

AGENESIA DO GRANDE E PEQUENO PEITORAIS

POR

AMANDIO TAVARES

2.º Assistente do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Porto

Identidade — Graciano A. N., de 31 anos, solteiro, pintor, natural de Sama, provincia de Oviedo (Espanha).

Observação geral — G. A. N. é um individuo de compleição robusta, dotado de massas musculares notavelmente hipertrofiadas, apresentando um pequeno grau de emaciação adiposa, mais perceptível na face, e que êle faz depender das ligeiras perturbações originadas pelo padecimento que motivou a sua entrada no hospital.

Foi a 9 de Novembro de 1922 que êle deu ingresso no serviço da 2.ª Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Porto, onde tivemos ocasião de o examinar poucos dias depois. Fala com correcção e desembaraço o seu idioma e denota grande vivacidade e uma certa intelligência, prontificando-se, muito amável, a deixar-se examinar; nunca a mais leve sombra de aborrecimento lhe notamos durante os dias em que procedemos ao seu exame pormenorizado. Várias vezes tivemos ensejo de o encontrar pintando aguarelas, para o que mostra certa aptidão, prendendo a atenção dos companheiros de enfermaria com êste meio de «distrair as horas», como êle próprio dizia.

Vamos passar ao estudo mais minucioso do doente.

Cabeça— Na cabeça nota-se uma pronunciada saliência dos malares e das apófises zigomáticas e pequena acentuação das bossas frontais e parietais.

As regiões temporais são levemente escavadas e o íonion é apagado.

A fronte é pouco alta e inclina-se suavemente para diante, para vir terminar em baixo por arcadas supraciliares salientes, sobre as quais se desenham sobranceiras espessas e de côr castanho-escura, que não invadem o espaço habitualmente existente entre elas.

A implantação dos cabelos — castanho-escuros, lisos e relativamente abundantes — é limitada adiante por uma linha convexa.

Os olhos estão um pouco retraídos nas órbitas e tem a íris castanho-escura; cílios recurvados e pouco longos, mais raros nas pálpebras inferiores.

As orelhas, de lóbulo aderente em parte, tem um tamanho regular, nada oferecendo de particular a sua implantação.

Nariz de bôrdo livre levemente côncavo, e de base um pouco achatada; sulcos naso-genais e lábio-genais bastante vincados. Lábios pouco espessos, o inferior um tanto descaído, limitando o contôrno do orifício bucal, que é de dimensões regulares. A dentadura é completa, nada apresentando de singular a implantação e forma dos dentes; abóbada palatina de conformação normal.

Pescoço — As particularidades que o seu exame nos oferece a pouco se resumem: o triângulo supraclavicular esquerdo é mais profundo que o do lado oposto, notando-se a saliência mais pronunciada da massa muscular do esterno-cleido-mastoideu à direita. Do lado esquerdo, pelo contrário, é mais saliente o trapézio.

A meio da região da nuca existe uma pequena cicatriz linear branca e não recente.

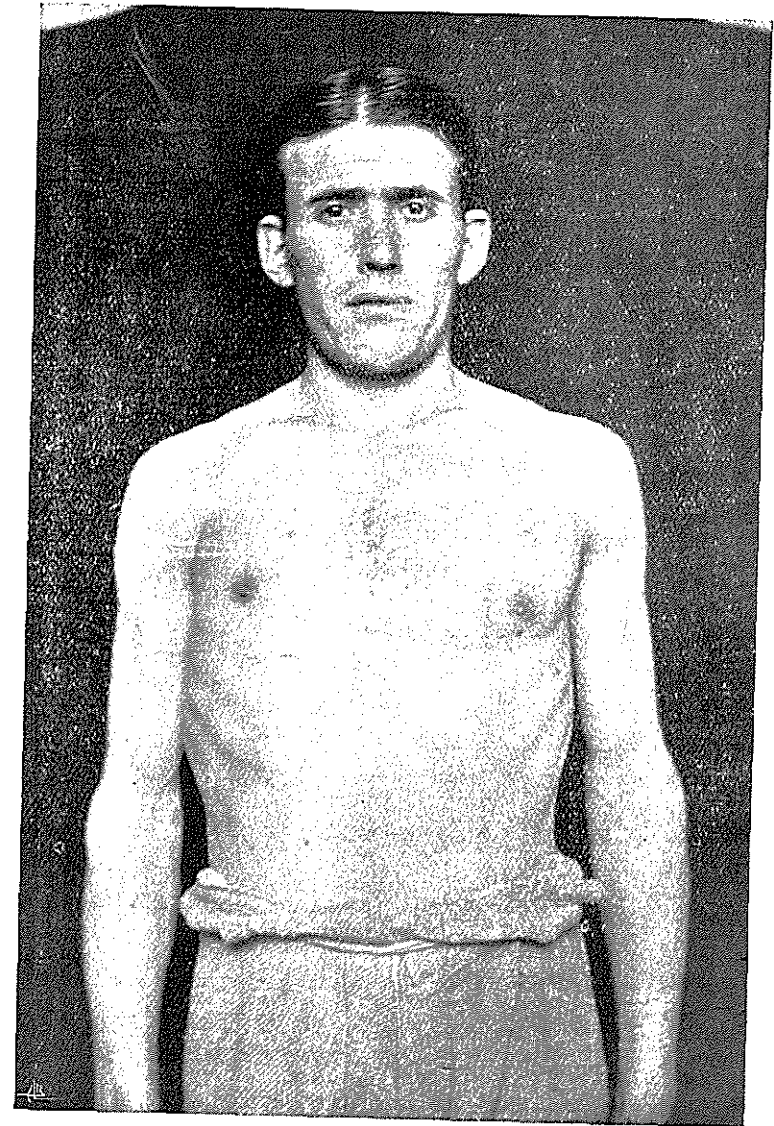


Fig. 1

AMANDIO TAVARES — Agenesia do grande e pequeno peitorais

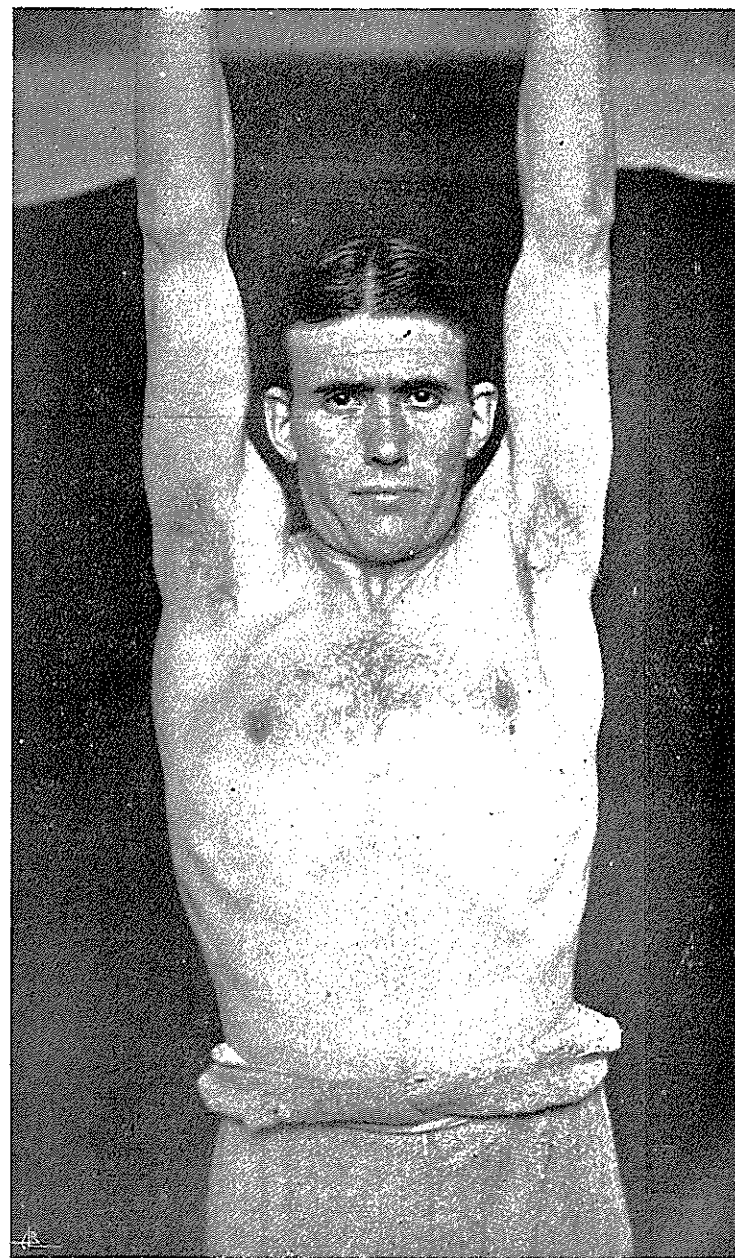


Fig. 2

AMÂNDIO TAVARES — Agnesia do grande e pequeno peitorais

Tórax — O que logo nos fere a atenção, observando o tórax pela face anterior, é a sua assimetria, já apreciável quando o doente tem os membros superiores pendentes ao longo do tronco (fig. 1), mas tornada mais visível quando êle os eleva (fig. 2); ao passo que a parte superior do hemitórax esquerdo se projecta em notável saliência, do lado direito existe antes uma depressão a substituir o relêvo que, normalmente, se ergue a formar a parede anterior da cavidade axilar. Os espaços intercostais e as costelas correspondentes desenhavam-se nitidamente dêste lado, notando-se ainda que o mamilo está mais superior e internamente colocado que o do lado oposto.

Ao contrário do que se verifica para a parte superior, a parte inferior do hemitórax direito é mais saliente que a correspondente no hemitórax esquerdo. Um pouco para cima e para dentro do mamilo esquerdo há uma tatuagem representando uma âncora.

Olhando o tórax pela face posterior, impressiona-nos desde logo a saliência mais pronunciada que o hemitórax direito forma na parte inferior, com maior desenvolvimento das massas musculares da região.

Abdómen — A observação nada revela digno de nota.

Membros superiores — O ombro direito desce mais que o esquerdo, sendo êste desnivelamento bastante sensível. Na face externa do braço direito há duas pequenas cicatrizes de vacina, e na parte média da face anterior do antebraço esquerdo uma nova tatuagem com a forma duma estrela de oito raios.

Membros inferiores — No limite superior da região ínguino-crural do membro direito, e ocupando uma boa parte da prega inguinal, apresenta uma tumefacção ovoide, ao nível da qual a pele é vermelha e luzidia.

Órgãos genitais externos— No sulco bálano-prepucial, junto ao freio, destaca-se uma pequena cicatriz arroxeadada, de direcção um pouco oblíqua de cima para baixo e da direita para a esquerda.

Elementos fornecidos pela palpação e mensuração— A clavícula, tanto dum lado como do outro, palpa-se bem em toda a sua extensão, sòmente o bôrdo anterior é mais fácilmente explorável à direita, em virtude da ausência de inserções musculares nesse bôrdo, desde a articulação esterno-costoclavicular até 60^{mm} de distância desta última; nesta altura apresenta um notável espessamento e projecta-se sob a forma duma tuberosidade bastante saliente, que se continua com a superfície rugosa da face inferior do osso. Junto dessa tuberosidade começa a inserção dum espesso feixe muscular em forma de triângulo, que mede 35^{mm} ao nível da base inserida na clavícula, dirigindo-se obliquamente para baixo e para fora, transpondo o espaço que separa a clavícula do húmero e encostando-se ao bôrdo anterior do deltoide até 155^{mm} de distância da sua inserção da clavícula, para se introduzir por debaixo daquele músculo, com o qual parece fusionar-se (fig. 3).

Pela flexão do antebraço sôbre o braço, com pequena adução dêste e leve projecção do cotovêlo, o referido feixe muscular desenha-se muito melhor, exagerando-se a saliência que êle forma.

Do lado oposto esboça-se um relevo muscular com posição e direcção idênticas, mas menos desenvolvido, fusionando-se dentro em pouco com os elementos musculares do grande peitoral e, principalmente, do deltoide, de forma a não podermos segui-lo.

A distância que separa o feixe em questão da porção clavicular do deltoide é de 28^{mm} ao nível da clavícula. As três porções dêste último músculo estão nitidamente separadas na origem e distinguem-se bem pela palpação, devendo notar-se que a inserção

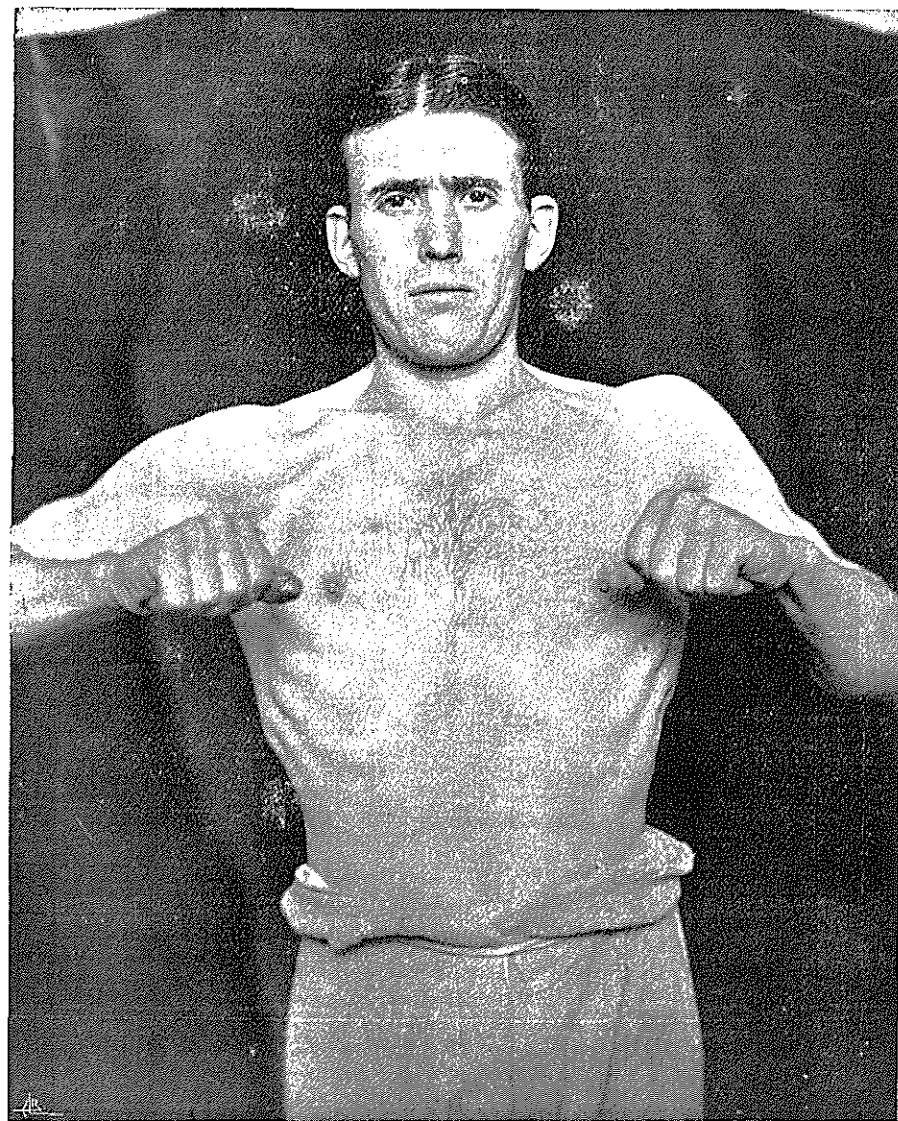


Fig. 3

AMANDIO TAVARES — Agenesia do grande e pequeno peitorais

clavicular é mais extensa que a do músculo esquerdo. A clavícula, no ponto em que se insere o referido feixe, mede 31^{mm} de espessura.

A apófise coracoidea palpa-se muito bem ao nível da depressão existente na parte superior do espaço que separa os feixes claviculares do deltoide daquele feixe; permitindo ainda a palpação perceber nitidamente: o tendão comum da curta porção do bicípite e do córaco-braquial, que dela parte, assim como reconhecer as dez primeiras costelas, as cartilagens correspondentes e os músculos sub-clávio, grande dorsal e grande dentado.

Na zona correspondente à posição habitual do grande e pequeno peitorais, apenas se distingue o feixe muscular descrito e cuja significação adiante discutiremos.

Estando o braço afastado do tronco, convidamos o doente a levá-lo para a posição descritiva. Opondo-nos ao abaixamento, não se nota a saliência habitualmente formada pelo bôrdô do pequeno peitoral. Êste facto veio confirmar a suspeita da falta daquele músculo, desde logo despertada pela simples palpação.

A artéria axilar também se palpa com nitidez desde pouco depois da sua origem e numa grande extensão, mas não nos é possível individualizar exactamente os cordões nervosos que a rodeiam, embora sejam perceptíveis.

O mamilo direito corresponde à 4.^a costela e dista 7^{cm} da linha esternal do mesmo lado, sendo de 11^{cm} a distância que separa o mamilo esquerdo, o qual assenta sôbre o 4.^o espaço da linha esternal correspondente.

A tumefacção ovoide existente junto da prega inguinal direita, e a que fizemos referência a propósito do exame dos membros inferiores, mede 8^{cm} de comprimento por 2^{cm} de largura.

A palpação revela um leve aumento da temperatura local e flutuação, despertando vivas dores ao doente.

Movimentos — Tratando-se duma disposição anómala que interessa a musculatura do tórax e caracterizada pela ausência de dois músculos, um dos quais desempenha tão importante papel na motricidade do membro superior, impõe-se o estudo dos movimentos dêste membro, para avaliarmos o grau das perturbações que aquela ausência pode ter acarretado. Verificamos que todos os movimentos activos e passivos são realisáveis e com excursões sensivelmente iguais às do membro superior esquerdo. É o movimento de adução aquele que mais particularidades nos oferece, o que não é de estranhar, dada a acção preponderante exercida pelo grande peitoral, que neste caso falta, para a realização dêsse movimento: Praticando a manobra que acima indicamos para o reconhecimento da presença ou ausência do pequeno peitoral — isto é, convidando o doente a levar o braço, prèviamente desviado, ao contacto do tronco e opondo-nos ao movimento — notamos que a adução é efectuada sobretudo pelos músculos grande dorsal e grande e pequeno redondos, auxiliados pelo feixe descrito, ao mesmo tempo que o ombro se projecta solicitado pela acção conjunta dele e dos feixes vizinhos do deltoide. O movimento de abdução é realizado à custa dêste músculo e para a retropulsão interveem os músculos que o realizam normalmente.

Cirtometria — Para tornar mais salientes as diferenças de conformação dos dois hemitórax, apreciáveis nas fig. 1 a 3, acrescentamos os seguintes esquemas (fig. 4), que representam, em escala reduzida, os esquemas perimétricos tirados com o auxilio do cirtómetro de Woillez. No esquema 1, correspondente ao perímetro do fundo da cavidade axilar, é notável a depressão da parte anterior do hemitórax direito; o esquema 3 traduz bem a saliência mais pronunciada da parte inferior do mesmo hemitórax, determinada pela hipertrofia das massas musculares da região e maior

abaülamento das partes ósseas, em relação com o predomínio do tipo respiratório costal inferior dêste lado.

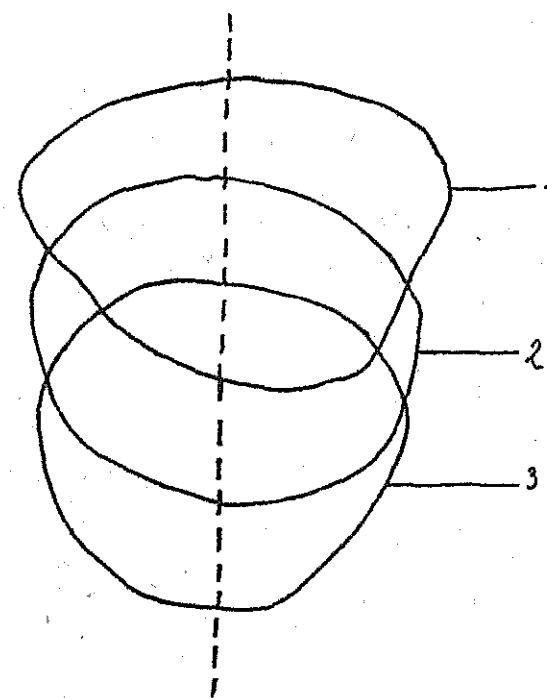


Fig. 4

Aparelho digestivo — Leve obstipação habitual. O fígado excede um pouco o rebordo costal na linha mamilar.

Aparelho respiratório — Número de movimentos respiratórios 18. A amplitude dêstes movimentos é maior do lado esquerdo ao nível da parte superior, maior do lado direito ao nível das últimas costelas e espaços intercostais correspondentes. O tipo de respiração costal inferior é predominante dêste lado.

Procedendo à medição dos perímetros torácicos encontramos os seguintes valores:

QUADRO DOS SEMI-PERÍMETROS TORÁCICOS

	Altura da cavidade axilar	Altura do mamilo	Altura do apêndice xifoideu
Inspiração normal	direita . .	47	49
	esquerda . .	47	45,5
Inspiração máxima	direita . .	49	50
	esquerda . .	48	49,5
Expiração normal	direita . .	46,5	48
	esquerda . .	46,5	44,5
Expiração máxima	direita . .	46,5	47,5
	esquerda . .	46	44

Aparelho circulatório — O choque da ponta faz-se no lugar habitual. Ruídos cardíacos normais e pulso sensivelmente normal nos seus caracteres. Frequência, 78 pulsações por minuto. As tensões medidas ao Pachon no pulso radial teem os seguintes valores: Tensão máxima 15; tensão mínima 7.

Aparelho urinário — A sua observação nada nos apresenta digno de nota.

Sistema nervoso — Não há alterações que mereçam ser registadas.

Sistema muscular — Exceptuando a disposição referida, nada mais se nota digno de menção. A força de pressão ao dinamómetro é considerável e está em relação com a notável hipertrofia do seu sistema muscular, oferecendo a curiosidade de ser maior do lado em que se verifica a ausência de peitorais. Mão direita 135 quilogramas; mão esquerda 128 quilogramas.

Sistema linfático — Palpam-se pequenos gânglios inguinais duros e móveis junto da adenite supurada.

Antecedentes pessoais — A anomalia muscular que acima fica descrita não passou despercebida nem ao doente nem às pessoas de sua família. Recorda-se de, em criança, seus pais se referirem a ela, dizendo que êle tinha «um peito mais alto do que o outro». Certo é, porém, que esta constatação resultava exclusivamente da assimetria torácica por ela determinada e não de quaisquer perturbações que, porventura, pudesse acarretar ao regular funcionamento do membro superior, perturbações essas que nunca se fizeram notar. Realizava, como vimos que hoje realiza, com o membro direito os mesmos movimentos e esforços que com o esquerdo e de tal sorte que nunca o trabalho fatigou mais um do que o outro. Chegado à idade militar foi inspeccionado por uma junta de recrutamento; a despeito de os membros da junta terem dado conta da existência da assimetria torácica—tendo sido, segundo refere, o desnivelamento dos ombros que lhes prendeu a atenção—foi apurado para o serviço activo, indo servir num regimento de artilharia. Como soldado desta arma fez parte duma expedição militar a Marrocos, demorando-se em Melila cerca de três anos. Assegura-nos que também durante o tempo do serviço militar nunca percebeu qualquer perturbação da motilidade do membro superior direito, mesmo nos trabalhos mais pesados. Fez parte dum club desportivo em Bilbao, praticando largamente

o foot-ball e entregando-se a exercícios ginásticos variados, que contribuíram para levar o seu sistema muscular ao desenvolvimento que hoje apresenta. Diz-nos que teve sempre o cuidado de resguardar, tanto quanto lhe era possível, o hemitórax direito, por «sentir o pulmão logo por debaixo da pele». Não se recorda de ter estado doente, a não ser agora, que foi obrigado a internar-se no hospital por motivo da adenite de que sofre e cuja história se limita à história banal das adenites desta natureza: A seguir a um coito suspeito apareceu-lhe no sulco bálabano-prepucial, junto ao freio, e no ponto hoje marcado pela cicatriz já descrita, uma pequena ulceração que supurava e era dolorosa. Pouco tempo depois apareceu-lhe junto da prega inguinal uma tumefacção, a princípio pequena, mas que pouco a pouco foi aumentando até atingir as dimensões que hoje apresenta, já com flutuação. Trata-se duma adenite consecutiva a um cancro mole e que, como se vê, nada oferece de particular.

Antecedentes hereditários — Ficou órfão desde muito novo, mas sabe que os pais, falecidos aí por 1898, vitimados pela varíola, foram sempre saudáveis. Por essa altura faleceu também um seu irmão com a mesma doença; dos seis filhos que ficaram, morreu outro dum desastre ocorrido numa mina e os restantes são todos saudáveis, nenhum apresentando, que lhe conste, qualquer disposição anómala do seu sistema muscular. Na patologia dos antecedentes não se apura nenhuma doença nervosa e também não tem havido, que ele saiba, casamentos consanguíneos.

Boletim antropométrico

Cabeça

Diâmetro antero-posterior máximo	189 mil.
» » » metópico-occipital	186 »
» transverso máximo	149 »
» frontal mínimo	115 »
» bi-auricular	142 »
» vertical supra-auricular	169 »
Curva horisontal total	560 »
» supra-auricular (pelo vertex)	360 »
» » » (» bregma)	356 »
Diâmetro bi-mastoideo máximo	133 »
» bi-zigomático	142 »
» bi-goniaco	103 »
Distância do ófrion ao limite anterior da implantação dos cabelos	48 »
» » » ao ponto nasal	14 »
Altura do nariz	60 »
Largura do nariz	32 »
» máxima na abertura das fossas nasais	22 »
Distância ófrion-alveolar	37 »
» sub-naso-alveolar	19 »
» naso-alveolar	79 »
» naso-bucal	81 »
» do ófrion ao mento	143 »
» mento-nasal	129 »
» do ponto subnasal ao mento	71 »
» mento-goníaca { direita	92 »
» esquerda	90 »
Altura total da face	182 »
» da base do nariz	25 »
Largura inter-ocular	28 »
» bi-ocular externa	108 »
» bipalpebral interna	31 »
» bipalpebral externa	34 »
» da órbita	42 »
Altura da órbita	34 »
Largura da fenda bucal	56 »
Altura do lábio superior	19 »
» » lábio inferior	17 »
» da mucosa bilabial	13 »
Distância da prega sublabial inferior à ponta do mento	40 »
Largura do incisivo superior médio { direito	9 »
» esquerdo	8 »

Largura do incisivo superior lateral	{ direito	6 mil.
	{ esquerdo	7 »
» » incisivo inferior médio	{ direito	4 »
	{ esquerdo	3 »
» » incisivo inferior lateral	{ direito	4 »
	{ esquerdo	5 »
Comprimento máximo da orelha		66 »
» da orelha cartilaginosa		56 »
Largura da orelha		39 »
Ângulo facial		66.º

Índices

Índice cefalométrico	78,7
» facial total	95,9
» facial superior (relativo a dist. ófrio-alveolar)	61,2
» facial superior (» » » naso-alveolar)	55,6
» orbitário	80,9
» nasal	53,3

Alturas acima do solo

Do vertex	1670 mil.
» canal auditivo	1531 »
» mento	1434 »
» acromion direito (bôrdo superior e externo)	1374 »
» » esquerdo	1384 »
Da fúrcula esternal (ponto de maior declive)	1365 »
Do mamilo direito	1246 »
» » esquerdo	1236 »
» umbigo	1008 »
» bôrdo superior do púbis	865 »
Da espinha ilíaca ântero-superior direita	940 »
» » » » esquerda	920 »
Do bôrdo superior do grande trocanter direito	870 »
» » » » esquerdo	870 »

Tronco

Circunferência do pescoço (mínima)	370 mil.
Comprimento do esterno (desde a fúrcula ao apêndice xifoideu)	185 »
Altura do apêndice	38 »
Distância bi-acromial	341 »
» bi-mamilar	225 »
» entre as espinhas ilíacas ântero-superiores	270 »
Circunferência do abdomen à altura do umbigo	780 »

Membro superior

Grau de envergadura	1980 mil.
Comprimento do braço direito (desde a acromion à interlinha articular humero-radial)	340 »
Comprimento do braço esquerdo	340 »
» » antebraço direito (desde a interlinha articular humero-radial até à extremidade da apófise estiloideia do rádio)	250 »
Comprimento do antebraço esquerdo	250 »
Circunferência do braço direito ao nível do fundo da axila	302 »
» » » esquerdo	283 »
» » » direito (logo abaixo do deltoide)	278 »
» » » esquerdo	272 »
» máxima do antebraço direito (ao nível do terço superior)	262 »
Circunferência máxima do antebraço esquerdo	264 »
» mínima » » direito (logo acima das apófises estiloideias)	170 »
Circunferência mínima do antebraço esquerdo	170 »
Comprimento da mão direita (à extremidade distal do médio)	200 »
» » » esquerda	200 »
Relação centesimal entre o comprimento do braço e a altura total do indivíduo	20,3
Relação centesimal entre o comprimento do antebraço e a altura total	14,9

Membro inferior

Circunferência máxima da coxa	498 mil.
» mínima » » (acima do joelho)	352 »
» máxima » perna	342 »
» mínima » » (acima dos maléolos)	220 »
» máxima do pé (ao nível da região metatarsica)	250 »
Comprimento da coxa	398 »
» » perna	375 »
» total do pé	264 »
Relação centesimal entre o comprimento da coxa e a altura total do indivíduo	23,8
Relação centesimal entre o comprimento da perna e a altura total	22,4
» » » » do membro inferior e a altura total	46,2
Peso	66 kl.
(Antes da aquisição do cancro mole e do internamento no hospital, acusava o peso de 77,5 kl.).	

Conclusão — É mesocéfalo, leptoprósopo, microsémico, mesocônquico e platirrínio.

*
* *
*

Pondo de parte o padecimento que motivou a entrada de G. A. N. no hospital e que, no ponto de vista que nos interessa, nada de particular nos oferece, detenhamo-nos um pouco na apreciação dos defeitos referidos na sua musculatura, os quais acarretam a notável assimetria torácica percebida mesmo pelo exame mais superficial.

Vejamos, em primeiro lugar, a qual dos músculos — grande peitoral ou deltoide — devemos ligar o feixe muscular a que fizemos larga referência. Atendendo à situação que êle ocupa e às suas relações estreitas com o deltoide, parece fora de dúvida que deve ser considerado como um feixe dêste músculo destacado da sua massa, ao nível da inserção superior, mas unindo-se-lhe dentro em pouco para o seguir até à inserção no húmero, perto do qual parece dar-se a fusão.

Por outro lado, tendo em conta a separação que, por vezes, existe entre as diversas porções do grande peitoral, poderíamos pensar que aquele feixe representasse a porção clavicular, a única existente, daquele músculo; porém, a inserção na clavícula afigura-se-nos demasiadamente desviada para fora para pertencer ao grande peitoral, o que junto às razões acima expostas concorre para pormos de lado essa possibilidade, acabando por considerar o feixe em questão como fazendo parte do deltoide, do qual constitue uma porção errática.

Sendo assim, estamos em face duma ausência completa dos peitorais direitos, que somos levados a classificar de congénita por várias razões, entre elas a de ter sido denunciada desde muito cedo e a de não encontrarmos facto algum na história do doente

que possa servir para justificar a ideia duma atrofia; esta, a ter-se dado, não passaria por certo despercebida ao indivíduo nem às pessoas de familia, em virtude das perturbações de motilidade que necessariamente acarretaria.

Além disto, a hipertrofia compensadora dos músculos, que nós vimos, no estudo dos movimentos, suprirem pela sua acção orientada neste novo sentido a falta do grande peitoral, principalmente, deve ter-se estabelecido desde longa data, tais são a perfeição com que os movimentos se realizam e as pronunciadas alterações trazidas à conformação do hemitórax direito. Trata-se, pois, dum curioso fenómeno de adaptação, atestada ainda pelo desnivelamento de certos pontos do esqueleto, em especial dos acrómions e das espinhas ilíacas ântero-superiores. Todas estas modificações se realizaram por forma a não produzirem quaisquer perturbações que as fizessem tornar apreciadas pelo indivíduo, sendo de presumir que outro tanto não sucederia se a ausência sobreviesse, como consequência duma atrofia, na idade em que o doente já pudes e ter consciência delas.

Acresce ainda a circunstância, a que ligamos grande valor, do desnivelamento dos mamilos, dos quais o direito sobe mais que o esquerdo: é permitido pensar que, se a ausência fôsse consecutiva a uma atrofia e não congénita, nós veríamos o mamilo direito antes abaixado, como resultado do desaparecimento da camada muscular subjacente aos tegumentos ou, quando muito, situado ao mesmo nível do esquerdo, se a atrofia da pele se fizesse por igual.

A causa determinante desta falta de desenvolvimento é que não é fácil apreendê-la, tendo resultado inútil a pesquisa de dados relativos a esta parte, pois não apuramos facto algum, nem no exame do doente nem nos antecedentes, que possa lançar um pouco de luz sôbre este ponto.

*
* *
*

Não é vulgar a ausência congênita dos músculos peitorais. Vejamos quais os casos que encontramos registados na literatura da especialidade.

Hyrtl (1) observou um caso de atrofia congênita do grande peitoral direito, bem como do pequeno peitoral.

Cruveilhier (2) viu uma mulher idosa a que faltavam as inserções claviculares do grande peitoral direito; observou outro caso em que o deltoide tinha *absorvido em seu proveito* todas as inserções claviculares daquele músculo.

Deshayes (3) viu um indivíduo de 50 anos, malhador de trigo, com agenesia do grande peitoral esquerdo. Esse homem sofria dum carcinoma gástrico e era extremamente magro. O seu braço esquerdo possuía todos os movimentos, sendo a adução feita pelos feixes anteriores do deltoide.

Turner (4) refere-se aos seguintes casos: Tweedy descreveu um exemplar de ausência da porção torácica do grande peitoral e de todo o pequeno peitoral; Yeo relatou outra observação de ausência do grande peitoral esquerdo e êle próprio dissecou um cadáver que, à direita, apresentava o grande peitoral com um hiato correspondente à falta de algumas fibras que deviam nascer na segunda cartilagem costal e parte correspondente do esterno.

Testut (5) analisou sumariamente 24 casos de ausência total ou parcial daquele músculo, sendo uma das observações pessoal; o caso de Testut era uma simples separação do grande peitoral em dois feixes, entre os quais havia uma brecha transversal de 2,5^{cm} de largura. Alguns dos exemplares citados por aquele anatómico deviam ser casos de atrofia patológica e não de ausência congênita.

Le Double (6) cita vários casos, colhidos na literatura anatómica, de ausência uni- ou bilateral do grande e pequeno peitorais. Refere-se à agenesia de alguns feixes do grande peitoral, vulgar nos monstros anencéfalos. Segundo Le Double, o Orango e mais alguns macacos não possuem a porção clavicular do grande peitoral e em outros macacos é a porção condro-esternal que não existe.

Bryce (7) descreveu um exemplar em que havia ausência de grande parte da porção esternal do grande peitoral direito.

Mori (8) publicou a observação dum rapaz de 23 anos, em que não havia grande peitoral esquerdo; e Souques (9) relatou um caso de ausência congênita da porção esterno-costal do grande peitoral direito dum rapaz de 20 anos.

Griffith (10) apresentou um exemplar com ausência completa da porção esternal e uma pequena parte da porção clavicular do grande peitoral direito dum indivíduo vivo do sexo masculino. O trabalho é ilustrado com duas gravuras, donde pode deduzir-se a possível existência do músculo chondro-epitrochlearis neste indivíduo; a anomalia era congênita, não causava quaisquer inconvenientes e o seu possuidor nascera dum parto gemelar.

Sorrel, Bourdier & Bertaux (11) publicaram duas observações muito documentadas, ambas colhidas no vivo. A primeira refere-se a um rapaz de 20 anos, com ausência da porção esterno-costal inferior do grande peitoral esquerdo, bem como do pequeno peitoral desse lado, onde havia um mamilo supranumerário. O segundo caso era também um indivíduo do sexo masculino, de 13 anos de idade, com agenesia das porções esterno-costais do grande peitoral direito e do pequeno peitoral.

Appert & Vallery-Radot (12) apresentaram em 18-1-921 à Sociedade de Pediatria de Paris uma rapariga, cujo mamilo direito era metade menor que o esquerdo e situado mais acima. Falta-

vam os feixes esterno-costais do grande peitoral, bem como o pequeno peitoral.

Moreau (13) estudou um exemplar de ausência congênita dos dois grandes peitorais num rapaz de 20 anos.

O sr. dr. Luís Guerreiro (14), assistente do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina de Lisboa, publicou recentemente a observação muito completa dum caso de ausência, certamente congênita, de grande peitoral, pequeno peitoral e sub-clávio esquerdos. Tratava-se dum ferreiro de 19 anos, natural de Alemquer. Como o indivíduo que estudei é espanhol, a observação do sr. dr. Guerreiro é, até agora, o único caso português registado na literatura anatómica.

O desnivelamento dos mamilos, que no seu caso também existia, explica-o por um leve repuxamento da pele observado durante o período embrionário, em consequência da falta de desenvolvimento dos músculos que ela se destinava a revestir.

Como se vê, quasi todos os casos observados de agenesia dos peitorais são do sexo masculino.

O sr. prof. J. Pires de Lima (15) trata largamente da questão da agenesia parcial do grande peitoral nos monstros anencéfalos, apresentando um resumo das observações de outros casos de anomalias do grande peitoral registadas em Portugal.

Cumpro o dever de manifestar o meu profundo reconhecimento ao sr. prof. J. A. Pires de Lima, a quem êste modesto trabalho deve o interesse que possa merecer, pelos valiosos ensinamentos que me prestou para a sua elaboração.

Ao sr. dr. Constâncio Mascarenhas agradeço a colaboração que me prestou, procedendo às mensurações antropométricas do meu exemplar; e ao sr. dr. Pedro Vitorino os meus agradecimentos pelas fotografias que ilustram este trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- (1) HYRTL — Manuale di Anatomia topografica — trad. italiana di Buonomo, I. Napoli, 1870.
 - (2) CRUVEILHIER — Traité d'Anatomie descriptive, 5.^{me} éd. Paris, 1871.
 - (3) DESHAYES — Absence congénitale des deux pectoraux gauches. (*Bull. de la Soc. Anatomique de Paris*, 1873).
 - (4) TURNER — Report on the progress of Anatomy. (*Journal of Anatomy and Physiology*, 1873).
 - (5) TESTUT — Les anomalies musculaires chez l'Homme. Paris, 1884.
 - (6) LE DOUBLE — Traité des variations du système musculaire de l'Homme, I. Paris, 1897.
 - (7) BRYCE — Note on a group of varieties of the pectoral sheet of muscle. (*Journal of Anatomy and Physiology*, London, 1900).
 - (8) MORI — Mancanza del muscolo grande pettorale. (*Monitore Zoologico Italiano*, 1902).
 - (9) SOUQUES — Absence congénitale des muscles grand et petit pectoral. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1902).
 - (10) GRIFFITH — Note on a case of muscular abnormality observed during life. (*Journal of Anatomy and Physiology*, 1902).
 - (11) SORREL, BORDIER & BERTAUX — Deux cas d'absence congénitale unilatérale partielle du grand pectoral et totale du petit pectoral. (*Bull. et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*, 4-XII-1920).
 - (12) APPERT & VALLERY-RADOT — Atrophie pectoro-mammaire et brachydactylie. (*Ref. in La Presse Médicale*, 29-1-921).
 - (13) MOREAU — Absence congénitale des grands pectoraux. (*Idem*, 9-IV-921).
 - (14) LUÍS GUERREIRO — Uma observação anátomo-clínica. (*Arquivo de Anatomia e Antropologia*, vol. V, n.º 3, Lisboa, 1921).
 - (15) J. A. PIRES DE LIMA — Le muscle présternal et la morphologie du grand pectoral chez les monstres tératencéphaliens. (*Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie de Paris*, 1923, p. 312).
- Musculus sternalis and the morphology of the pectoralis major in teratencéphalous monsters. (*Archives Portugaises des Sciences Biologiques*, 1, 2).