhã adeantada encontraram-a atravessada na linha. A autopsia foi realisada no prazo legal.

O cadaver não apresenta livôres; os membros inferiores estão ainda rigidos. Na face, nas narinas e na bocca encontra-se muita areia grossa, arrastada da que constitue o assentamento da linha ferrea. O violento traumatismo dividiu o corpo quasi completamente em duas porções. Todos os tecidos ao nivel do ipogastro e dos hypochondrios, desde os musculos até á columna vertebral foram dilacerados. A união entre o fragmento superior e o inferior do corpo é feita unicamente por um retalho de pelle



abdominal, completamente isolada, sem musculos subjacentes e rôto em 3 pontos, onde existem 3 enormes orificios; d'estes um avizinha o umbigo e por elle saem algumas ansas intestinaes intactas. Para cima d'esta zona de choque observa-se uma linha de fracturas passando pelo epigastro e pelo acromion esquerdo; fracturadas segundo esta linha encontram-se todas as falsas costellas direitas, a extremidade inferior do esterno, todas as costellas esquerdas em mais de um ponto cada uma, e a extremidade externa da clavicula. O membro superior esquerdo está separado do corpo e o côto, que comprehende apenas o terço superior do braço, está reduzido a pequenos fragmentos fracamente presos uns aos outros. Para baixo da linha de choque abdominal nota-se fractura complicada do sacro e fracturas multiplas dos ossos iliacos reconheciveis pela palpação ao longo do bordo anterior da bacia.

São numerosos e profundos os ferimentos do pulmão esquerdo e abundante o derrame sanguineo no sacco pleural esquerdo. Pulmão direito e coração estão intactos.

Procurando approximar os 2 pedaços do corpo nota-se desde logo que se coaptam sem difficuldade de modo que os iliacos se juntam ás falsas costellas como se no intervallo não existisse columna vertebral.

Na verdade assim é. O choque não se limitou a cortar a columna vertebral. Esmagou umas vertebraes, arrancou outras das suas articulações, desprendeu-as das suas prisões musculares e nervosas, estendendo esta destruição até á 6.<sup>a</sup> dorsal e até ao sacro. Os fragmentos foram encontrados entre as ansas intestinaes, uns pequenissimos, outros volumosos, mas nem sequer uma vertebra intacta ou fragmentos que por coaptação pudessem constituir um simulacro de columna lombar. A medula espi-nhal foi destruida como o seu envolucro osseo.

É o agrupamento dos fragmentos vertebraes tendo adherentes os retalhos musculares, que constitue o exemplar, que na collecção tem o numero 34, como exemplo



da acção dos violentos traumatismos sobre a columna vertebral e as massas musculares que n'ella se inserem.

Fragmentos de intestino delgado retalhado em consequencia de esmagamento do corpo ao nivel do umbigo pelas rodas de um comboio.

No abdomen do cadaver a que nos referimos acima encontravam-se numerosos fragmentos intestinaes. O duodeno estava intacto mas não assim os intestinos delgado e grosso. N'um e n'outro encontravam-se duas formas differentes de traumatismo. Em uns pontos o corte era nitido como que feito por um instrumento cortante; a mucosa pouco ou nada excede as tunicas serosa e musculosa e é quasi lisa no seu interior. Foram estes os pontos que receberam directamente o choque.

N'outros fragmentos, e d'estes recolhemos para a colleção aquelle em que a lesão era mais nitida, a ruptura mediana ou terminal, é mais ou menos alongada; a mucosa excede muito as outras tunicas, faz hernia rebatendo-se para fora e constituindo pelas suas caprichosas pregas uma bella rosacea. N'este fragmento e nos semelhantes a mucosa é muito enrugada na superficie interior do intestino. Se os primeiros fragmentos mostram o choque directo, estes denunciam o choque indirecto. O mechanismo deduzido das experiencias de Souquet tem aqui immediata applicação; estas rupturas intestinaes seriam determinadas em ansas intestinaes cujas extremidades estavam fechadas pelo choque directo, ao mesmo tempo que um abalo indirecto, exercendo-se na parte media distendida por gazes e liquidos, a fazia rebentar, levando adeante do conteudo a mucosa e obrigando-a a herniar-se, o que seria ainda favorecido pela retracção das fibras longitudinaes. Alem d'estas rupturas completas encontravam-se numerosas rupturas apenas das tunicas serosa e musculosa, mas todas estas de pequenas dimensões.

Dilaceração do figado em consecuencia de esmagamento ao nivel do umbigo pelas rodas d'um comboio.

E' ainda no mesmo cadaver que colhemos este exemplar da collecção.

Subjacente ás falsas costellas fracturadas o figado difficilmente escaparia sem lesões. Existem e profundas, mas não mais intensas na face convexa, como seria licito esperar dadas as fracturas costaes.

Esta observação está portanto em desaccordo com as observações e estatisticas de todos os auctores.

Este figado é anomalo, o que mais facilmente predisporia para lacerações traumaticas por augmento de volume do orgão, se não fosse tão especial a anomalia observada.

O lóbo esquerdo prolonga-se por uma lamina que vae adelgaçando-se até ao ligamento triangular esquerdo, acompanhando a concavidade do diaphragma.

Este lóbo pouco soffreu com o traumatismo. O ligamento coronario foi roto violentamente como se reconhece pelos farrapos irregulares que ficaram adherentes á superficie de inserção. No sulco interlobar, ao nivel da inserção do ligamento falciforme, existe uma rasgadura que se dirige um pouco para a esquerda. Mas é insignificante em presença das que se encontram na face inferior do lóbo direito. Aqui a capsula de Glisson está descolada e arregaçada para traz. O tecido hepatico, desde o lóbo quadrado e folheto posterior do ligamento coronario até aos rebordos anterior e direito, está dilacerado, com profundas anfractuosidades, chanfrando profundamente o bordo anterior. A vesicula biliar não está adherente; foi depois encontrada no meio dos fragmentos intestinaes. Em superficie e em corte o figado tem todo o aspecto do figado *muscade*.

Vemos portanto que, como circunstancias predisponentes para uma facil laceração, se encontram ainda as alterações degenerativas que augmentam a fragilidade do orgão. As rupturas predominam na face convexa o que,

segundo Terrillon, é característico dos traumatismos por pressão. Foi ainda o lóbo direito o mais attingido, d'accordo com as estatísticas de Mayer, Ogston, Roustan, etc. N'este caso parece-nos que á pressão indirecta deveria juntar-se como factor importante o repuxamento do figado para traz e para baixo, tracção que explicaria a ruptura do ligamento, o arrancamento da vesicula biliar, o rasgão da face convexa e mesmo a ausencia de rasgões pelos topos das falsas costellas fracturadas por abaixamento do orgão, fugindo assim á acção d'estas extremidades.

Dilaceração do rim em consequencia de esmagamento do corpo ao nivel do umbigo pelas rodas d'um comboio.

No mesmo cadaver, no meio das ansas e fragmentos intestinaes, completamente livre do seu envolucro gorduroso, rotos os vasos do pediculo, encontrava-se o rim esquerdo.

Em dois terços da face anterior não existia capsula; o mesmo se notava em alguns pontos limitados da face posterior.

A unica ruptura que se observa tem quasi todo o seu trajecto na face anterior; começa no hilo e descrevendo uma curva dirige-se para a parte media do bordo convexo. A meio d'este trajecto tem varias pequenas ramificações. Ultrapassado o bordo convexo passa para a face posterior, terminando na sua parte media. E' portanto uma contusão renal do 3.º grau na classificação de Tuffier.

O rim estava já pathologicamente alterado. São numerosissimos os pequenos kystos que irregularisam a superficie.

O trajecto da rasgadura permite prever que o traumatismo se realisou de modo differente das habituaes condições, tão cuidadosamente estudadas por Tuffier, em que o rim é dilacerado de encontro á apophyse transversa da primeira vertebra lombar depois de entalado no angulo costovertebral, entre o figado e o diaphragma, nos casos

d'um corpo relativamente estreito que penetre na chancradura ileo-costal.

E' possivel que simultaneamente com o esmagamento da columna vertebral e rasgamento do pediculo renal, o rim tivesse fugido deante do traumatismo, que não se exerceu directamente sobre elle mas muito proximo do polo superior, esmagando o baço, de que só pudemos encontrar fragmentos pequenissimos, e obrigando o rim a fugir do seu leito de gordura e da capsula supra renal, abandonando ahi retalhos da capsula.

O rim direito nada soffreu não chegando mesmo a deslocar-se.

## 38

Pancreas e retalho de estomago dilacerado em consequencia de esmagamento do corpo ao nivel do umbigo pelas rodas d'um comboio.

No meio das grandes lesões que este traumatismo tão violento determinou especialmente nas visceras abdominaes de M. J. C., o pancreas não foi attingido. Foram rotas violentamente todas as suas inserções, foi desterrado do seu logar mas não soffreu qualquer dilaceração. Ligado com a cabeça do pancreas deparamos com um retalho do estomago, que pela abundancia de pregas da mucosa, pela orientação d'estas e espessura, deveria pertencer á região pylorica. Á tracção que dilacerou o estomago a mucosa resistiu mais que as outras tunicas; na verdade no retalho a mucosa tem uma superficie muito maior que a serosa e a musculosa. Esta resistencia do pancreas aos choques indirectos está de resto d'accordo com a observação de todos os auctores.

## 39

*Syphilis hepatica. Gomma esclerosada*

Figado aparentemente normal a uma observação ligeira. Observada mais cuidadosamente a superficie constata-se que a coloração não é uniforme; existem pequenas manchas um pouco mais claras. Fazendo cortes nota-se que

proximo da superficie existem numerosos corpusculos de forma arredondada ou ovalar, mais ou menos volumosos, de cor leitosa, muito duros ao tacto. São disseminados irregularmente mas sempre na camada mais externa do parenchyma hepatico.

As conclusões da analyse histologica são de pouca importancia, porquanto se constata apenas a existencia d'um envolucro fibroso rodêando estes nodulos e um estado congestivo do parenchyma. Pesquisas detalhadas não relevam qualquer pequeno nodulo em formação. A disseminação, a consistencia, a natureza do tecido circumvisinho levam-nos a crer que se trata de cicatrizes esclerosas de antigo processo gommoso de natureza syphilitica.

Este figado proveiu do cadaver d'uma mulher de 35 a 40 annos, morta sem assistencia medica e autopsiado em adeantado estado de decomposição. Foi observado: congestão meningea especialmente localisada no hemispherio direito; edema e infiltração da teia choroidea; congestão do pulmão direito; grande congestão e diffluencia do baço; pús na cavidade uterina; kystos multiplos nos ovarios.

## 40

## Trajecto cerebral de bala de revólver

O trajecto da bala resultante de tiro dado com o cano do revolver encostado ao craneo, é perfeitamente rectilineo, sendo estrellado tanto o orificio de sahida como o de entrada na substancia cerebral. As paredes d'este trajecto são mais ou menos infiltradas de sangue, estendendo-se a hemorragia em pequenos focos alguns centimetros para alem do trajecto. Encontram-se n'elle tambem pequeninas esquirolas osseas.

Este cerebro provem da autopsia de J. L. D., de 21 annos de idade que depois de ter disparado varios tiros sobre um irmão, se suicidou. Do protocolo da autopsia recortamos os seguintes detalhes:

Sangue na face, correndo da narina esquerda na direcção do pavilhão da orelha, empastando o bigode do mesmo lado e parecendo correr da bocca. Ecchymose intensamente violacea, cercando o olho esquerdo. D'este olho corre sangue formando traço largo na direcção da orelha. A saliencia do globo ocular esquerdo foi substituida por uma depressão. O pavilhão da orelha direita apresenta junto do anthelion uma dilaceração interessando a pelle e a cartilagem. No fundo do pavilhão, para cima do canal auditivo existem outras dilacerações. A 2 centímetros do pavilhão, sobre a parte superior do masseter encontra-se uma abertura circular de 2 ou 3 millímetros de diametro, cercada d'uma zona esverdeada e escura. Sobre o parietal esquerdo a 2 centímetros da sutura interparietal e na vertical de raiz do pavilhão da orelha esquerda depara-se com uma solução de continuidade dos tecidos, de forma muito irregular, cobrindo fragmentos osseos que crepitam á palpação. N'esta região o sangue empasta o cabelo.

O orificio do masseter é o ponto de partida d'um canal que atravessa este musculo, poupa a cavidade buccal, atravessa a face antero-externa do maxillar superior direito e atravessando a cavidade nasal penetra na cavidade orbitaria esquerda, atravessa o globo ocular e sae da esclerotica junto da commissura palpebral externa. Estudando as dilacerações do pavilhão da orelha direita nota-se que existe ali um outro orificio occulto pelo sangue e tambem ennegrecido. Aberta a caixa craneana descobre-se que este canal atravessa completamente o temporal. Do lado da solução de continuidade parietalo osso tem uma perda de substancia perfeitamente circular. A tabua externa está fracturada e 4 esquirolas que, fazendo charneira de periosteo pendem para fora, testemunham uma violencia exercida de dentro para fora. Á superficie dos hemispherios derrame sanguineo especialmente á direita.

Thymo d'uma creança de 2 mezes e meio  
morta por asphyxia

Alem do volume d'este orgão, excepcional para a idade da creança são dignos de menção as numerosas maculas punctiformes muito regularmente arredondadas, vermelhas muito escuras, disseminadas irregularmente nos lóbos direito e esquerdo. Não existem no lóbo medio. O seu contorno é bem limitado e destacam-se bem no tecido circumvisinho.

Maculas eguaes, um pouco mais volumosas, em alguns pontos coalescentes formando placas se observavam nos pulmões e especialmente na face anterior do pulmão esquerdo. Não eram porem aqui tão numerosas como no thymo.

No coração conglomeravam-se as pontuações constituindo pequenas hemorragias subpericardicas.

Tuberculose dos ganglios tracheobronchicos

Todos os ganglios d'esta pleiade são caseificados e consideravelmente augmentados de volume, tendo em secção um bello aspecto marmoreado determinado no *caseum* pela anthracose.

O mesmo aspecto têm os ganglios lymphaticos medias-tinaes anteriores e posteriores e os ganglios cardiacos, constituindo o conjuncto um enorme cacho appenso aos grossos vasos, cobrindo a crossa da aorta, formando uma volumosa concha que aloja a porção auricular do coração. No hilo dos pulmões os ganglios desenvolvendo-se para o parenchyma comprimiam-no.

Este exemplar de completa caseificação ganglionar provem do cadaver d'uma creança de 7 annos, autopsiada em dezembro de 1910.

Todo o cadaver denunciava ao exame mais ligeiro o mais completo estado de miseria physiologica; extremo emagrecimento; ventre enorme; ulceração sobre o ischion



direito, de fundo lardaceo, de contorno irregular, contendo pús mal ligado; crôstas de eczema no occiput; grandes labios tumefeitos e ulcerados; perineo e contorno do orificio anal inflammado e ulcerado; liquido sanguinolento e muco muito esverdeado sabindo pela narina direita; enorme tumefação ganglionar na metade esquerda do pescoço. A dissecção mostrou que n'esta região tanto os ganglios superficiaes aggrupados em volta da veia jugular externa, para fóra do externo cleidomastoideo, como os ganglios profundos que rodeiam a jugular interna, estavam sem excepção completamente caseificados. A mesma lesão se observa nos ganglios profundos da metade direita do pescoço, mas sem augmento tão consideravel de volume.

Os musculos thoracicos são descorados, reduzidos a delgadas laminas.

Os grupos ganglionares retro esternaes estão tambem tuberculisados.

Existe, na pleura direita grande derrame sanguinolento com farrapos fibrinosos, e symphise pleuro pericardica á esquerda.

No vertice do pulmão direito tuberculos caseificados; no resto do pulmão existe uma sementeira tuberculosa em periodos varios de desenvolvimento; o mesmo se dá no pulmão esquerdo, sendo aqui aliás menos avançadas as lesões.

#### Massiço de ganglios mesentericos caseificados

Da cavidade abdominal do mesmo cadaver retiramos esta peça em que é notavel o volume da massa ganglionar e a completa caseificação de todos os ganglios. O conteúdo da capsula ganglionar transformou-se completamente n'uma massa caseiforme de muito facil desagregação.

No mesmo estado se encontravam todos os ganglios abdominaes. Na cavidade abdominal havia alguns litros de liquido seroso, um pouco leitoso.

Adherencias pleuro pulmonares.  
Tuberculose do lóbo superior

As adherencias cobrem por completo os vertices, toda a face externa do lóbo superior e a parte anterior da face externa do lóbo inferior do pulmão esquerdo. São espessas, muito grossas e sobrecarregadas de gordura. É intensa a anthracose do pulmão e mais ainda a dos ganglios do hilo.

Na secção d'este pulmão indo do vertice á parte media da base vem-se 2 zonas muito nitidas. Uma correspondente ao lóbo superior em que se encontra: uma erupção muito abundante de tuberculos uns isolados outros agrupados, acinzentados, uns volumosos caseificados outros em plena florescencia, e caverniculas; em alguns pontos focos de emphysema. Outra corresponde ao lóbo inferior; aqui domina a hepatisação com granulações cinzentas, algumas coalescentes.

Na autopsia do cadaver em que foi colhido este exemplar registam-se como dignos de menção:

Ossificação quasi completa das cartilagens esternocostaes. Do lado direito symphyse pleuro pulmonar incompleta. No pulmão correspondente caverna no vertice e sementeira de tuberculos em plena florescencia em em todo o lóbo superior. No lóbo inferior emphysema vesicular e intervesicular vicariante. Sobrecarga adiposa na face anterior do pericardio. Rins completamente cheios, na sua zona cortical, de pequenos kystos serosos; sobrecarga adiposa no hilo. Rim direito mais pesado que o esquerdo.

Baço extremamente friavel, contendo pequenos focos congestivos.

Placas atheromatosas dos vasos da base do cerebro, junto das bifurcações.

Figado cardiaco

O figado do cadaver a que acima nos referimos apresenta interessantes lesões macro e microscopicas que nos leva-

ram ao diagnostico de figado cardiaco, embora os caracteres observados não correspondam rigorosamente ao typo classico.

Não é volumoso; o seu peso é mesmo inferior ao peso medio. Immediatamente depois de destacado das suas inserções pesa 1115 grammas. A face convexa é irregular; profundas depressões o sulcam de deante para traz formando entre si volumosas rugas. A superficie é finamente granulada. Em corte notam-se desigualdades de coloração muito apreciaveis; n'um fundo amarello avermelhado destacam-se manchas mais escuras.

Na platina do microscopio o parenchyma tem o aspecto d'um tecido erectil; os capilares são muito dilatados, affastando os trabeculas hepaticas umas das outras; a veia supra hepatica é egualmente muito dilatada. A hyperplasia do tecido conjunctivo interlobular, embora exista, não é excessiva. Mas o que augmenta o interesse da observação é o estado de vacuidade dos capilares e da veia e a ausencia de alterações degenerativas das cellulas hepaticas attribuiveis a qualquer processo pathologico.

As partes claras vistas macroscopicamente corresponde uma maior rarefação do parenchyma. Este aspecto levamos a pôr a hypothese de que se trata d'um figado sujeito a *poussées* congestivas de uma intensidade tal que, embora façam augmentar o volume do orgão, e deem como resultado a dilatação das veias e capilares, não chegam a determinar alterações permanentes do parenchyma hepatico, a não ser as modificações da forma da superficie convexa, determinando o seu enrugamento no intervallo das *poussées*.

Pela dilatação das veias supra hepaticas e dos capilares aproxima-se das alterações do figado cardiaco, razão porque assim o designamos.

46

Estheatose cardiaca. Arterio-esclerose.  
Insufficiencia valvular

Em apoio da hypothese que formulamos acerca do exemplar anterior, indicaremos as lesões que se encon-

tram no coração do mesmo cadaver, lesões antigas e eminentemente favoráveis ás estases passivas hepaticas. Taes são: a insuficiencia das valvulas da aorta e da arteria pulmonar, a esclerose e dilatação da aorta e especialmente da crossa e ainda a sobrecarga adiposa do coração, lesões estas que se encontram reunidas n'este exemplar.

Deformações do labio superior e do nariz  
por processo ulceroso antigo

L. A., de 65 annos de idade, morreu a 14 de janeiro sem assistencia medica. O exame externo revela escoliose lateral direita, rigidez cadaverica nos membros inferiores, pequena ulcera na perna direita, varizes, vulva violacea e com corrimento e sugillações abdominaes. D'este exame e dissecação consecutiva nas cavidades thoracica e abdominal destacamos como mais interessantes as observações correspondentes ás peças designadas na collecção com os n.ºs 47, 48, 49, 50, 51 e 52.

Á 1.<sup>a</sup> corresponde uma mascara em gesso em que procuramos reproduzir as deformações do contorno buccal e do nariz. O labio superior na sua metade direita mostra uma cicatriz operatoria que determina uma reentrancia e o repuxamento de commissuria labial esquerda para a direita; o resto do labio é grosso, assim como o inferior.

A deformação do nariz é consideravel; determina-a a ausencia de tegumentos e de cartilagem até aos ossos do nariz, a desappareição do septo, o abaixamento dos ossos proprios do nariz cuja extremidade anterior parece deprimida. O plano dos orificios das fossas nasaes é parallelo á face e não perpendicular como nas condições normaes.

Estheatose cardiaca. Esclerose da aorta.  
Insufficiencia valvular. Placas leitosas. Anthracose  
dos ganglios cardiacos.

A sobrecarga adiposa é principalmente consideravel na base e na face anterior, formando borreletes de muitos

millímetros de espessura. A mesma sobrecarga se notava na face anterior do pericardio parietal.

Na crosse da aorta encontram-se placas atheromatosas em via de calcificação.

A insuficiencia observa-se tanto nas valvulas aorticas como nas pulmonares.

São duas as placas leitosas: uma na face anterior proximo da ponta, de 2,5 cm. de diametro, contornos mal definidos, pouco rugosa, outra com os mesmos caracteres cobrindo toda a face posterior da auricula direita.

49 e 50

#### Nephrite chronica

N'estes rins duas alterações dominam: a infiltração e invasão por gordura do hilo e de todos os intersticios comprimindo a substancia medular e reduzindo consideravelmente a espessura da substancia cortical; a existencia de numerosos kistos de conteudo seroso, uns pequenos, mal distinctos sob a capsula, outros muito volumosos fazendo grandes saliencias á superficie. O volume dos rins é superior ao normal.

Gordura com os mesmos caracteres envolvia completamente o rim e a capsula supra renal escondendo-os sob uma enorme espessura.

51

#### Figado cardiaco

Macroscopicamente este exemplar pouco differe do n.º 45; exteriormente é mais palido; em corte o marmoreado é mais nifido; a superficie d'este é mais bosselada e irregular.

Observando preparações microscopicas a uma pequena ampliação as differenças são nullas. Os vasos são egualmente exsanguens, a estructura lobular é respeitada, a neoformação conjunctiva insignificante.

As differenças surgem quando empregamos uma ampliação grande (1000 diametros). Nas trabeculas os limites das cellulas são confusos. No protoplasma existe tumefa-

ção turva. O nucleo e as granulações nucleares destacam-se vigorosamente; o mesmo se dá com o nucleolo, uma esfera um pouco mais escura, a cuja membrana estão applicadas granulações. Mas se estudarmos cuidadosamente todos os nucleos começaremos a distinguir alterações nucleares e poderemos alcançar toda a serie progressiva de degenerescencia. Em alguns nucleos ao lado do nucleolo apparece um pequeno vacuolo; n'outros apparecem outros vacuolos e em alguns todo o nucleo é occupado por vacuolos de desigual volume que comprimem o nucleolo periphericamente collocado, junto da



Fig. 6

Oc. 4 Obj.  $\frac{1}{12}$  Imm. hómog., Reichert. Camara clara Abbe.

Dist. da Oc. á prancheta 13 cm. Ampliado  $\frac{2}{1}$ .

membrana nuclear. Mas a par da vacuolisação observa-se o augmento de volume acompanhando parallelamente a invasão vacuolar do nucleo (Fig. 6). Estas alterações degenerativas que não se encontram em todas as cellulas, são mais frequentes nas zonas mais claras, isto é, n'aquellas em que os espaços intertrabeculares são mais alargados.

A maior parte dos anatomo-pathologistas são silenciosos relativamente a esta degenerescencia vacuolar dos nucleos cellulares, que aliás é de extraordinaria importancia nos processos interpretativos dos tumores, especialmente dos sarcomas e carcinomas em que se encontra com frequencia. Em lesões hepaticas apenas a vemos assinalada por Podvysotsky na diabetes e em certas cirrroses.

#### Emphysema pulmonar

A autopsia da cavidade thoracica mostrou ainda a existencia de adherencias pleuro-pulmonares na face posterior do pulmão direito, no vertice e face posterior do pulmão esquerdo, adherencias pleuro diaphragmaticas muito resistentes dos 2 lados, liquido seroso na cavidade pleural direita, anthracose muito intensa no pulmão direito, pequenos tuberculos nos 2 vertices.

Todo o pulmão direito mostra pequenas vesiculas de dimensões variadas, vacias, situadas em toda a extensão do parenchyma pulmonar, dando ao pulmão o aspecto d'uma esponja fina.

Ha coalescencia de vesiculas e em alguns pontos ruptura bem apreciavel das paredes alveolares.

#### Placenta putrefacta

Completamente separada dos involucros fetaes que completam o sacco amniotico esta placenta perdeu um pouco a sua forma regular.

O peso é de 225 grammas. O sangue que habitualmente enche os espaços intervillosos e forma volumosos coagulos na face materna desapareceu por completo. Os sulcos placentares muito largos deixam ver a face externa da membrana chorial. Os lóbos placentares estão largamente separados em lobulos. Desembaraçados de sangue em alguns lóbos, os prolongamentos villosos mostram-se com todas as ramificações, completamente isolados dando

ao tecido um aspecto aveludado. N'outros pontos a massa compacta não está ainda dissociada. Na face fetal o amnios destacou-se por completo da membrana chorial. N'esta os vasos não fazem relevo e são difíceis de distinguir.

Tem preso o cordão umbilical muito achatado e fortemente adelgado a alguns centímetros de distancia da região umbilical denunciando um repuxamento violento.

Esta placenta acompanhava o cadaver de uma creança do sexo masculino que fora encontrada junto do rio, tendo a placenta presa pelo respectivo cordão e coberta pela areia.

Já não existia rigidez cadaverica. Todo o corpo se achava coberto de uma espessa camada de lodo, areia e terra, excepto nas regiões protegidas pela flexão das coxas sobre a bacia, e no rosto protegido pelos antebraços e pelas mãos que o cobriam e a elle estavam collados pelo lodo. Procurando destacar este revestimento lodoso, arrasta-se simultaneamente a epiderme, ficando completamente desnudada a derme. Vestigios de bossa serosanguinea occipital. Bocca cheia de terra e areia.

Musculos descorados e molles. Thymo pequeno (27 grammas), de côr esverdeada, pallida. Pulmões com o marmoreado bem visivel. Coração distendido pelo sangue. Na larynge muita areia. Estomago vasio. Osintestinos contém no duodeno uma massa amarellada compacta e no recto um liquido espesso esverdeado. Fígado de côr vermelha esverdeada, tanto em superficie como em secção. Baço muito friavel.

O ponto de ossificação de Béclard desenha-se bem na cartilagem da extremidade superior do fémur.

53 a)

*Docimasia pulmonar hydrostatica duvidosa*  
*docimasia histologica negativa*

Nos pulmões notavam-se numerosas bolhas de putrefacção gazoza, algumas muito volumosas. Lançados na agua



os pulmões fluctuavam, mesmo depois de divididos em fragmentos.

A flutuação seria determinada pelas bolhas de putrefacção ou pelo ar da respiração que se tivesse realizado? A creança respirou ou não? Tal era o problema posto á histologia, para que fosse resolvido utilizando os processos da docimasia histologica.

A observação dos côrtes a uma fraca amplificação (28 diâmetros) é sufficiente para nos mostrar o parenchyma pulmonar cavado por numerosas bolhas gazozas,

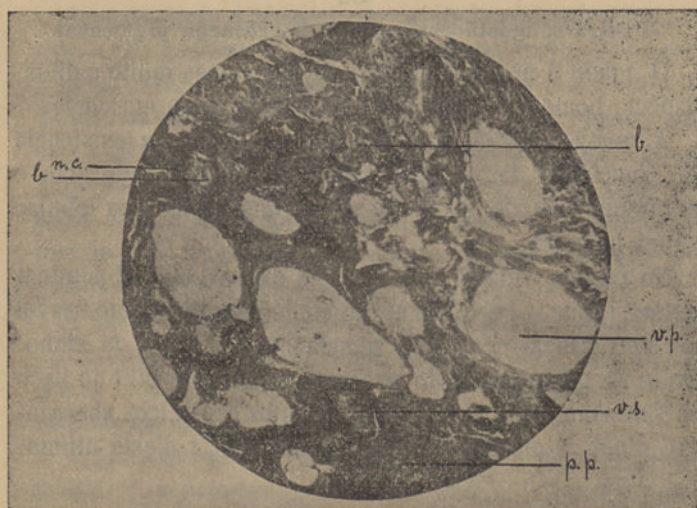


Fig. 7

Cliché do At. do Mus. de Zool. Occ. II comp. Objet. 2 apoch. Reichert.

Com. do tub. 160 mm. — b. bronquios.

n. c. nodulos cartilagineos. — v. p. vesiculas de putrefacção. — v. s. vaso sanguineo.

p. p. parenchyma pulmonar denso.

comprimindo o tecido circumvisinho, cercadas de tecido conjunctivo. Os alveolos não existem como taes e a massa pulmonar é densa. As paredes bronchicas são enrugadas; as cavidades reduzidas a fendas sinuosas (Fig. 7).

## Nephrite chronica

E' um mesmo cadaver que enriquece a collecção com os n.<sup>os</sup> 54, 55, 56 e 57.

O n.<sup>o</sup> 54 diz respeito a um exemplar de nephrite chronica com numerosos kystos da zona cortical, a maioria muito volumosos, divididos interiormente em loculos. A substancia cortical está reduzida a uma delgada lamina; as pyramides são pouco distinctas; o hilo foi invadido por tecido adiposo.

## Ligeira congestão hepatica. Sobrecarga pigmentar

O figado é muito volumoso, de côr vinosa muito pallida, aspecto homogeneo tanto em superficie como em corte.

A analyse histologica demonstrou apenas a existencia de tumefacção das cellulas hepaticas, ligeira congestão e accumulacção de pigmento na visinhança da veia lobular supra hepatica.

No mesmo cadaver, na autopsia da cavidade abdominal notou-se que o baço era muito molle, extremamente friavel de consistencia e aspecto semelhante a borras de vinho. Junto da parte media do pancreas e junto de hilo do baço encontravam-se dois pequenos nodulos esplenicos aberrantes, tendo o mesmo aspecto e consistencia d'este ultimo.

## Estheatose cardiaca

Camadas de gordura cobrem a face anterior do coração especialmente a origem dos grossos vasos e os sulcos vasculares. Entre ellas fica uma zona situada na parte media do ventriculo direito onde se encontra uma placa leitosa. A camada de gordura é muito espessa no lado direito do coração. Na face posterior pouca ou nenhuma gordura se encontra. Toda a base da face posterior é occupada por uma enorme mancha leitosa. A côr do

musculo cardiaco é muito pallida. A aorta é muito dilatada e já com lesões de atheroma.

Apesar da côr pallida do myocardio a analyse histologica demonstron que não existia degenerescencia adiposa porquanto o emprego dos processos usuaes não revelou gordura nos espaços interfasciculares.

As mesmas lesões atheromatosas fômos encontrar nos vasos da base do cerebro.

#### Fibroma da prostata

Ao proseguir a autopsia da cavidade abdominal notamos que a bexiga cheia d'urina ultrapassava muito a symphise publica. Feita a incisão da bexiga deparamos com uma grande saliencia no seu fundo, que em breve reconhecemos ser a prostata hypertrophiada. Notamos desde logo que a porção que faz saliencia na bexiga é muito mais volumosa que aquella que envolve a urethra na sua ultima porção. O augmento do volume parece ter sido feito principalmente á custa do lobulo medio.

A parte saliente na cavidade vesical reproduz a forma do uropygio das aves, visto pela sua face inferior, em que o orificio visivel da urethra corresponde ao orificio externo da cloaca.

A prostata apesar do augmento do volume continua a manter o achatamento de deante para traz, mas a base é inferior e não superior como no estado normal.

Fazendo um corte passando pela urethra constata-se que este não soffreu modificação apreciavel na direcção do seu trajecto.

Nesta secção reconhece-se ainda que não existem corpos espheroides. Correspondentemente á dureza da prostata vemos que a hypertrophia é devida a uma hyperplasia fibrosa que substituiu quasi por completo o parenchyma prostatico.

## Ruptura do figado

Este figado, de 1:280 grammas, apresenta como anomalia um pequeno lóbo accessorio; no contorno externo do lóbo esquerdo existe uma chanfradura relativamente profunda, occupada por uma massa de parenchyma que faz saliencia para alem do contorno d'este lóbo; é apreciavel principalmente pela face convexa. Nesta face este lóbo accessorio é dividido por um sulco profundo em dois pequenos lobulos. Visto pela face concava do figado, onde o pé do lóbo accessorio se confunde com a massa do lóbo esquerdo, apenas dois sulcos pouco profundos denunciam a existencia da chanfradura.

A face concava está intacta. Todos os traços de ruptura se encontram na face convexa e no bordo posterior.

O sulco mais profundo é irregular e começa na parte media do bordo posterior, junto da veia cava que dilacerou; attinge ainda o lóbo de Spigel, rasga largamente o folheto superior do ligamento coronario e dirige-se para deante e para a direita dilacerando profundamente o lóbo direito e terminando na sua parte media. D'este sulco sahem duas ramificações, uma iniciada muito perto da parte antero-superior do lóbo de Spigel, dirige-se para fora e juntando-se alguns centimetros adiante ao primeiro sulco limita um gomme hepatico approximadamente triangular; a segunda ruptura mais profunda e mais larga, simulando uma profunda perda de substancia em cunha, principia junto da origem de primeira ramificação juntando-se mais longe ao sulco principal, limitando um gomme hepatico approximadamente rectangular. A meio do lóbo direito encontra-se uma extensa superficie descapsulada.

A topographia d'esta dilaceração leva a crêr que tenha sido produsida por um choque directo com impusão do figado para baixo e para traz.

## Ruptura do coração

O coração cuja superfície é largamente sobrecarregada de gordura especialmente na face anterior e nesta na origem dos grossos vasos, apresenta uma ruptura completa da parede ventricular direita, de dois centímetros de comprimento, muito proxima da ponta.

Esta topographia está d'accordo com as observações de Dezeimeris, afastando-se porem das de Nicolle e Robin que em 173 casos constatarem 139 vezes a ruptura no ventriculo esquerdo, como aquelle que anatomicamente está exposto a romper-se com mais facilidade. Na realidade são ao ventriculo esquerdo que se referem as mais extensas rupturas, taes como as citadas por Becker, por Beer e por Dubreuil que interessam toda a parede desde a base do ventriculo até á ponta.

Em todos os casos de ruptura do coração um interessante problema se põe; a ruptura é feita de dentro para fóra por pressão intra cardiaca ou de fora para dentro por instrumento contundente, costella ou esterno fracturados? Na ausencia de qualquer traumatismo pode observar-se a ruptura em casos de cardio-esclerose, consecutiva a obliteração rapida e completa d'um ramo importante das coronarias e consequente myomalacia, mas não é esse o caso a que nos referimos. Houve violento traumatismo com fracturas costaes e esternas. Apesar d'isso o problema é n'este caso de resolução facil porquanto o pericardio estava intacto.

## Ruptura do baço

O volume do orgão é muito pequeno. A capsula é finamente rugosa, o parenchyma exsangue. As linhas de ruptura são multiplas e especialmente localizadas na face anterior e sobre o bordo esquerdo. Em pequenas superficies o parenchyma é completamente descapsulado.

Os exemplares que designamos pelos numeros 58, 59 e 60 pertenciam ao cadaver d'um individuo de 54 annos,

atropelado por um automovel. Do protocolo d'autopsia destacamos as seguintes notas:

Arrancamento da pelle com desnudação do frontal, principalmente do lado esquerdo. Esmagamento do pavilhão da orelha direita. Contusões do bordo maxillar e da região malar direitos. Achatamento da face anterior do thorax mais accentuado segundo uma linha indo do vertice da cavidade axillar direito para o mamillo esquerdo. Numerosas ecchymoses no trajecto d'esta linha. Grandes ecchymoses no flanco esquerdo, na face lateral direita do pescoço e no terço interno da clavicula. Desnudação do 1.º, 2.º e 3.º métacarpianos esquerdos.

Thorax — As ecchymoses correspondem intensas suffusões hemorrhagicas no tecido conjunctivo subcutaneo. Fracturas da clavicula no seu terço interno, da apophyse coracoide direita. Fracturas multiplas (3 linhas de fractura) da 2.ª, 3.ª e 4.ª costellas direitas e das 2.ª, 3.ª, 4.ª e 5.ª esquerdas. Na cavidade thoracica grandes massas de sangue coagulado. Hemopericardio muito abundante. Placas atheromatosas da aorta. Adherencias pleuro pulmonares extensas e fortes, principalmente do lado direito.

Ruptura do vertice pulmonar direito, certamente determinado por repuxamento do pulmão com resistencia das adherencias.

Cavidade abdominal — Grande coagulo na face anterior do epiploon. Kystos no polo superior do rim direito.

Cavidade craneana — Congestão do hemispherio esquerdo.

Membros inferiores — Fracturas completas das duas pernas pelo terço inferior, junto dos malleolos.

#### Fractura multipla dos ossos do craneo

Este craneo, de um rapaz de 12 annos, lesado pelos couces da muar d'um carro ao lado do qual seguia, o primeiro que o derrubou e o segundo que o attingiu

quando a cabeça se achava já apoiada sobre o solo, apresenta fracturas osseas e disjunção de suturas.

O trajecto da linha da fractura é complicado, tem uma direcção geral transversal, passando ao nível da raiz das

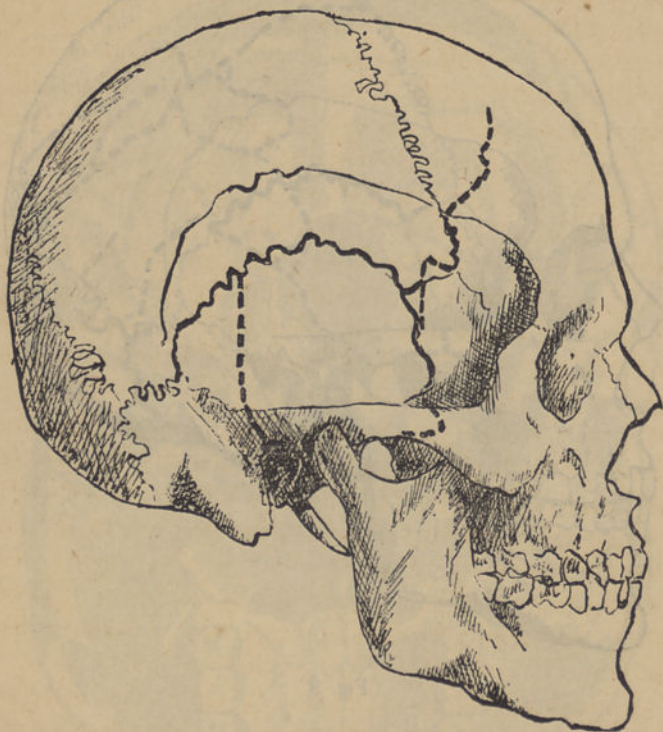


Fig. 8

arcadas zygomaticas. Esta linha é interrompida no parietal direito (Fig. 8). Ali a disjunção da sutura fronto parietal direita e a disjunção ainda mais completa da sutura temporo parietal diminuíram a violencia do choque reflexo poupando o parietal á fractura.

A linha complica-se do lado esquerdo (Fig. 9); varias ramificações dividem o temporal tanto na porção escamosa como immediatamente para traz do rochedo; a apophyse

estiloide foi fracturada pela base. O parietal d'este lado foi fracturado segundo varias linhas. Como a sutura

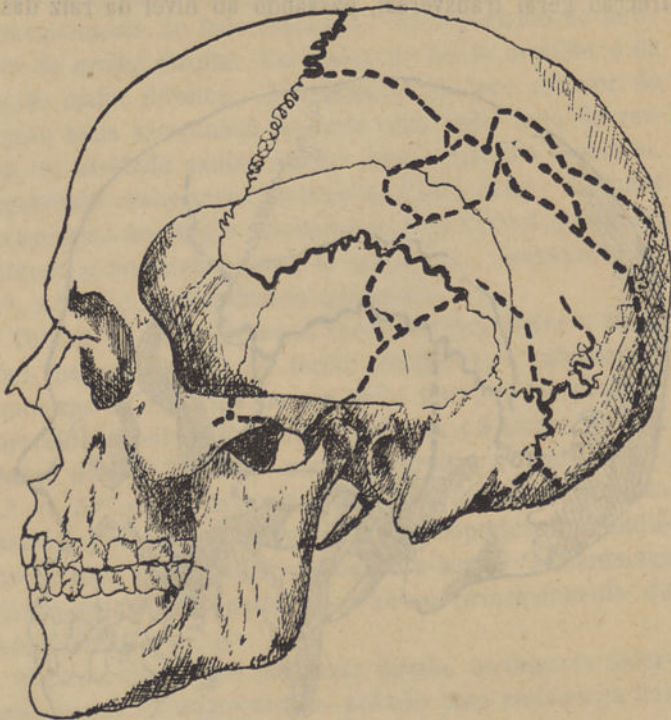


Fig. 9

parieto occipital resistiu não se disjungindo as linhas de fractura ultrapassaram-as estendendo-se para o occipital, já percorrido tambem por uma linha que abria o contorno posterior do buraco occipital (Figs. 10 e 11).

As disjunções observam-se: no terço superior da sutura fronto parietal esquerda fazendo n'este trajecto parte da linha geral da fractura; nas suturas temporo occipitales com deslisamento dos ossos, cavalgando a escama temporal sobre o occipital; na sutura fronto parietal direita; na sutura temporo esphenoidal; na sutura temporo malar,



na arcada zygomatica direita; na sutura occipito esphenoidal. Estas lesões são a consequencia umas do choque directo outras da repercussão exercida pelo choque no lado

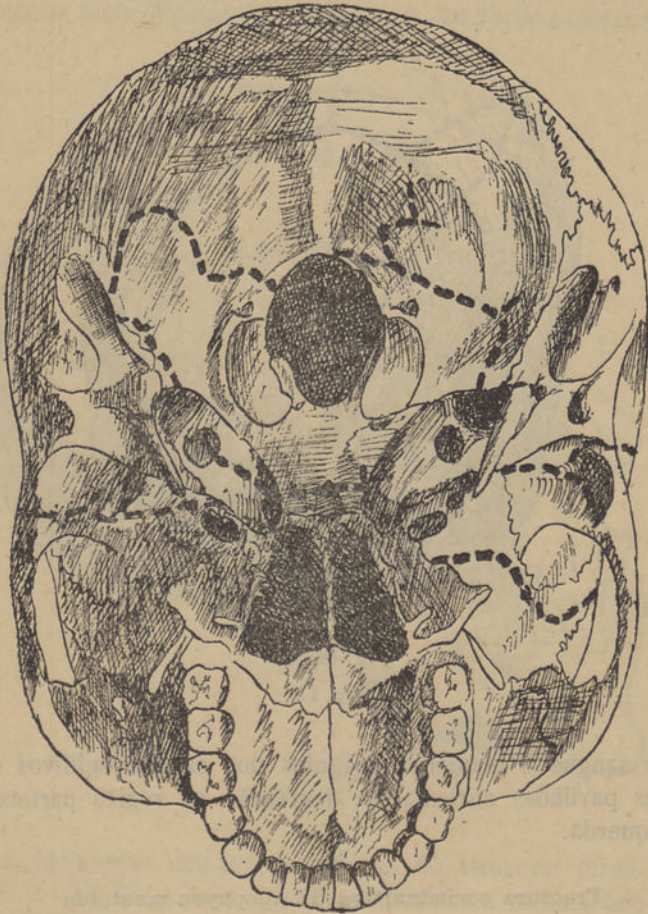


Fig. 10

opposto, segundo o mecanismo de resistencia dos ossos do craneo.

A estas lesões correspondiam signaes insignificantes constataveis exteriormente. Assim constatava-se apenas:

extensa ecchymose de côr avermelhada na região frontal direita envolvendo o angulo externo do olho; ligeira diffusão para traz e para fora d'esta ecchymose; manchas

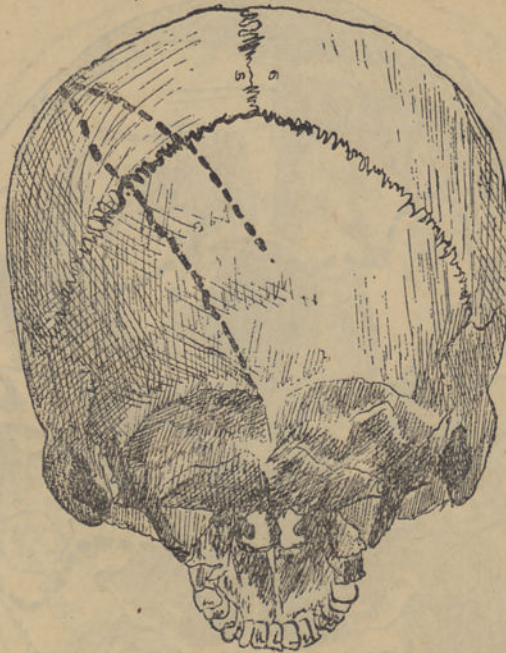


Fig. 11

de sangue e pequenos coagulos nos canaes auditivos e nos pavilhões auriculares; depressão na região parietal esquerda.

62

**Fractura comminutiva da apophyse mastoide  
e da base do craneo**

O craneo representado na figura é mais um exemplar de traumatismo com fracturas e disjuncções de suturas. O traumatismo actuando directamente sobre a apophyse mastoide de temporal direito determinou uma fractura comminutiva em que as lascas e as esquirolas osseas são

muito numerosas, determinando uma abertura através da qual se via a substancia cerebral (Fig. 12).

D'este ponto partiu uma linha de fractura que dividiu a base do craneo interessando a sella turcica em toda a largura, immediatamente para traz do seu bordo posterior.

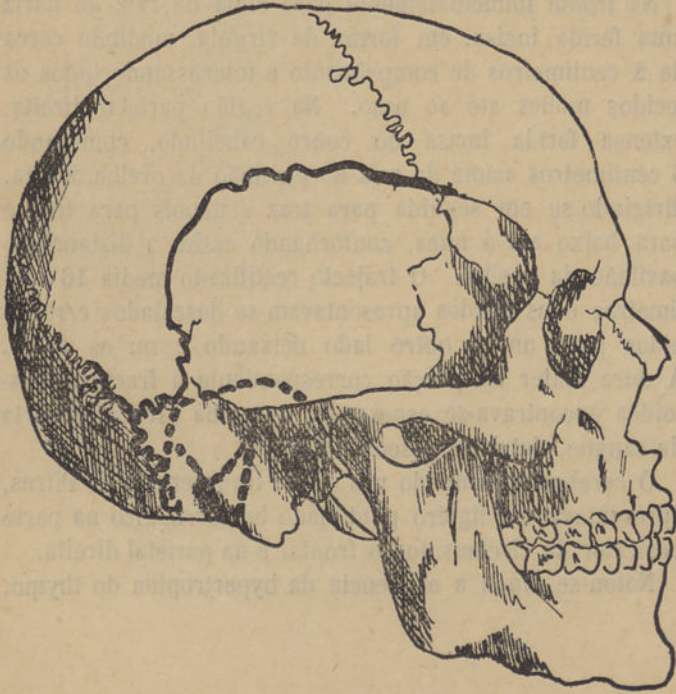


Fig. 12

A disjunção deu-se nas suturas do temporal direito com o occipital e com o parietal, ficando o escama temporal quasi que livre das peças osseas visinhas.

Estas lesões craneanas foram observadas no cadaver de um rapaz de 9 a 12 annos atropelado por um carro electrico.

No corpo observavam-se multiplas excoriações e ecchymoses, todas superficiaes embora algumas muito extensas.

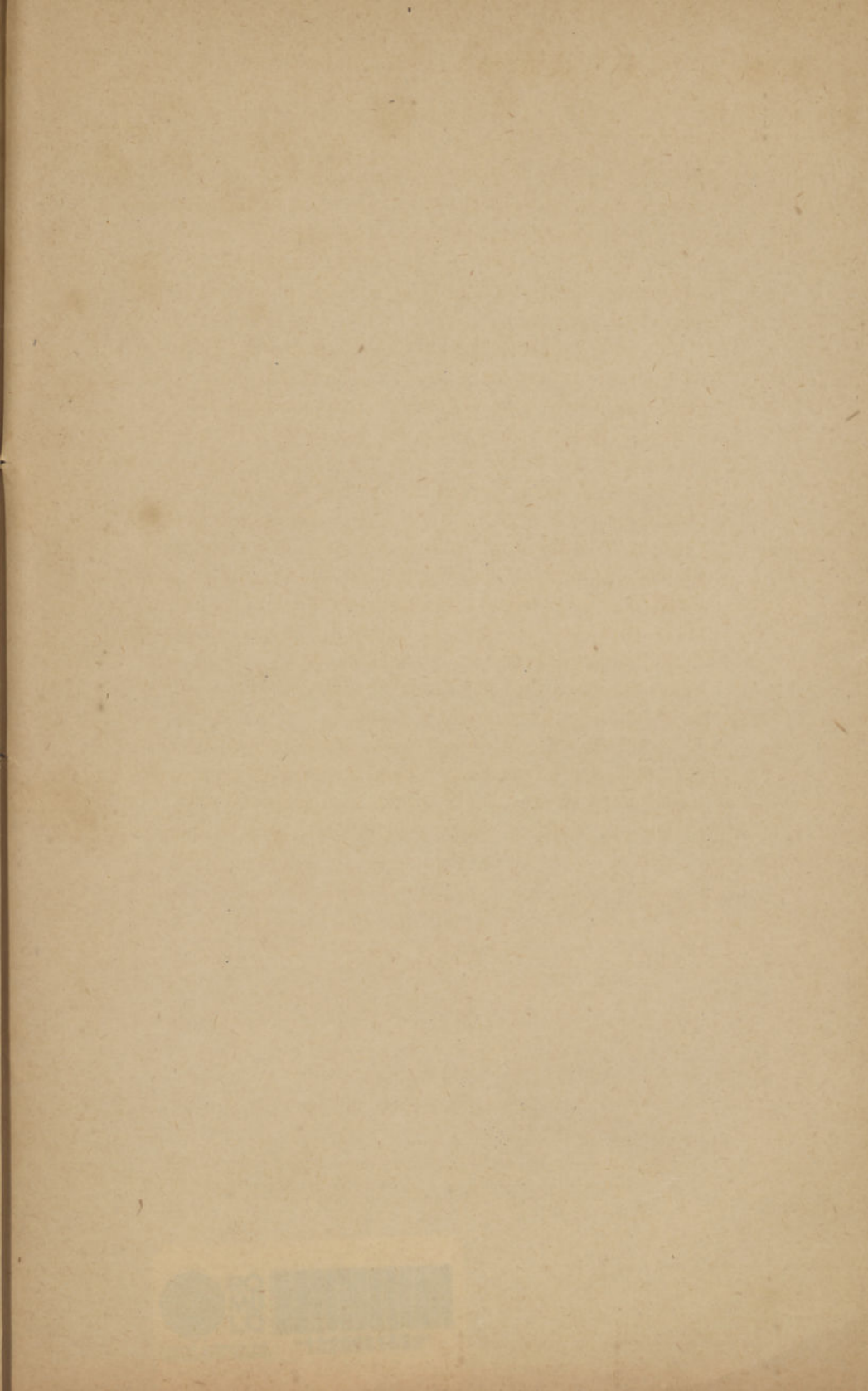
Junto da palpebra inferior do olho esquerdo uma ecchymose extendendo-se a toda a região malar e com dilaceração de commissura externa da fenda palpebral e séde de hemorragia. Uma outra ecchymose se encontrava no pavilhão da orelha direita, com signaes de hemorragia pelo canal auditivo.

Na fronte immediatamente para cima da raiz do nariz uma ferida incisa, em forma de virgula, medindo cerca de 2 centímetros de comprimento e interessando todos os tecidos molles até ao osso. Na região parietal direita, extensa ferida incisa do couro cabelludo, começando 6 centímetros acima da raiz do pavilhão da orelha direita, dirigindo-se em seguida para traz e depois para traz e para baixo até á nuca, contornando assim a distancia o pavilhão da orelha. O trajecto rectificadico media 16 centímetros e os bordos apresentavam-se descolados e retrahidos para um e outro lado deixando a nu os ossos. A dura mater na porção correspondente á fractura mastoidea encontrava-se espessada, vermelha escura, coberta de sangue, detrictos osseos e terra.

O cerebro, examinado nos cortes transversaes de Pitres, apresentava um ligeiro pontilhado hemorrhagico na parte posterior da circumvolução frontal e na parietal direita.

Notou-se ainda a existencia da hypertrophia do thymo.









RÓ  
MU  
LO

CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA



\*1329661593\*

## DO MESMO AUCTOR

- *Exaltação de virulencia do streptococco* — *Movimento Medico*, 5.º anno, 15 de agosto de 1905.
- *Leucolyse e acido urico* — *Movimento Medico*, 5.º anno, 1 de janeiro de 1906.
- *A relação leucocytose-acido urico na variola e em um caso de papeira* — Coimbra 1907.
- *Ictericia catarrhal* — *Medicina Moderna*, 1909.
- *O valor clinico da reacção de Voloosky* — *Movimento Medico* — 15 de janeiro de 1910.
- *Dois casos de syringomyelia* — *Movimento Medico*, 1 de abril de 1910.
- *Notas de histologia pathologica: Um caso de meningite tuberculose atypica* — *Movimento Medico*, 1 de junho de 1910.
- *Notas de histologia pathologica: Um caso de doença de somno* — *Movimento Medico*, 1 de julho de 1910.
- *A prata colloidal nas infecções carbunculosas* — *Movimento Medico*, 1 de agosto de 1910.
- *Algumas palavras acerca de historia do Museu de Anatomia pathologica da Universidade* — *Movimento Medico*, 1 de novembro de 1910.
- *Notas de histologia pathologica: Sarcoma globo cellular da fossa iliaca interna* — *Movimento Medico*, 1 de janeiro de 1911.
- *(De colaboração com o Dr. Abel Campos): Um caso de syphilis hereditaria precoce* — *Movimento Medico*, 1 de fevereiro de 1911.
- *Tentativas de enforcamento* — *Movimento Medico*, 1 de julho de 1911.