

ANATOMIA RADIOLÓGICA DO MEMBRO SUPERIOR

20.1 ESPÁDUA

20.1.1. CLAVÍCULA

20.1.1.1. INCIDÊNCIA DE FRENTE, PÓSTERO-ANTERIOR

Realiza-se quando se quer estudar este osso, sujeito frequentemente a fracturas.

Caso não se possa realizar o estudo da clavícula de frente em incidência póstero-anterior, podemos fazê-lo em incidência ântero-posterior.

Numa incidência póstero-anterior podemos observar (Fig. 452):

- Extremidade interna da clavícula (Fig. 452.1)
- Interlinha articular esterno-condro-clavicular (Fig. 452.2)
- Canal medular clavicular (Fig. 452.3)
- Tubérculo conoideu (Fig.452.4)
- Extremidade externa da clavícula (Fig. 452.5)
- Interlinha articular acrómio-clavicular (Fig. 452.6)
- 1ª costela (Fig. 452.7)
- Omoplata (Fig. 452.8)
- Apófise coracoideia (Fig. 452.9)

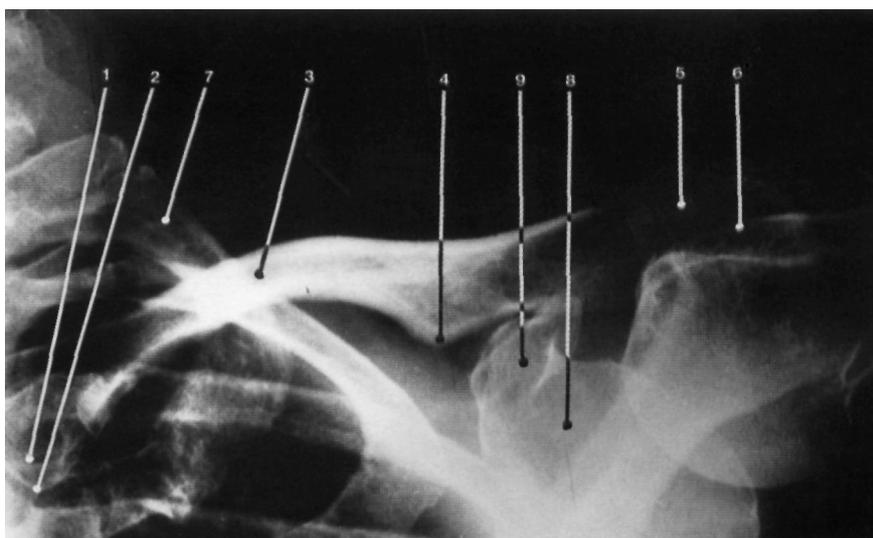


Fig. 452

Incidência de frente póstero-anterior para estudo da clavícula.

20.1.1.2. INCIDÊNCIA AXIAL

Permite, para um estudo esclarecedor, observar a clavícula noutra posicionamento.

20.1.2. OMOPLATA

20.1.2.1. INCIDÊNCIA DE FRENTE, ÂNTERO-POSTERIOR

Numa incidência de frente para estudo da omoplata, podemos observar (Fig. 453):

- Corpo da omoplata (Fig. 453.1)
- Angulo superior da omoplata (Fig. 453.2)
- Angulo inferior da omoplata (Fig. 453.3)

- Ângulo externo da omoplata (Fig. 453.4)
- Bordo interno da omoplata (Fig. 453.5)
- Bordo superior da omoplata (Fig. 453.6)
- Bordo externo da omoplata (Fig. 453.7)
- Pilar da omoplata (Fig. 453.8)
- Espinha da omoplata (Fig. 453.9)
- Acrômio (Fig. 453.10)
- Apófise coracoideia (Fig. 453.11)
- Colo da omoplata (Fig. 453.12)
- Cavidade glenoideia (Fig. 453.13)
- Clavícula (Fig. 453.14)
- Interlinha articular acrômio-clavicular (Fig. 453.15)
- Costelas (Fig. 453.16)
- Cabeça do úmero (Fig. 453.17)

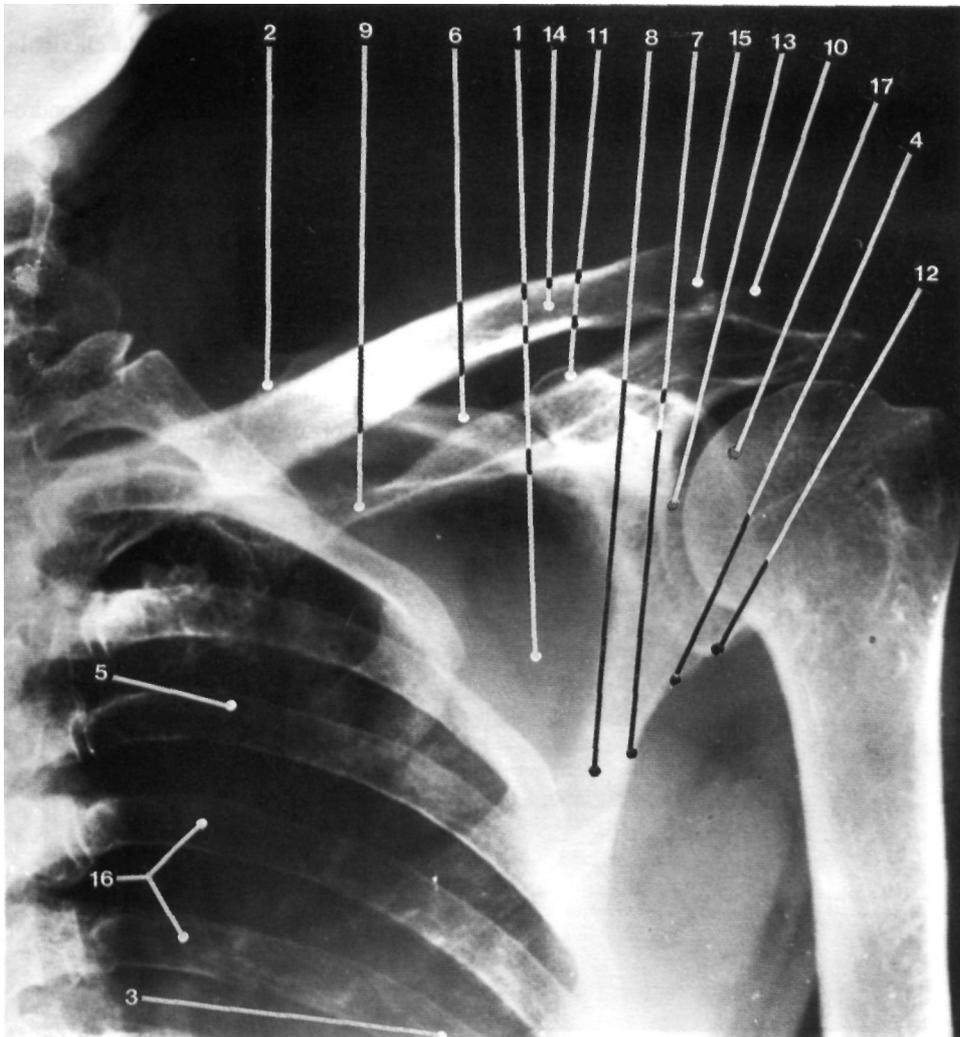


Fig. 453

Incidência ântero-posterior para estudo da omoplata.

20.1.2.2. INCIDÊNCIA DE PERFIL

Numa incidência de perfil para estudo da omoplata, identificamos (Fig. 454):

— Acrómio (Fig. 454.1)

— Espinha da omoplata (Fig. 454.2)

— Fossa infra-espinhosa (Fig. 454.3)

— Fossa infra-escapular (Fig. 454.4)

— Apófise coracoideia (Fig. 454.5)

— Cavidade glenoideia (Fig. 454.6)

— Angulo inferior da omoplata (Fig. 454.7)

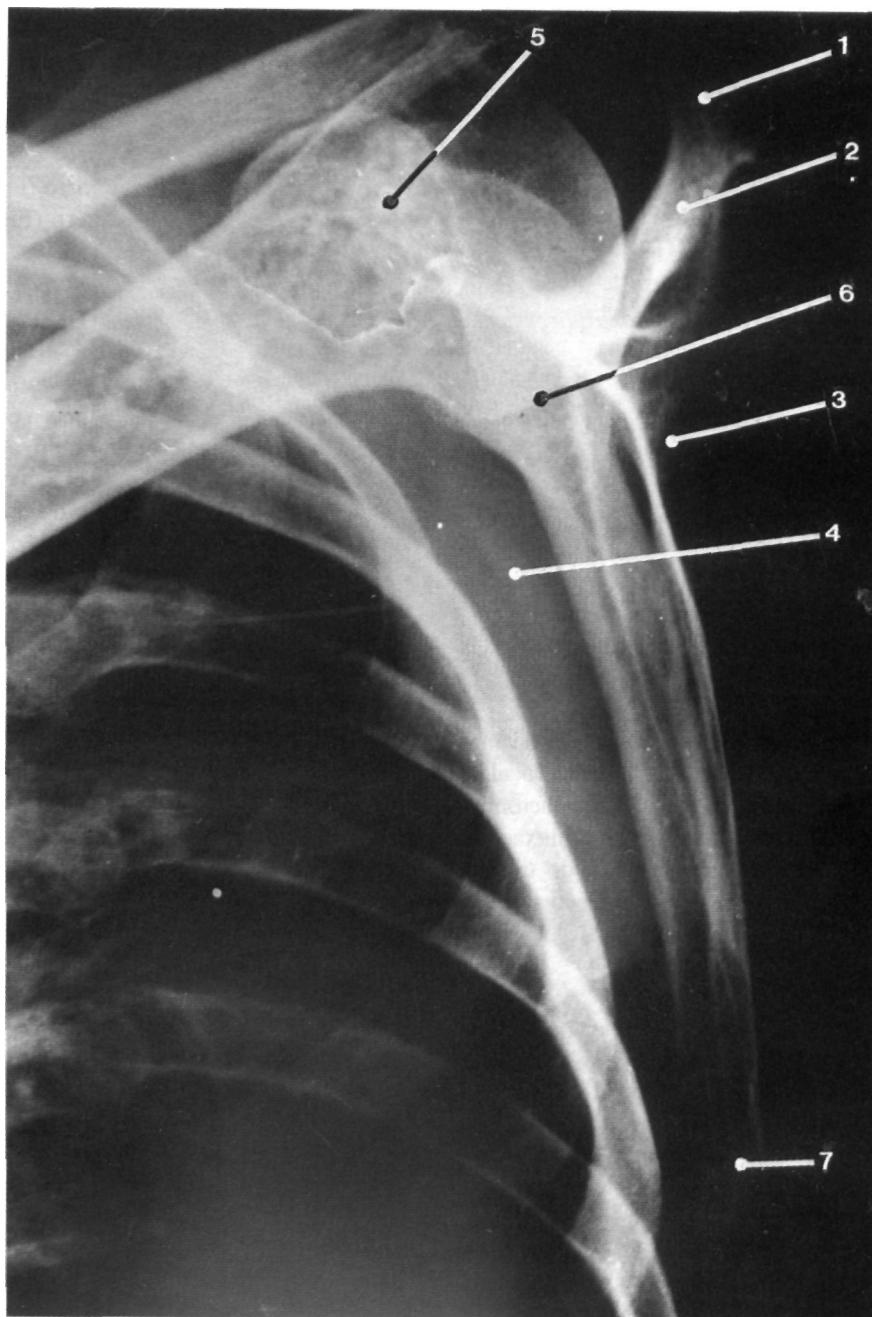


Fig. 454
Incidência de perfil para estudo da omoplata.

20.1.3. ARTICULAÇÃO ACRÓMIO- -CLAVICULAR

Podendo ser observada radiologicamente na incidência de frente para estudo do ombro (sobretudo em incidência baixa) será melhor estudada mediante técnica apropriada, devendo os ombros estar sob tracção no sentido vertical descendente (habitualmente usam-se pesos que o indivíduo segura). Devemos procurar estudar, simultaneamente, as duas articulações, para comparação.

20.1.4. OMBRO

20.1.4.1. INCIDÊNCIA DE FRENTE, ÂNTERO-POSTERIOR

Esta incidência poderá ainda ser praticada em rotação, externa ou interna, podendo apreciar-se a anatomia radiológica da articulação escápulo-umeral e estruturas anexas, verificando, por exemplo, as medidas correctas do espaço infra-acromial (que deverá medir cerca de um centímetro) e da interlinha articular escápulo-umeral (cerca de dois milímetros), embora esta não seja a incidência mais apropriada para visualizar esta interlinha.

Numa incidência de frente do ombro podemos ainda ver a metade externa da clavícula, local de frequentes fracturas, a interlinha articular acrómio-clavicular, sujeita a traumatismos e subluxações, o acrómio, a extremidade superior do úmero, pesquisando subluxações anteriores ou posteriores e conjugando com a observação de outras incidências, e ainda, a porção mais externa da omoplata.

Assim, numa radiografia com incidência ântero-posterior do ombro podemos identificar (Fig. 455):

- Extremidade externa da clavícula (Fig. 455.1)
- Interlinha articular acrómio-clavicular (Fig. 455.2)
- Acrómio (Fig. 455.3)
- Apófise coracoideia (Fig. 455.4)
- Corpo da omoplata (Fig. 455.5)
- Pilar da omoplata (Fig. 455.6)
- Bordo externo da omoplata (Fig. 455.7)

— Fundo articular da cavidade glenoideia (Fig. 455.8)

— Bordo posterior da cavidade glenoideia (Fig. 455.9)

— Tuberosidade infraglenoideia (Fig. 455.10)

— Interlinha articular escápulo-umeral (Fig. 455.11)

— Espaço infracrómio-clavicular (Fig. 455.12)

— Cabeça do úmero (Fig. 455.13)

— Colo anatómico do úmero (Fig. 455.14)

— Troquino (Fig. 455.15)

— Troquíter (Fig. 455.16)

— Goteira bicipital do úmero (Fig. 455.17)

— Colo cirúrgico do úmero (Fig. 455.18)

— Diáfise umeral (Fig. 455.19)

20.1.4.2. INCIDÊNCIA DE PERFIL

Esta incidência permite-nos estudar bem o relacionamento da cabeça do úmero com a cavidade glenoideia (luxações e subluxações anteriores e posteriores) bem como esclarecer dúvidas quanto à integridade do acrómio ou da apófise coracoideia, ou possíveis fracturas do troquíter e do troquino que sejam de difícil diagnóstico na incidência de frente.

Numa incidência de perfil, em abdução máxima do ombro, podemos observar (Fig. 456):

— Diáfise umeral (Fig. 456.1)

— Colo cirúrgico do úmero (Fig. 456.2)

— Troquino (Fig. 456.3)

— Cabeça do úmero (Fig. 456.4)

— Cavidade glenoideia da omoplata (Fig. 456.5)

— Acrómio (Fig. 456.6)

— Pilar da omoplata (Fig. 456.7)

— Apófise coracoideia (Fig. 456.8)

— Extremidade externa da clavícula (Fig. 456.9)

— Interlinha articular acrómio-clavicular (Fig. 456.10)

20.1.4.3. INCIDÊNCIA PARA A INTERLINHA ARTICULAR ESCÁPULO-UMERAL

Em relação à incidência de frente ântero-posterior atrás descrita, o indivíduo está aqui mais rodado e em pronação em vez de supinação, apresentando ainda uma ligeira abdução do membro superior.

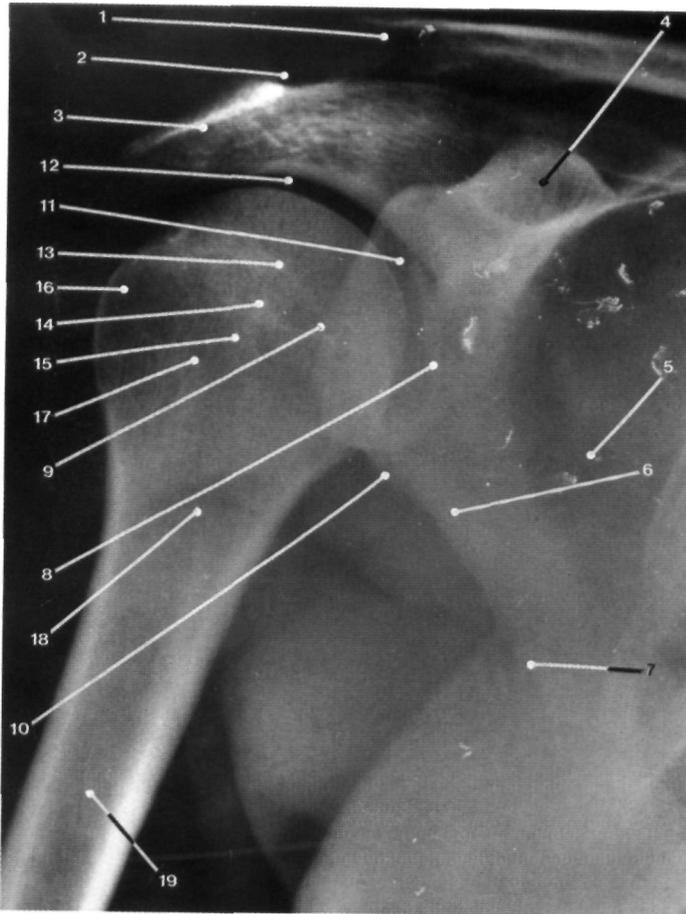


Fig. 455
Incidência ântero-posterior da articulação do ombro.

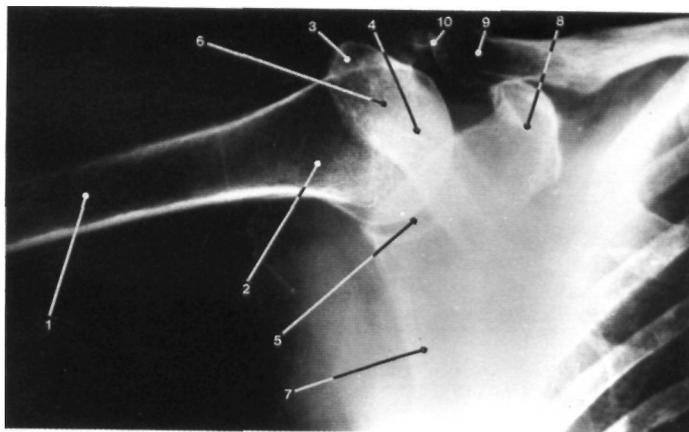


Fig. 456
Incidência de perfil e abdução máxima da articulação do ombro

Permite esta incidência uma boa visualização das seguintes estruturas (Fig. 457):

- Interlinha articular (Fig. 457.1)

- Acrómio (Fig. 457.2)
- Troquino (Fig. 457.3)
- Goteira bicipital (Fig. 457.4)

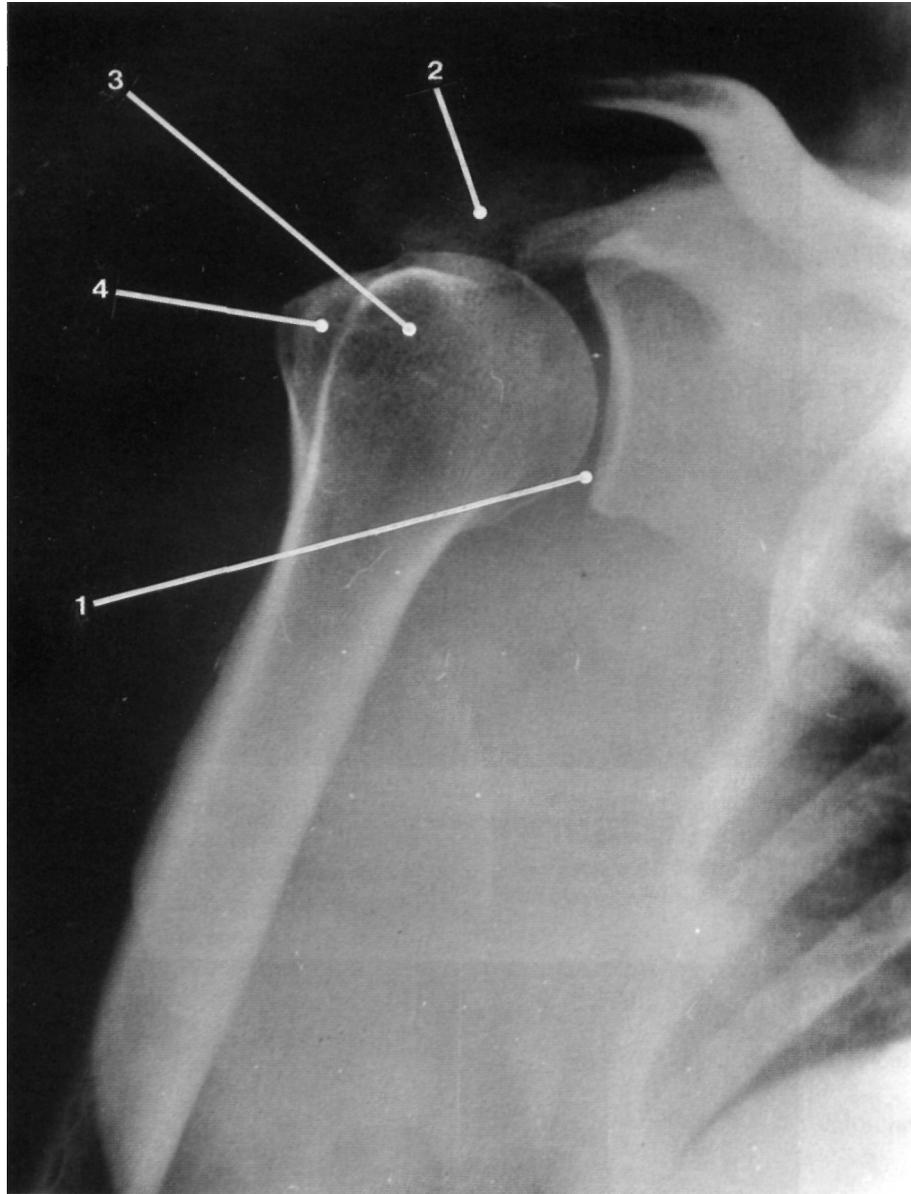


Fig. 457

Incidência para estudo da interlinha articular escápulo-umeral.

20.2. BRAÇO

20.2.1. INCIDÊNCIA DE FRENTE,
ÂNTERO-POSTERIOR

Nesta incidência que deverá abranger sempre uma das epífises do úmero (descritas em conjunto com as articulações em que participam) podemos observar (Fig. 458):

- Diáfise umeral (Fig. 458.1)
- Canal medular (Fig. 458.2)
- Cortical umeral (Fig. 458.3)
- Impressão deltoideia (Fig. 458.4)

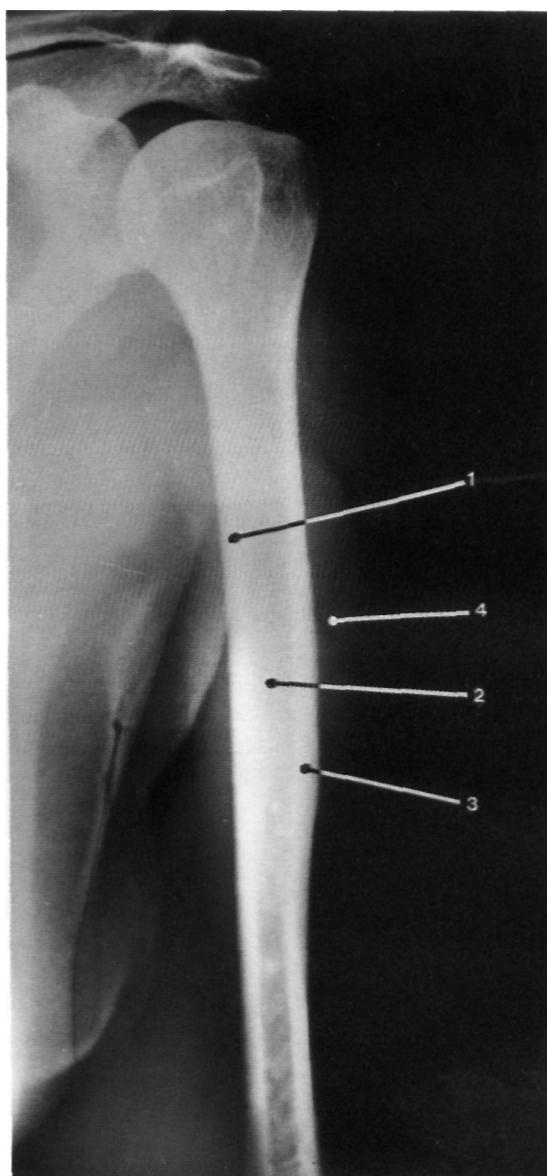


Fig. 458

Incidência ântero-posterior para estudo do úmero.

20.2.2. INCIDÊNCIA DE PERFIL

Tal como a incidência anterior, não é muito rica em estruturas anatómicas, observando-se a cortical, o canal medular e o canal nutritivo da diáfise umeral.

O V deltoideu não é visível nesta incidência.

Estas duas incidências para estudo da diáfise umeral são particularmente úteis no estudo de fracturas da diáfise, que se caracterizam pela grande obliquidade do plano da fractura.

20.3. COTOVELO

20.3.1. INCIDÊNCIA DE FRENTE, ANTERO-POSTERIOR

Nesta incidência podemos observar (Fig. 459):

- Epicôndilo (Fig. 459.1)
- Côndilo umeral (Fig. 459.2)
- Goteira côndilo-trocleea (Fig. 459.3)
- Tróclea umeral (Fig. 459.4)
- Fossa olecraniana e fosseta coronoideia sobrepostas (Fig. 459.5)
- Epitróclea (Fig. 459.6)
- Cabeça do rádio (Fig. 459.7)
- Colo do rádio (Fig. 459.8)
- Contorno da cabeça do rádio (Fig. 459.9)
- Cavidade glenoideia do rádio (Fig. 459.10)
- Tuberosidade bicipital do rádio (Fig. 459.11)
- Olecrânio (Fig. 459.12)
- Grande cavidade sigmoideia do cúbito (Fig. 459.13)
- Apófise coronoideia do cúbito (Fig. 459.14)
- Pequena cavidade sigmoideia do cúbito (Fig. 459.15)
- Interlinha articular úmero-cubital (Fig. 459.16)

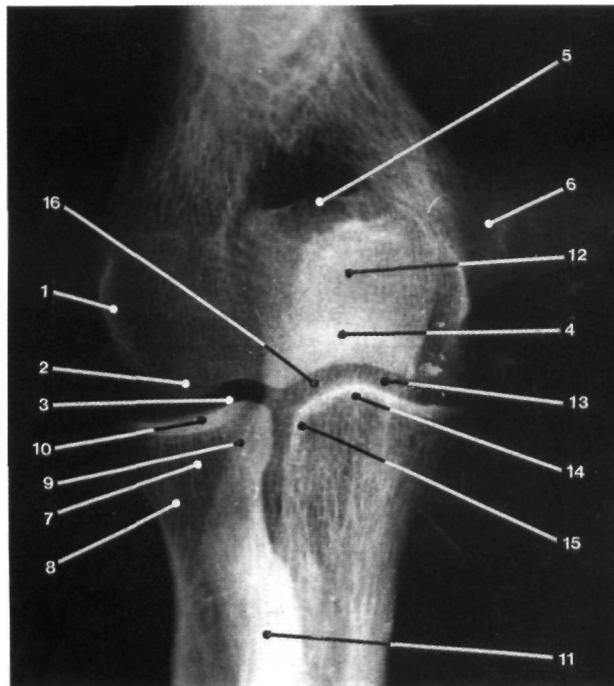


Fig. 459

Incidência ântero-posterior para estudo do cotovelo.

20.3.2. INCIDÊNCIA DE PERFIL

Numa incidência de perfil para estudo do cotovelo, podemos observar (Fig. 460):

- Diáfise umeral (Fig. 460.1)
- Fossa coronoideia (Fig. 460.2)
- Fossa olecraniana (Fig. 460.3)
- Côndilo umeral (Fig. 460.4)
- Epitróclea (Fig. 460.5)
- Interlinha articular úmero-cubital (Fig. 460.6)
- Extremidade superior do cúbito (Fig. 460.7)
- Grande cavidade sigmoideia do cúbito (Fig. 460.8)
- Olecrânio (Fig. 460.9)
- Apófise coronoideia (Fig. 460.10)
- Extremidade superior do rádio (Fig. 460.11)
- Cúpula radial (Fig. 460.12)
- Contorno da cabeça do rádio (Fig. 460.13)
- Colo radial (Fig. 460.14)
- Espaço interósseo rádio-cubital (Fig. 460.15)

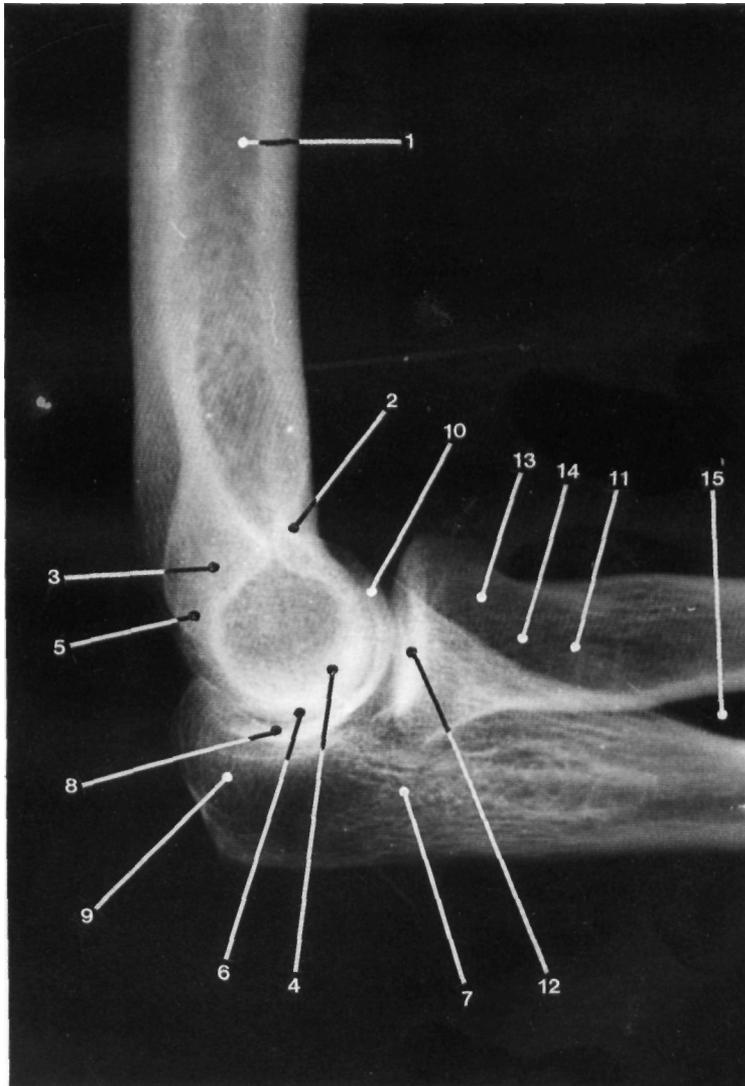


Fig. 460
Incidência de perfil do cotovelo.

20.3.3. INCIDÊNCIAS OBLÍQUAS

Procede-se obliquando o cotovelo, normalmente a três quartos, de modo a dissociar as várias porções anatómicas que habitualmente surgem sobrepostas nas incidências ântero-posterior e no perfil.

Numa incidência oblíqua para estudo do cotovelo podemos observar (Fig. 461):

- Diáfise umeral (Fig. 461.1)
- Epicôndilo (Fig. 461.2)
- Côndilo umeral (Fig. 461.3)
- Goteira cômulo-troclee (Fig. 461.4)
- Tróclea umeral (Fig. 461.5)
- Fossa olecraniana (Fig. 461.6)
- Epitróclea (Fig. 461.7)
- Bico do olecrânio (Fig. 461.8)
- Apófise coronoideia (Fig. 461.9)
- Pequena cavidade sigmoideia do cúbito (Fig. 461.10)
- Diáfise cubital (Fig. 461.11)
- Cavidade glenoideia do rádio (Fig. 461.12)
- Contorno da cabeça do rádio (Fig. 461.13)
- Colo radial (Fig. 461.14)
- Tuberosidade bicipital do rádio (Fig. 461.15)
- Diáfise radial (Fig. 461.16)

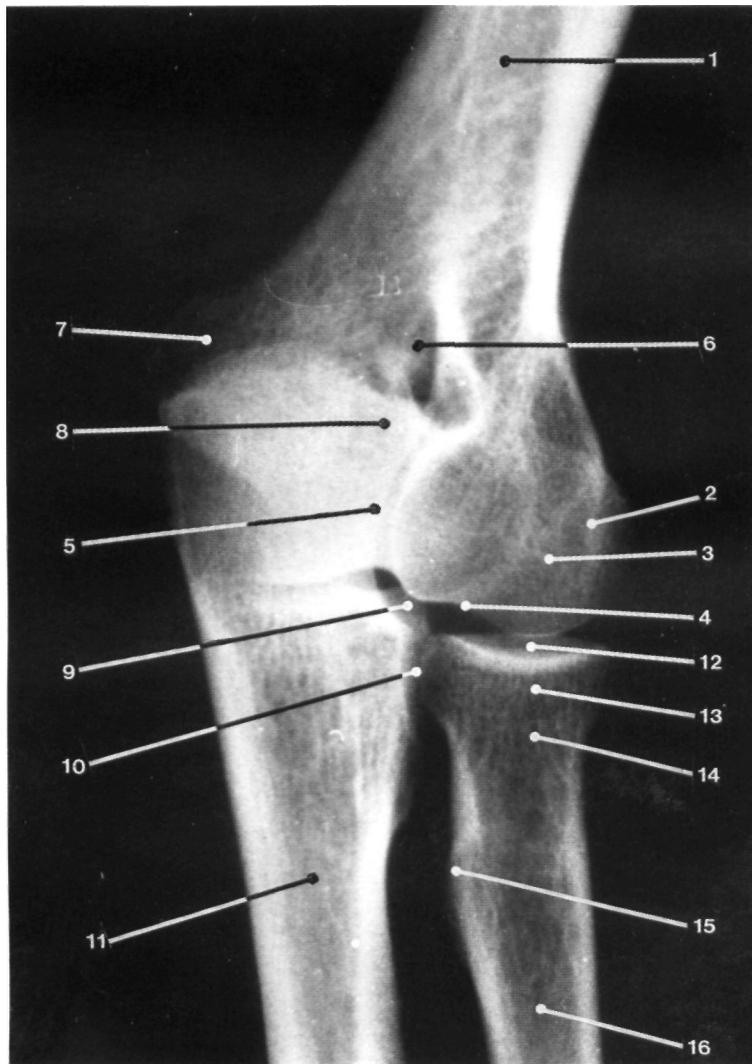


Fig. 461

Incidência oblíqua a três quartos para estudo do cotovelo.

20.3.4. OUTRAS INCIDÊNCIAS

Por vezes há necessidade de executar outras incidências para estudar melhor, por exemplo, o

olecrânio, a cúpula radial, ou ainda nos casos em que o indivíduo não pode fazer a extensão do cotovelo.

20.4. ANTEBRAÇO**20.4.1. INCIDÊNCIA DE FRENTE, ANTERO-POSTERIOR**

Deve-se procurar radiografar as duas extremidades dos ossos do antebraço ou no mínimo, uma das extremidades.

Numa incidência nestas condições podemos observar (Fig. 462):

- Interlinha articular úmero-cubital (Fig. 462.1)
- Interlinha articular úmero-radial (Fig. 462.2)
- Apófise coronoideia do cúbito (Fig. 462.3)
- Diáfise cubital (Fig. 462.4)
- Cortical externa do cúbito (Fig. 462.5)
- Canal medular do cúbito (Fig. 462.6)
- Espaço interósseo rádio-cubital (Fig. 462.7)
- Apófise estiloideia do cúbito (Fig. 462.8)
- Espaço correspondente ao ligamento triangular (Fig. 462.9)
- Ossos do procarpo (Fig. 462.10)
- Ossos do mesocarpo (Fig. 462.11)
- Extremidade inferior do rádio (Fig. 462.12)

- Apófise estiloideia do rádio (Fig. 462.13)
- Articulação rádio-cubital inferior (Fig. 462.14)
- Cortical externa do rádio (Fig. 462.15)
- Bordo interno do rádio (Fig. 462.16)
- Tuberosidade bicipital do rádio (Fig. 462.17)
- Colo radial (Fig. 462.18)

20.4.2. INCIDÊNCIA DE PERFIL

Numa incidência de perfil do antebraço podemos visualizar (Fig. 463):

- Tróclea umeral (Fig. 463.1)
- Côndilo umeral (Fig. 463.2)
- Olecrânio (Fig. 463.3)
- Apófise coronoideia do cúbito (Fig. 463.4)
- Bordo externo do cúbito (Fig. 463.5)
- Espaço interósseo (Fig. 463.6)
- Cabeça do cúbito (Fig. 463.7)
- Ossos do carpo sobrepostos (Fig. 463.8)
- Extremidade inferior do rádio (Fig. 463.9)
- Canal medular do rádio (Fig. 463.10)

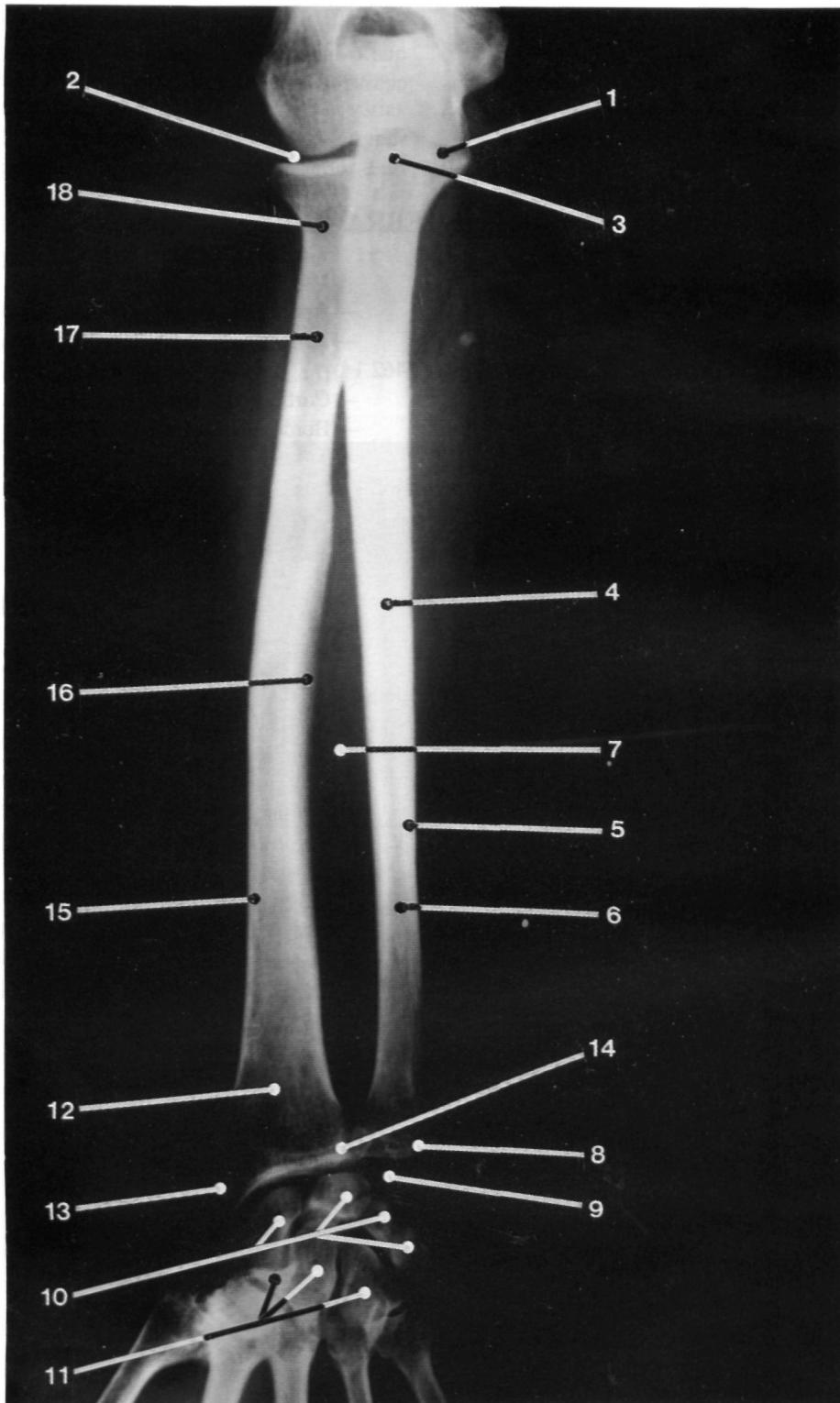


Fig. 462

Incidência ântero-posterior do antebraço.

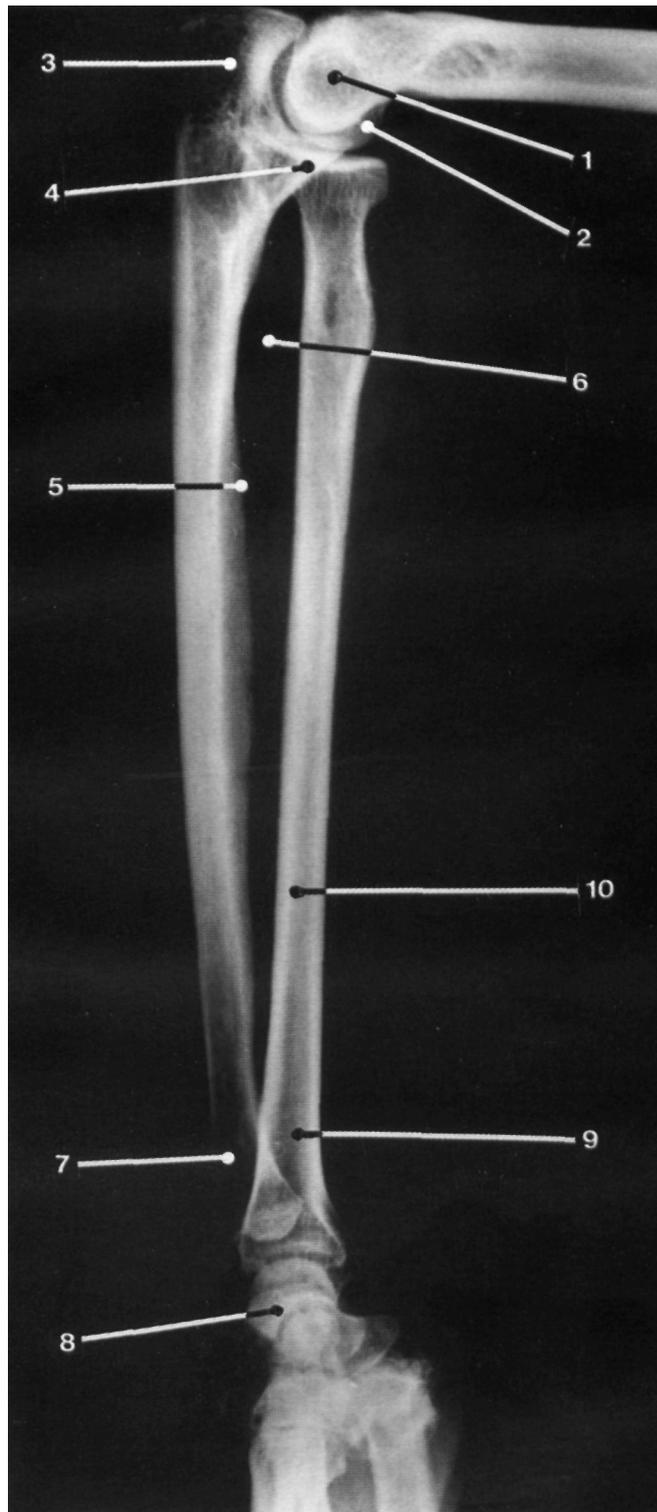


Fig. 463
Incidência de perfil do antebraço.

20.5. PUNHO

20.5.1. INCIDÊNCIA DE FRENTE, PÓSTERO-ANTERIOR

Numa incidência póstero-anterior, com a mão em pronação, podemos observar (Fig. 464):

- Cabeça do cúbito (Fig. 464.1)
- Apófise estilóideia do cúbito (Fig. 464.2)
- Espaço do ligamento triangular (Fig. 464.3)
- Interlinha articular rádio-cubital inferior (Fig. 464.4)
- Interlinha articular rádio-procárpica (Fig. 464.5)
- Extremidade inferior do rádio (Fig. 464.6)
- Apófise estilóideia do rádio (Fig. 464.7)
- Superfície articular inferior do rádio (Fig. 464.8)
- Escafóide (Fig. 464.9)
- Semilunar (Fig. 464.10)
- Piramidal (Fig. 464.11)
- Pisiforme sobreposto ao piramidal (Fig. 464.12)
- Trapézio e trapezóide sobrepostos (Fig. 464.13)
- Grande osso (Fig. 464.14)
- Unciforme (Fig. 464.15)
- Metacárpicos (Fig. 464.16)

- Escafóide (Fig. 464.9)
- Semilunar (Fig. 464.10)
- Piramidal (Fig. 464.11)
- Pisiforme sobreposto ao piramidal (Fig. 464.12)
- Trapézio e trapezóide sobrepostos (Fig. 464.13)
- Grande osso (Fig. 464.14)
- Unciforme (Fig. 464.15)
- Metacárpicos (Fig. 464.16)

Importante nesta incidência é a determinação da linha bi-estilóideia, que une os vértices das apófises estilóideias do rádio e do cúbito, e que realiza com a linha sagital média do antebraço um ângulo de 80° . Obviamente, em caso de fractura ou luxação, este ângulo surgirá alterado.

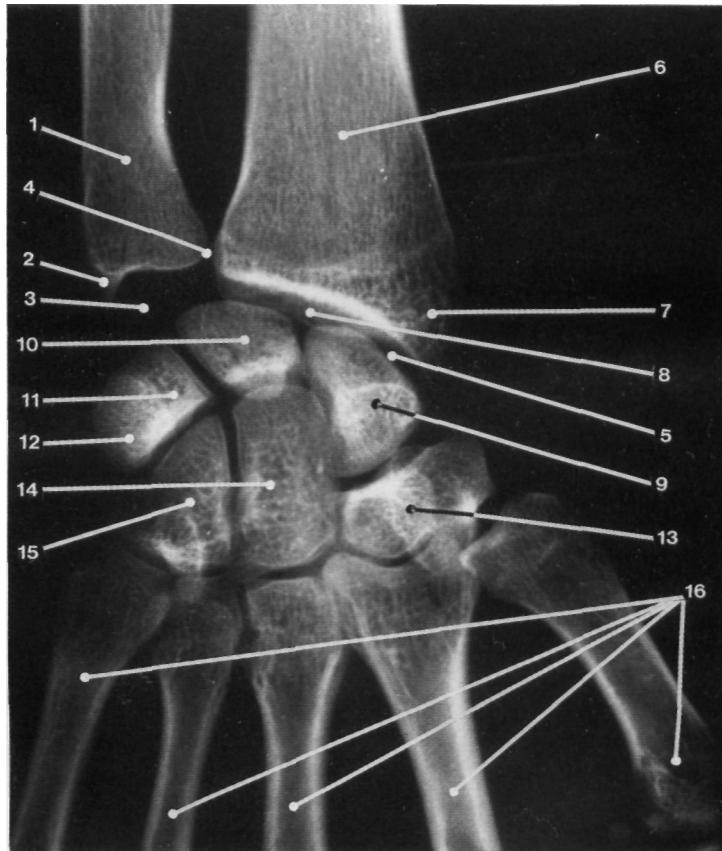


Fig. 464

Incidência póstero-anterior para estudo do punho.

20.5.2. INCIDÊNCIA DE PERFIL

Nesta incidência (Fig. 465) podemos observar que a superfície articular inferior do rádio está contida num plano que se dirige para cima e para diante, realizando com a linha que constitui o maior eixo do rádio um ângulo de 80°.

Podemos ainda identificar na mesma figura:

- Cabeça do cúbito (Fig. 465.1)
- Apófise estilóideia do cúbito (sobreposta) (Fig. 465.2)
- Extremidade inferior do rádio (Fig. 465.3)
- Escafóide (Fig. 465.4)
- Semilunar (Fig. 465.5)
- Pisiforme (Fig. 465.6)
- Grande osso (Fig. 465.7)
- Metacárpicos (Fig. 465.8)



Fig. 465
Incidência de perfil do punho.

20.5.3. INCIDÊNCIAS OBLÍQUAS

Utilizam-se as incidências oblíqua, externa e interna, e praticam-se quando se pretende uma

melhor definição das interlinhas articulares, sendo a oblíqua externa a melhor.

20.6. MÃO

Podemos praticar incidências que permitem um estudo da mão no seu conjunto, procurando repercussões a este nível de doenças sistêmicas que afectam as partes moles e os componentes ósteo-articulares, como a artrite reumatóide, a esclerodermia e o hiperparatiroidismo, ou detectando patologia local, sobretudo fracturas e luxações, sendo necessário, para isso, muitas vezes, fazer incidências regionais da mão.

20.6.1. INCIDÊNCIA DE FRENTE, PÓSTERO-ANTERIOR

Nesta incidência podemos observar o conjunto dos ossos do carpo que anátomo-radiologicamente se dispõem em três colunas verticais: uma externa, constituída pelos escafoíde, trapézio e trapezóide; uma média, constituída pelos semilunar e grande osso; e uma coluna interna, onde identificamos o piramidal, o pisiforme e o unciforme. Além dos ossos do carpo, alguns deles sobrepostos, podemos nesta incidência observar os metacárpicos e os dedos, que se apresentam isolados e de frente, surgindo-nos o I dedo de perfil.

Assim, na incidência póstero-anterior do conjunto da mão podemos observar (Fig. 466):

- Escafoíde (Fig. 466.1)
- Tubérculo do escafoíde (Fig. 466.2)
- Semilunar (Fig. 466.3)
- Piramidal (Fig. 466.4)
- Pisiforme sobreposto ao piramidal (Fig. 466.5)
- Tubérculo do trapézio (Fig. 466.6)
- Trapezóide (Fig. 466.7)
- Grande osso ou capitado (Fig. 466.8)
- Cabeça do grande osso (Fig. 466.9)
- Unciforme (Fig. 466.10)
- Apófise unciforme do unciforme (Fig. 466.11)

- Interlinha articular trapézio-primometacárpica (Fig. 466.12)
- Base do IV metacárpico (Fig. 466.13)
- Corpo do II metacárpico (Fig. 466.14)
- Cabeça do III metacárpico (Fig. 466.15)
- Apófise estiloideia do II metacárpico (Fig. 466.16)
- Apófise estiloideia do III metacárpico (Fig. 466.17)
- Tubérculo do V metacárpico (Fig. 466.18)
- Osso sesamoideu (Fig. 466.19)
- Espaço intermetacárpico ou interósseo (Fig. 466.20)
- Interlinha metacárpico-falângica (Fig. 466.21)
- Cavidade glenoideia da I falange do II dedo (Fig. 466.22)
- Cabeça da I falange do III dedo (Fig. 466.23)
- Interlinha articular interfalângica proximal do IV dedo (Fig. 466.24)
- Tubérculos para inserção dos ligamentos laterais de reforço da articulação interfalângica proximal do IV dedo (Fig. 466.25)
- Epífise superior da II falange do II dedo (Fig. 466.26)
- Interlinha articular interfalângica distal do II dedo (Fig. 466.27)
- III falange do IU dedo (Fig. 466.28)

20.6.2. INCIDÊNCIA OBLÍQUA PÓSTERO-ANTERIOR

Esta incidência permite-nos desprojectar alguns dos ossos do carpo, conferindo-lhe uma melhor visualização.

Podemos identificar (Fig. 467):

- Apófise estiloideia do rádio (Fig. 467.1)

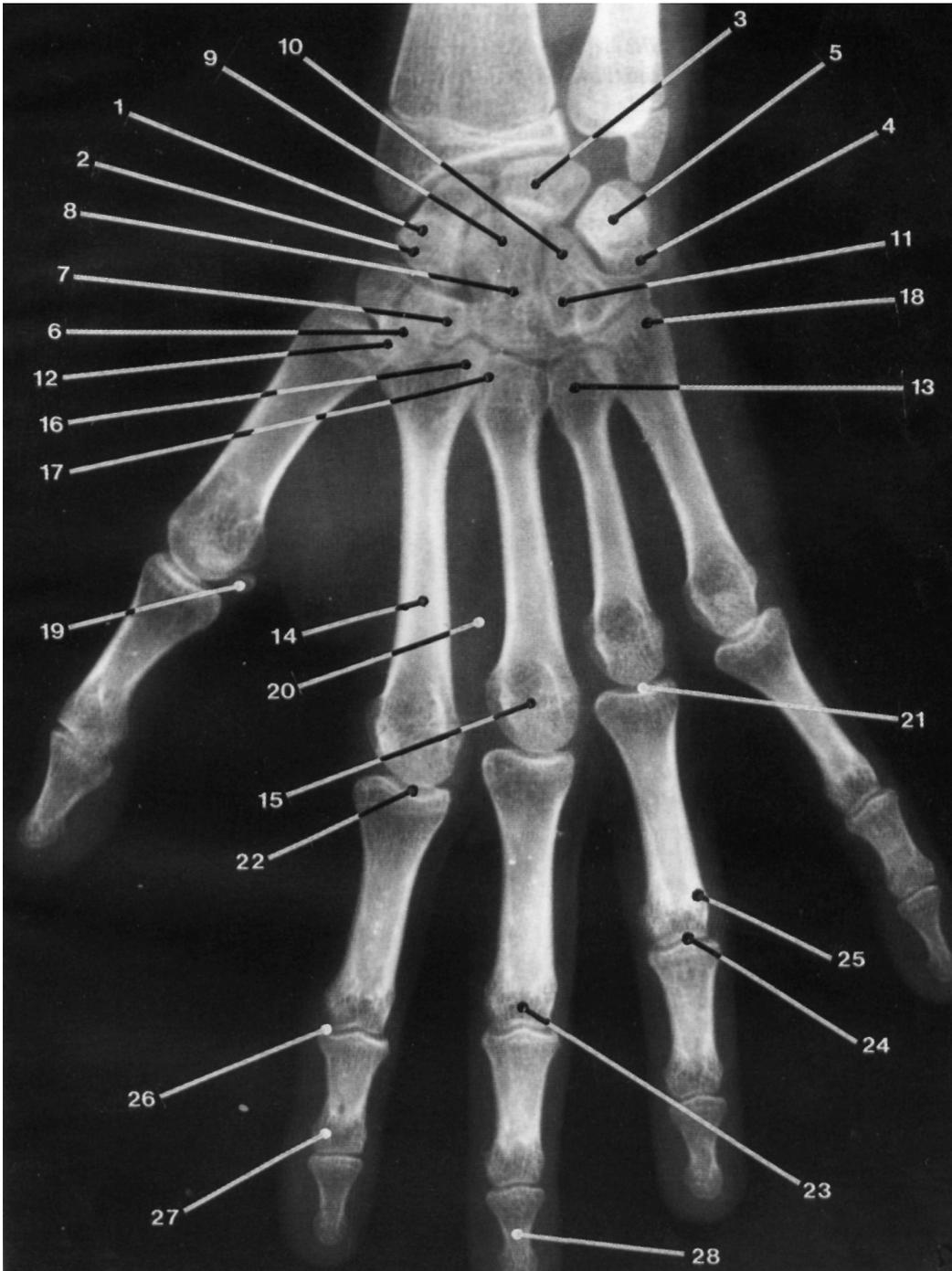


Fig. 466
Incidência pósterio-anterior da mão.

- Interlinha articular rádio-escafoideia (Fig. 467.2)
- Cabeça do cúbito (Fig. 467.3)
- Apófise estiloideia do cúbito (Fig. 467.4)
- Escafoide (Fig. 467.5)
- Semilunar (Fig. 467.6)
- Piramidal (Fig. 467.7)
- Pisiforme (Fig. 467.8)
- Trapézio (Fig. 467.9)
- Trapezóide (Fig. 467.10)
- Grande osso (Fig. 467.11)
- Unciforme (Fig. 467.12)
- Interlinha articular trapézo-primometacárpica (Fig. 467.13)
- Apófise estiloideia do III metacárpico (Fig. 467.14)
- Osso sesamoideu (Fig. 467.15)
- Interlinha articular metacárpico-falângica do II dedo (Fig. 467.16)
- I falange do III dedo (Fig. 467.17)
- Interlinha articular interfalângica proximal do V dedo (Fig. 467.18)
- Interlinha articular interfalângica distal do V dedo (Fig. 467.19)

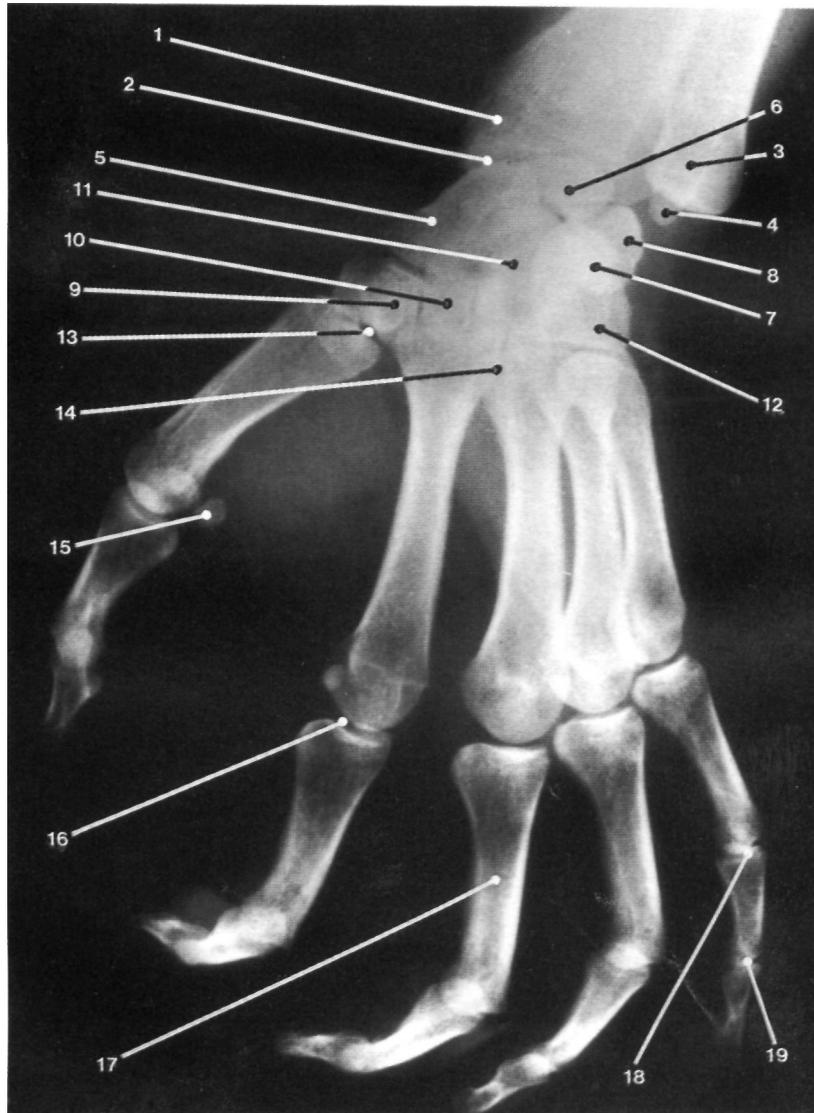


Fig. 467
Incidência oblíqua pósterio-anterior da mão.

20.6.3. INCIDÊNCIA DE PERFIL

Nesta incidência há sobreposição dos ossos do carpo, conseguindo no entanto identificar-se o escafoide, o semilunar, o trapézio, o trapezóide, o grande osso e sobretudo o pisiforme.

Os metacárpicos e os dedos surgem sobrepostos à exceção do I dedo, que nos parece

visto de frente, o que permite o seu estudo (Fig. 468):

- Pisiforme (Fig. 468.1)
- Trapézio (Fig. 468.2)
- Grande osso (Fig. 468.3)
- Corpo dos metacárpicos (Fig. 468.4)
- I falange do I dedo (Fig. 468.5)
- III falange do I dedo (Fig. 468.6)

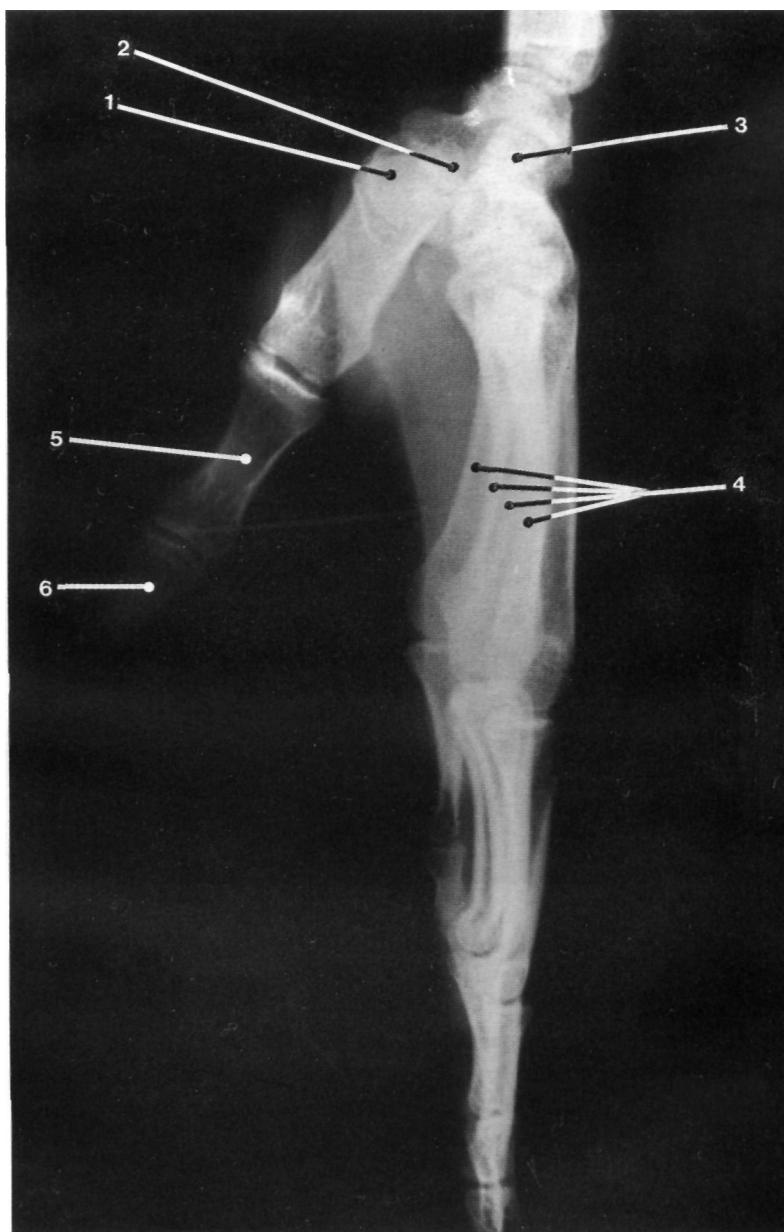


Fig. 468
Incidência de perfil da mão.

20.6.4. INCIDÊNCIAS REGIONAIS DA MÃO

São um conjunto de incidências especiais tendo como fim o estudo específico de determinada região, sendo que no âmbito deste texto, apenas enumeraremos as mais utilizadas.

Para o *carpo*, utilizam-se as seguintes incidências:

— Pósterio-anterior, por vezes com flexão cubital (estudo do escafóide) ou flexão radial (estudo do pisiforme);

— Ântero-posterior, para uma melhor definição das interlinhas articulares do carpo;

— Oblíquas externa e interna, também para boa visualização das interlinhas articulares, sendo preferível a primeira;

— De Schreck (boa definição do escafóide);

— Axial para o canal cárpico (Fig. 469) onde podemos identificar:

— Tubérculo do escafóide (Fig. 469.1)

— Pisiforme (Fig. 469.2)

— Grande osso (Fig. 469.3)

— Apófise unciforme do unciforme (Fig. 469.4)

— I metacárpico (Fig. 469.5)

Para o *metacarpo*, utilizam-se as incidências ântero-posterior e de perfil.

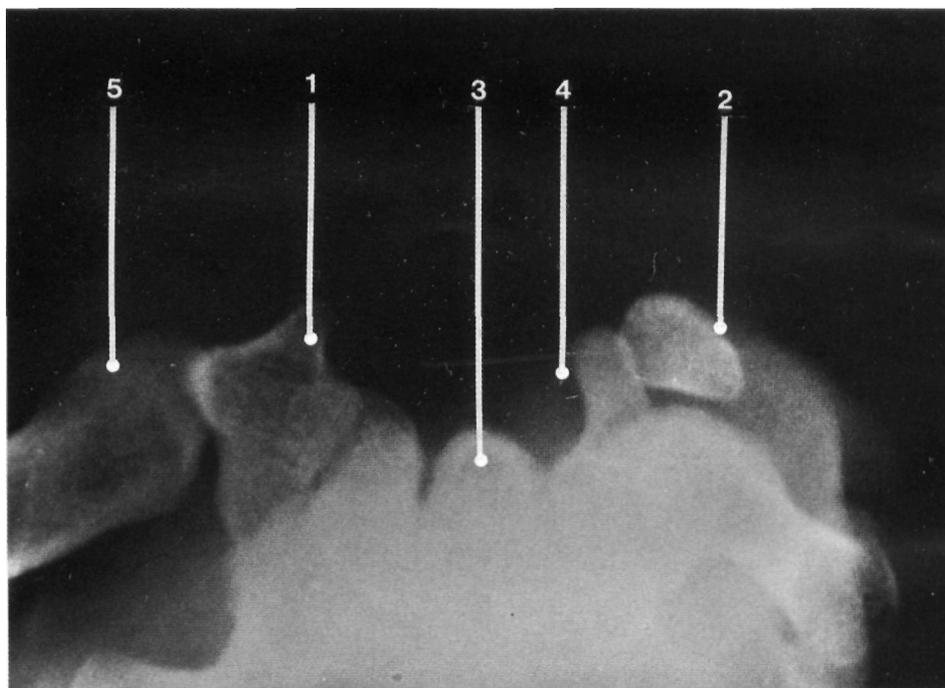


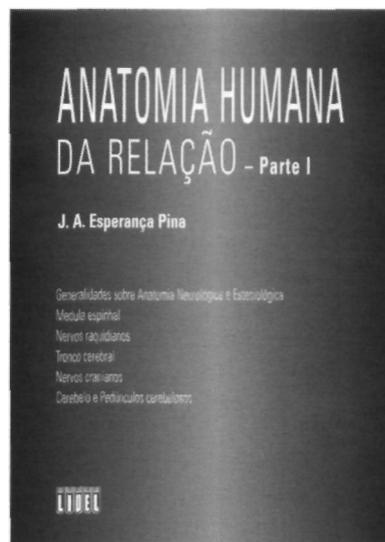
Fig. 469
Incidência axial para estudo do canal cárpico.

Para os *dedos*, utilizam-se normalmente incidências de frente em pósterio-anterior e de perfil, sendo o I dedo estudado independentemente dos quatro últimos, podendo ainda no caso do I dedo

ou polegar ser realizada a incidência ântero-posterior para o dedo e para a articulação metacárpico-falângica.

ANATOMIA HUMANA DA RELAÇÃO - Parte I

J. A. ESPERANÇA PINA



Resumo do índice:

I - Generalidades sobre Anatomia Neurológica e Estesiológica

II — Medula espinhal

III — Nervos raquidianos

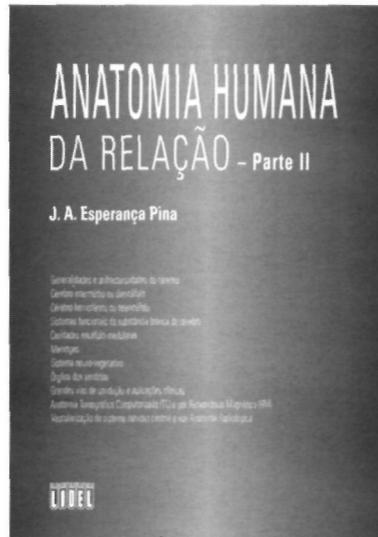
IV - Tronco cerebral

V - Nervos cranianos

VI - Cerebelo e Pedúnculos cerebelosos

ANATOMIA HUMANA DA RELAÇÃO - Parte II

J. A. ESPERANÇA PINA



Resumo do índice:

- VII - Generalidades e anfractuosidades do cérebro
- VIII - Cérebro intermédio ou diencéfalo
- IX - Cérebro hemisférico ou telencéfalo
- X - Sistemas funcionais da substância branca do cérebro
- XI - Cavidades encéfalo-medulares
- XII - Meninges
- XIII - Sistema neuro-vegetativo
- XIV - Órgãos dos sentidos
- XV - Grandes vias de condução e aplicações clínicas
- XVI - Anatomia Tomográfica Computorizada (TC) e por Ressonância Magnética (RM)
- XVII - Vascularização do sistema nervoso central e sua Anatomia Radiológica

Do mesmo autor:

- Anatomia Geral e Dissecção Humana
- Responsabilidade dos Médicos

ANATOMIA HUMANA DA LOCOMOÇÃO

Obra dirigida ao estudo na Anatomia Humana, indispensável para estudantes no início da sua carreira, baseando-se em três perspectivas fundamentais: poder olhar, poder aprender a descrever e saber utilizar correctamente a nomenclatura.

Poder olhar, pois não é possível estudar Anatomia num livro sem ilustrações, sendo a razão desta obra apresentar 384 desenhos esquemáticos e 85 radiografias.

Poder aprender a descrever, pois é nas ciências morfológicas que se encontram as bases da precisão e da concisão, fundamentos da Medicina e da Cirurgia, razões estas porque se tentou elaborar um texto com idéias claras, mas com o menor número possível de palavras.

Saber utilizar correctamente a nomenclatura, indispensável a qualquer tipo de descrição precisa, mantendo ainda a clássica e brilhante nomenclatura da escola anatômica portuguesa e a internacional, consagrada na 6ª edição da "Nomina Anatomico".

São, pois, as três perspectivas que levaram à divisão do livro em três partes: Anatomia Humana Passiva (Osteologia e Artrologia), Anatomia Humana Activa (Miologia) e Anatomia Radiológica, servindo de complemento às aulas práticas.

José António Rebocho Esperança Pina é professor catedrático de Anatomia e de Deontologia, Biotética e Direito Médico da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e de Direito Médico e Medicina Legal da Faculdade de Direito de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. É ainda Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e Presidente da Federação Internacional das Associações de Anatomistas (IFAA).

Entre outros cargos que exerceu, foi Presidente da Comissão Instaladora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (1977-1980), Presidente do Conselho Nacional de Ensino e Educação Médica da Ordem dos Médicos (1978-1980), Presidente do Conselho Científico das Ciências da Saúde do INIC (1979-1991), Membro do Conselho Nacional do Ensino Superior (1979-1982), Vice-Reitor da Universidade Nova de Lisboa (1980-1982), Reitor da Universidade Nova de Lisboa (1982-1991), Representante de Portugal no Conselho de Investigação Médica Europeia da Fundação Europeia de Ciência (1982-1991), Presidente do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas (1987-1989), Presidente do Conselho de Acção Social do Ensino Superior (1989-1991), Membro da Comissão Permanente do Conselho Superior de Ciência e Tecnologia (1987-1989), Membro do Conselho Nacional de Educação (1988-1991) e Representante de Portugal no grupo de direcção do programa IMHE da OCDE (1980-1998).

Realizou 483 conferências, lições magistrais, mesas redondas, simpósios e comunicações e publicou 145 trabalhos científicos, sendo de referir nove livros científicos e didácticos.

É sócio correspondente Nacional da Academia das Ciências de Lisboa e membro da Academia Portuguesa de Medicina e possui a Legião de Honra da França e as Ordens Militar de Santiago de Espada e da Instrução Pública de Portugal.