

profundas da sensibilidade, motilidade, intelligencia e vontade. "Leva o paciente á **decadencia fisica** — pelas alterações organicas; **psiquica** — pelas lesões cerebrais; **social** pelas perversões eticas".

Nos ambitos do psiquismo, o alcool, que recebe, sem duvida, a colaboração eficiente de predisposições originarias por "herança apropriada, ou insuficiencia de eliminação, de defesa organica e de susceptibilidade criada por habito anterior" — o alcool o anormalisa, fazendo que as desordens se demonstrem em fisionomias clinicas variadas.

Vem, assim, em primeira linha, a **embriaguez**, que se póde ainda incompletamente exteriorizar: "percepção insufficiente, atenção difficil, associação de idéas lenta e arrastada, automatismo solto".

Dê-se paralisia das funções automaticas "(palavra desconexa, movimentos incoordenados, prostração, sonolencia)" — temo-la completa.

Tudo se incrementa — questão de gradação, até que disturbe mais o psiquismo — se ha aí de observar a embriaguez dita patologica.

Manifeste-se, por fim, o quadro morbido com maiores amplitudes, constituam-se variantes clinicas de agitação, coma, delirios, convulsões — estaremos em dominios de plena psicose, que se diversifica em modalidades sub-aguda, aguda e supra aguda ou então cronicada.

Por ultimo, pela demora ou permanencia dos efeitos tão nocivos, regista-se o **estado demencial**, enfraquecimento irrevocavel das funções da intelligencia.

Se esmiuçarmos bem os elementos de que se organizam os grupos mencionados, havemos de enfrentar mais de uma variedade:

— Assim, o **onirismo**, em que tudo se passa como num sonho. E' o individuo, permitido se dizer, que sonha em vigilia, ou acordado — reproduzindo as imagens desconchavadas, esquisitas, que se representam no seu desconcertado psiquismo — interessante quadro êsse magistralmente estudado pelo eminente Régis, psiquiatro de Bordéas.

— O esdruxulo tipo **polineuritico de Korsakoff**, em que ao lado de fenómenos motores e sensitivos da inervação periferica, aprecia-se crise mental delirante ou confusional com especial **fabulação**, tipo êsse, aliás, apanagio de qualquer toxemia, mas proeminentemente do etilismo.

— E ainda o costumeiro delirio de ciúmes, no qual existe, com frequencia, perfeita sistematização de idéas moribidas, afectando apparencias de veridicas.

Além disso, o alcool agrava estados patologicos anteriores.

Além do mais, se dissimula, de ora em quando, em syndromes mentais outras que nos desviam a atenção para a sua presenca tão daninha.

Além de tudo, como a sifilis, é magno factor de degeneração de toda a especie.

E' êle tambem que, já no **sêr intrauterino**, se responsabilisa pelo preparo da epilepsia que surge, de habito, na primeira infancia, ou na adolescencia, para jámais abandonar a sua presa.

Eis, Snrs., o alcool, o bilhete de recomendação mais corriqueiro para se alcançar o Manicomio!...

De todo o visto, numa inspecção de conjunto, para que se deva arrematar, diga-se que essas causas isoladas, por si, quase sempre, não actuam.

Precisam-se agregar, se dar as mãos, para os seus maleficos efeitos — tudo, mais ou menos, em ordem proporcional á gravidade do factor etiologico e ao coeficiente individual.

* * *

Baste agora de tanto palanfrorio. Ouvistes o que a vossa refinada gentileza provocou. Como previramos, nada de valioso aumentastes aos vossos conhecimentos dilatados.

Mas sirva unicamente o nosso feito de incentivo a que deixeis vossa modestia indesculpavel, espargindo, dentro em breve, para os avidos de saber, o oiro em pó de vossos reais merecimentos.

Quanto a nós, ufanosos e radiantes das mais justas e lidimas alegrias — pelas elevadas honrarias que nos destes, cuja recordação imarcessivel se nos ha de gravar, como uma sempreviva, na memoria, somos sinceramente agradecido.

Colegas eminentes, filhos illustres desta terra, que nos foi tambem berço natal, e de onde saímos nos alvares de uma instrução abecedaria, regressando amanhã ao nosso lar, levamos a certeza de vos ter já bem junto ao coração...

SOBRE UM CASO DE DIAGNOSTICO DIFFICIL

pelo Dr. Frederico Falk

(prof. da Faculdade de Medicina de Porto Alegre).

Em Maio de 1919 fui attender a um antigo cliente que se achava ligeiramente grippado, cousa que aliás lhe succedia em todas as entradas de inverno.

Tratava-se de um homem robusto, um tanto corpulento, de côr branca, com 16 annos de idade, de profissão constructor.

O pae fallecera de colite aos 72 annos; a mãe, de affecção cardiaca, aos 45. Seu unico irmão succumbiu á arterio-esclerose. Suas quatro irmãs tambem são mortas, tendo sido victimadas, duas pela tuberculose, uma por affecção cardiaca e a ultima por um osteo-sarcoma do esterno.

Poucas molestias tem tido, sendo, porém, muito sujeito a **resfriados**. Soffre de dyspepsia chronica, com grande dilatação e ptose do estomago, cujo fundo, pela radioscopia, é encontrado na fossa iliaca esquerda.

Este paciente, em cada refeição, ingere o conteúdo de

uma moringa d'agua, contribuindo naturalmente este facto para manter e augmentar a affecção gastrica.

Em 1913 fôra operado por mim e pelo saudoso collega Wallau, de um largo papilloma da nuca assestado sobre as cicatrizes deixadas por pertinaz furunculoze. O aspecto desse tumor era suspeito. Infelizmente não foi feito exame histologico, visto a operação ter sido praticada em vespuras de minha viagem á Europa, portanto, um pouco apressadamente. O facto é que não houve reproducção.

Quanto ao estado actual, nada de importante encontro por occasião da primeira visita. O doente accusa apenas certo mal estar, apresenta 37,5 á tarde, tem coryza e ligeiros signaes de bronchite. Trata-se de uma gripe banal.

Emquanto sua esposa, que então se encontra nas mesmas condições, se restabelece ao cabo de uns 10 dias, apesar de diabetica, em estado adiantado, nelle a molestia não

toma a mesma marcha. Este facto não me surpreheende, pois de ha muito me habituára ás suas bronchites e tra-cheites rebeldes, que, geralmente, se extendem pelo inverno afóra, terminando quasi sempre em Outubro.

Pois ainda desta vez o paciente é perseguido, durante tres mezes, por uma tosse secca, pertinaz, ás vezes convulsa, entrecortada de pequenos intervallos de acalmia.

Fazendo abstracção dos incommodos da tosse, o doente sente-se bem disposto. A auscultação revela unicamente estertores seccos e alguns humidos dissimulados, ao passo que a percussão é inteiramente negativa.

Um exame de urina, feito em fins de Maio, pelo Dr. Pereira Fº, accusa como unico elemento estranho, regular quantidade de hemacias, as quaes, em novo exame, realisado um mez depois, não são encontradas.

Em Agosto, a situação começa a modificar-se. Manifesta-se dyspœa, a principio de esforço, mais tarde, continua. Pouco intensa no começo, ella se vae aggravando paulatinamente. O doente, quando na cama, procura o decubito lateral esquerdo.

A percussão indica a existencia de uma zona de massicez na base do hemi-thorax esquerdo, com abolição do murmuro vesicular e do fremito thoraco-vocal. Esta zona augmenta rapidamente para, no fim de mais 8 dias, corresponder aos dois terços inferiores do mesmo hemi-thorax.

Ha desvio do coração para a direita, percebendo-se o choque da ponta sobre a linha mediana, abaixo do appendice xyphoide. Desapparecimento do espaço de Traube. Signal da moeda presente.

Não resta duvida de que se trata de um derrame. Indico a thoracocentese.

Chamado, em conferencia, o distincto collega Dr. Dionysio Silveira, concorda com o diagnostico e a intervenção. Retiramos 3 1/2 litros de liquido fortemente hematico. No dia seguinte, temos ensejo de avaliar sua riqueza em sangue, pelo volumoso coagulo que se formára.

A natureza do derrame naturalmente nos faz suspeitar desde logo da existencia de um processo maligno, tanto mais que a tuberculose no caso pôde ser encluida. Contra esta hypothese fala tambem a permanencia do sangue no liquido, em punções successivas, como veremos em seguida.

Antes de entrarmos em mais detalhes sobre o diagnostico, convem dizer que, em dois mezes, são praticadas 6 punções, nas seguintes datas: 8, 20 e 29 de Agosto, 13 e 27 de Setembro e 8 de Outubro. A quantidade de liquido extrahido, varia de 3 1/2 a 4 1/2 litros, sendo de notar que sempre costumamos deixar regular quantidade na cavidade pleural, donde se pôde avaliar da amplitude desta. A porcentagem de sangue é sensivelmente a mesma, a julgar pelo volume dos coagulos.

Nos intervallos das punções que variam de 9 a 15 dias, observa-se que o resto do liquido, durante alguns dias, conserva o mesmo nivel, para depois elevar-se de modo brusco. Como o doente móra em arrabalde distante do centro, elle se habitua facilmente, a determinar o dia da funcção. E' quando os batimentos cardiacos se approximam da linha mediana. Acontece por vezes que thoracocentese só é feita no dia seguinte. Neste caso, os batimentos facilmente já são percebidos, além daquella linha, o que prova o augmento rapido do liquido.

Após a 6ª punção, com surpresa nossa, o liquido não se reproduz. Permanece, no entanto, a massicez da base, a qual se mantem até ao desfecho fatal.

Prosigamos agora na questão do diagnostico. A tuberculose já foi incluida; tão pouco se trata de um derrame

traumatico. Resta-nos a hypothese de um cancer. Onde estaria localizado? — No proprio parenchyma pulmonar? — E' pouco provavel, pois após as funcções, a percussão do thorax accusa sonoridade, sinão perfeita, ao menos igual em toda a extensão, com excepção da base. Faltam tambem a dyspnœa violenta independente de derrame, as dôres intensas, ás quaes Dienlafoy liga muita importancia, e a expectoração caracteristica de gelêa de groselha. Quando muito, poderia tratar-se de pequenos nodulos cancerosos, mas a marcha ulterior não confirma sua existencia no tecido pulmonar.

Levando a hypothese de um cancer do hilo, ainda pouco desenvolvido, o que explicaria a impossibilidade de verificá-lo pela percussão. E' provavel que a radioscopia possa dissipar todas as incertezas, mas o doente não está em condições de supportar a viagem á cidade.

Resta ainda um ponto, em que poderia estar localizado o tumor. E' a parte inferior da pleura, onde, pela permanencia de uma certa porção de liquido, ainda existe massicez. Quem nos garante que esta massicez produza unicamente a existencia do liquido?

Para elucidarmos o diagnostico, o paciente naturalmente é sujeito a exames minuciosos repetidos. Resultado: mediastino livre, augmento de volume do coração e da crossa da aorta, si bem que esta seja pouco patente, pequeno augmento do figado, dilatação e ptose do estomago.

Ha certo grão de atheroma. Ausencia de hipertensão, mais tarde hypotensão fraca. Pulso geralmente a 90. Com a cavidade pleural cheia, ella não passa de 104. Synchronismo dos pulsos radiaes. — Wassermann positivo (++).

Convem accentuar que o doente nunca se queixa de dôres intra-thoracicas.

Apparece um signal valioso: um pequeno ganglio infra-clavicular, á esquerda.

Nossa convicção a respeito da malignidade do processo cada vez se firma mais. Como, porém, o Wassermann é positivo, na falta de outra therapeutica applicamos algumas series de sôro de Hirsch, mais no intuito de observar o — *ut aliquid fiat* — do que na esperanza de obter algum resultado. Autores ha que affirmam que, nos cancerosos, é commum encontrar-se o Wassermann positivo, mesmo na ausencia de todos os signaes clinicos da syphilis.

Depois do tratamento especifico, o doente faz uso constante de inecções de cacodylate e de vanadato de sodio, de sulfato de strychnina, etc.

Em Outubro está mais animado, quasi sempre em pé, fala em passeios e deseja saber, quando poderá ir a uma caçada, mas o emmagrecimento já é notvel.

Nessa epocha, apresenta-se um elemento de muito valor. Já por occasião das ultimas punções manifestaram-se dôres, a principio vagas, depois mais accentuadas, na região escapulo-humeral esquerda. Esta vae augmentando de volume. Parece tratar-se de uma myosite do deltoide. Bem depressa, porém, reconhecemos o nosso erro, pois o que se está desenvolvendo, é um tumor solido, fusiforme, a principio de superficie lisa, mais tarde irregular (bosselado), abrangendo a parte correspondente ao terço superior do humero.

A pelle que o reveste, é luzidia, não ha rubor, nem elevação thermica local. Dôres violentas, tanto espontaneas como provocadas, dôres nevralgicas por todo o braço (compressão de nervos), edema da mão. Mais tarde: fluctuação franca.

Trata-se de um osteo-sarcoma do terço superior do humero, o que posteriormente ainda se confirma pela fractura espontanea do osso. Causa curiosa, o paciente nunca chega a saber desse accidente. Para não se exacerbarem suas dôres,

faz uso de um lenço de Mayor, de modo que não percebe a grande mobilidade anormal do osso, aliás unico signal da tractura que existe. A mobilisação dos fragmentos nunca lhe provoca dores especiaes. Na opinião delle trata-se de um grande abcesso que deveria ser incisado.

Agora, com toda a segurança, podemos escrever que o paciente é portador de um tumor maligno. Resta, porém, uma pergunta: Este tumor é primario ou secundario? — Si o liquido pleural hematico no caso é indicio de neoplasma maligno, o tumor do braço forçosamente é secundario, pois seu desenvolvimento é posterior ao derrame. E assim estabelecemos o diagnostico de osteo-sarcoma metastatico do humero.

Continuando as melhores subjectivas do paciente, em 21 de Outubro, elle é finalmente sujeito a exame radioscopico no gabinete do Dr. Renato Barboza.

Resultado: diaphragma movel á direita, immovel do lado opposto. Deste lado, na parte inferior da pleura, desenha-se uma sombra, cujo limite superior se apresenta em forma de plano inclinado, caracteristico da existencia de liquido. A inclinação não muda pelas diversas attitudes do tronco, portanto o liquido deve estar enkystado.

Pulmões livres, bem transparentes, nada para o hilo. Base do pulmão esquerdo apagada pela sombra do liquido. Si houver tumor, elle deve estar comprehendido naquella zona.

Coração augmentado de volume, crossa da aorta idem. Espaço retrocardiaco presente, si bem que reduzido. Nada mais para o mediastino que nos chame a attenção.

Na mesma occasião temos ensaio de vêr a enorme dilatação do estomago já citada.

Em conclusão, a radioscopia tambem nos não esclarece o caso. Ha tumor, mas não se manifesta por meio algum. Só pôde estar localisado na parte inferior do hemi-thorax-esquerdo e deve ser exclusivamente pleural. Será primario ou secundario? Segundo Dienlafoy, o cancer pulmonar, o pleural e o pleuro-pulmonar raramente são primitivos.

No caso presente haverá outro tumor que possa ser considerado primario? E' o que vamos vêr agora.

E' preciso declarar que, apesar do estado de emmagrecimento do paciente, a parede abdominal offerece grande obstaculo a uma palpação profunda. Ainda existem boas camadas musculares cobertas de regular panículo adiposo. Junte-se a isto a distensão do estomago e dos intestinos num dyspeptico inveterado, e se fará idéa das difficuldades encontradas.

Em Novembro apresentam-se hematurias intermitentes que não mais abandonam o paciente até ao desfecho fatal que se verifica em Outubro do anno seguinte, isto é, exactamente, um anno depois do exame radioscopico. Quem visse aquelle homem subir as escadas para o gabinete do Dr. Renato Barboza, não lhe daria mais de tres mezes de vida, tal seu estado de miséria. Foi esta a opinião de varios collegas que calmamente assistiram ao exame. Unicamente o professor Olinto que o viu 3 a 4 mezes depois, declarou-me que iríamos ter a surpresa de vê-lo com vida, ainda por longos mezes.

As hematurias são muito abundantes, costumando durar de 2 a 4 dias. Os intervallos são de 1 a 3 semanas. Quasi sempre as injeções de sôro gelatinado conseguem combatel-as.

E' claro que, com o apparecimento das hematurias, eu dirija mais minha attenção para o aparelho renal, até que em Dezembro consigo palpar um tumor do rim direito que se apresenta com as dimensões de uma pera de tamanho natural. Essa existencia é confirmada pelos collegas Dionysio, Olinto e Blessmann.

Trata-se de um tumor de evolução rapida, assumindo grandes proporções. Assim, nos ultimos mezes, elle se estende até á respectiva fossa iliaca, ultrapassando de outro lado a linha mediana. Pôde ser reconhecido á distancia pela simples inspecção. Por fim, elle chega quasi a determinar oclusão intestinal.

Nos ultimos 8 mezes de vida, os soffrimentos do paciente são determinados pelo tumor do braço (neuralgias) e pelas hematurias, ao passo que o tumor do rim e a affecção pleural quasi não o incommodam. Apenas queixa-se temporariamente de dores lombares vagas.

Si não fosse o estado de cachexia adiantada, seria caso de cogitar-se da desarticulação do braço.

Por occasião das hematurias formam-se abundantes coagulos na bexiga que muito lentamente são expellidos, de baixo de grandes dores. O catheterismo favorece e apressa sua eliminação. Para facilitar o esvaziamento da bexiga, o professor Blessmann lembra a talha hypogastrica, a qual não se realisa, visto os coagulos ultimamente se apresentarem menores.

A morte dá-se por cachexia aggravada, já se vê, pelas repetidas hemorragias.

Eis a descripção dum caso devêras interessante. Devo registrar que o descrevi de memoria, quasi dois annos depois da morte do doente, sem outros apontamentos a não serem minhas notas sobre os serviços a elle prestados. Valime de informações de pessoas da familia e de algumas notas fornecidas pelo collega Dionysio, companheiro fiel nessa jornada ingrata.

Fazendo agora um estudo retrospectivo do caso, reconhecemos as difficuldades com que lutámos para estabelecer a ordem chronologica das diversas affecções. Durante muito tempo era convicção nossa que o tumor primario devia ser o da pleura; d'ahi nosso afan de querer verificá-lo. Sómente depois da descoberta do tumor renal, começámos a dar outra interpretação aos factos, considerando este como primario e os outros como secundarios, aliás de accordo com a opinião de Dieulafoy, que diz que o cancer pulmonar e o pleural, raras vezes são primarios.

Recapitulemos os factos de modo summario:

Em Maio — hemacias na urina.

De Agosto a Outubro — derrame hematico da pleura e um pequeno ganglio infra-clavicular.

Setembro a Novembro — formação do osteo-sarcoma do humerus.

Dezembro — hematurias francas e quasi simultaneamente descoberta do tumor renal.

Outubro do anno seguinte — morte por cachexia.

Deante destes factos, o que me parece mais racional é que o processo tenha começado pelo rim ou mais provavelmente pela capsula supra-renal (hypernephroma). Pas-sou despercebido durante tempo relativamente longo, para depois se estender ao rim (hemacias na urina temporariamente), onde então o tumor se desenvolve de modo rapido, chegando a grandes proporções.

Provavelmente tratava-se de um sarcoma, porque o carcinoma teria tido marcha mais rapida.

A propagação á pleura e ao humerus deu-se por via lymphatica ou sanguinea de modo que estas localisações devem ser consideradas metastaticas.

A hypothese de hypernephroma encontra apoio em muitos factos da litteratura medica. Assim Cabot diz que as metastases osseas, são muitas vezes, o primeiro signal de hypernephroma.

Scudder insiste no mesmo facto, declarando que, em caso de hypernephroma, muitas vezes é a metastase ossea a lesão que desperta a attenção do paciente e o leva ao medico.

Tambem Hartmann cita casos de hypernephroma com metastases osseas, entre ellas uma do frontal, muito vascularizada, e outra da parte superior do humerus. A estampa desta ultima até parece representar o nosso caso. Na autopsia, Hartmann poudé verificar que essa metastase era aliás a unica manifestação secundaria do hypernephroma.

Albrecht igualmente menciona alguns casos com metastase ossea unica.

Infelizmente, como sempre sóe acontecer na clinica particular, não houve autopsia no nosso caso, de modo que para mim continua a existir um ponto obscuro: Que teria havido para a pleura? — Tumor ou simplesmente infiltração cancerosa?

Para terminar, transcrevo outra hypothese lembrada por distincto collega. Para elle, o tumor primario teria sido o da nuca (epithelioma?), os outros devendo ser considerados secundarios. Ha uns 10 ou 15 annos atraz, esta hypothese seria regeitada in limine, visto o espaço de 6 annos que media entre o tumor da nuca e os outros, ser demasiadamente grande. Hoje as idéas a este respeito estão modifica-

das, porque a pratica nos offerece outros ensinamentos.

Féréol, por exemplo, cita um caso de cancer pleuro-pulmonar tardio, em consequencia de um epithelioma do nariz.

Roussy e Wolff (Traité de Médecine de Roger, Vidal e Teissier, 1922) citam alguns casos de reincidencia após 6 e mais annos. Mesmo no nosso meio conheço casos de intervallos maiores de 6 annos.

Assim, no nosso caso, não se pôde excluir de todo a hypothese de uma recidiva do tumor que fôra estirpado. De outro lado não é possível refutar a idéa de ter-se tratado de um hypernephroma primitivo, pois sabe-se que os tumores da capsula supra-renal pôdem evolver durante muito tempo, sem se revelarem, produzindo metastases varias, osseas, pleuro-pulmonares e outras.

Si a hypothese do collega é verdadeira, sou de opinião que não ha necessidade de appellar para o epithelioma. Não bastará o simples papilloma para explicar o apparecimento dos diversos tumores? Parece que as concepções modernas a respeito de tumores estão se encaminhando nesse sentido.

Resecção de uma costella cervical supranumeraria

pelo Dr. Mario Araujo

(Cirurgião da Beneficencia Portuguesa de Bagé).

A pouca frequencia de casos de costella cervical operados nos animou a trazer á luz da publicidade a nossa observação. Nos livros e revistas que consultamos sobre o assumpto, os esclarecimentos escasseiam, principalmente quanto á technica operatoria.

Discriminando as difficuldades e os resultados que tivemos no nosso caso, acreditamos ser de alguma forma uteis a quem houver de resecar uma costella cervical, operação pouco commum, que raros cirurgiões têm tido occasião de praticar.

Na parte do diagnostico, tivemos relativa felicidade, pois o doente já o trazia feito pelo Dr. Tudde Godoy; este talentoso clinico de D. Pedrito, não concordou com a opinião de um collega que julgava tratar-se de aneurisma.

Para a intervenção, encontramos precioso auxilio no magistral artigo do Dr. N. Tagliavacche em "La Prensa Medica Argentina" (Fev. 1922).

Com os exames radiologicos augmentaram as observações de costellas supra-numerarias, sendo, ás mais das vezes, o resultado de um accaso a descoberta dessa anomalia que só excepcionalmente determina o apparecimento de symptomas graves. Antes dos raios X pouco se sabia dessa affecção congenita, tanto que o grande Cruveilhier, em 1860, ainda perguntava quaes seriam as relações da costella cervical completa com a arteria e veia sub-clavias.

Uni ou bi-lateraes, as costellas supranumerarias originam-se da 5ª, 6ª ou 7ª vertebra cervical, com mais frequencia desta ultima (deixamos de parte as costellas supranumerarias lombares).

Suas dimensões variam muito, assim como suas formas e constituição intima.

Em uma observação de Chassaignac, a apophyse transversa da 7ª vertebra cervical constituia um ponto de ossificação aparte, rectilineo, horizontal, notavelmente desenvolvido, sem no emtanto ter a forma de uma costella. Desde esta constituição rudimentar, todas as modalidades se podem observar, até a costella inteira, unindo-se ao esterno.

Blanchard classifica os casos conhecidos da seguinte maneira:

- I) Costellas completas em que a parte anterior pode ser:
 - a) reunida ao esterno
 - b) reunida á primeira costella dorsal
 - c) fibrosa
- II) Costellas incompletas:
 - a) com os dois externos separados
 - b) só com a existencia da parte posterior.

A symptomalogia dessa anomalia depende, em primeira linha, de suas relações com o plexo brachial e arteria sub-clavia. A compressão dos nervos se traduz por formigamentos, parestia e até dores lancinantes no tracto dos nervos. A's vezes, nota-se uma perturbação do recorrente. No doente de Tillman (cit. por J. Arrou) havia rouquidão e difficuldade no engulir. Tem-se tambem observado lagrimejamento, perturbações da visão e caimbra dos escrivões.

A arteria sub-clavia pôde soffrer alterações de suas paredes que estão em contacto com a costella, ora é uma ectasia do vaso que se installa, por vezes a sua lenta e progressiva obliteração. Dahi perturbações da circulação do braço: edema, gangrena, etc. Willys Andrews teve occasião de observar uma obliteração completa da arteria com o desaparecimento do pulso radial.

A existencia de uma costella cervical pôde determinar attitudes viciosas, uma escoliose alta, cuja convexidade fica do lado da costella anormal (Garré, Meyerowitz, Drehnam). Tres casos de torticollis foram observados por Froelich, a contractura era do lado opposto ao em que existia a anomalia.

A sua existencia bilateral pôde deformar o pescoço, fazendo-o parecer curto ou alongado, conforme a obliquidade das costellas.

Essa affecção congenita passa em geral despercebida, pois as perturbações que determina, só apparecem numa reduzida porcentagem. Dahi as poucas observações antes da descoberta de Roentgen. Só os anatomistas de então descreveram alguns casos, achados fortuitos de autopsias. Actualmente, com o exame radiologico, muitas vezes com outros