

O TRATAMENTO
DO
MAL DE POTT

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto

POR

Antonio Vençalves d'Almeida

(EXTERNO DO HOSPITAL DE ST.º ANTONIO)



PORTO

Typographia de A. F. Vasconcellos, Suoc.

RUA DE S.ª NORONHA, 51 E 59

1900

99/4 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

DR. ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE-SECRETARIO INTERINO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

Corpo Cathedratico

Lentes Cathedraticos

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descrip-tiva geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia . . . | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria. | Vaga. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna . . | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica . . | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica . | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica. | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Vaga. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica. | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| Pharmacia | Nuno Freire Dias Salgueiro. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|--|
| Secção medica | } José d'Andrade Gramaxo.
Dr. José Carlos Lopes. |
| Secção cirurgica | |
| | } Pedro Augusto Dias.
Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|---|
| Secção medica | } João Lopes da S. Martins Junior.
Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| Secção cirurgica | |
| | } Clemente J. dos Santos Pinto.
Carlos A. de Lima. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica | Luiz de Freitas Viegas. |
|----------------------------|-------------------------|

A Escóla não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escóla*, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.)



À SAUDOSA MEMORIA

DE

MINHA MÃE



A meu pae

Nunca esquecerei os sacrificios que por mim tendes feito.

A meu tio

Devo-vos, o que sou. Im-
mensa e infinita será a mi-
nha gratidão.

 minhas irmãs

UM ABRAÇO DO VOSSO

Antonio.

A Ex.^{ma} SNR.^a

D. Maria da Gloria da Cruz e Silva

Aos Ex.^{mos} Srs.

Dr. José Dias d'Almeida

E

PROFESSOR

Luiz de Freitas Viegas

O externo da 12, reconhecido.

AOS MEUS CONDISCIPULOS

E EM ESPECIAL A

Antonio Balbino Rego.

Manoel da Rocha Amorim.

Antonio Teixeira Lopes Junior.

Manoel Suzanno.

Luiz Martins.

Com saudade me despeço de vós.

AOS MEUS COMPANHEIROS DE ENFERMARIA

Alberto d'Araujo.

José Guilherme Pacheco de Miranda.

José Ferreira Diegas.

UM ABRAÇO DE DESPEDIDA.

As meus contemporaneos

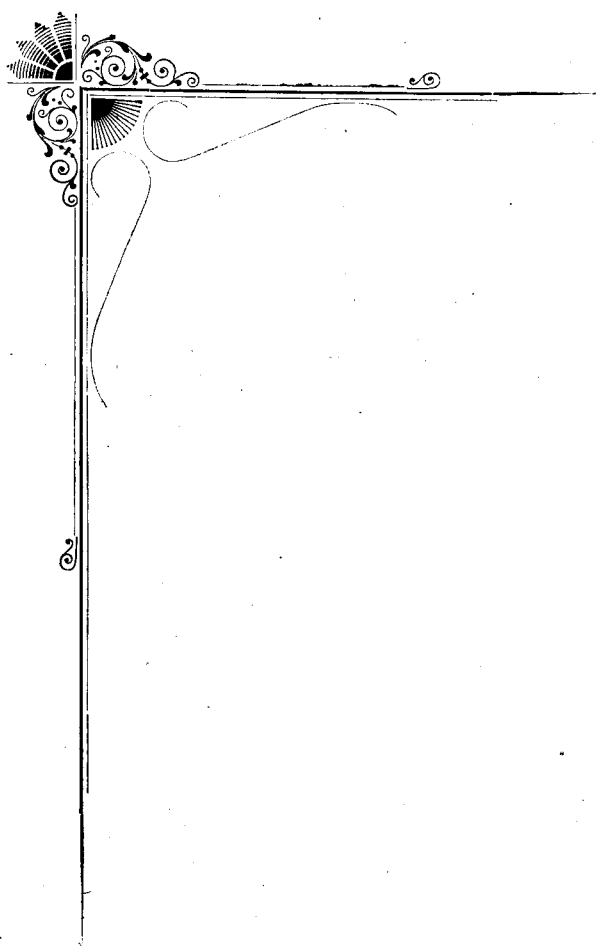
AO MEU DIGNÍSSIMO PRESIDENTE

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Sr.

PROFESSOR

Lopes Martins

Homenagem ao seu muito
talento.



O tratamento do mal de Pott

O mal de Pott é uma doença que desde a mais remota antiguidade tem chamado sobre si a attenção dos cirurgiões. Tambem ella tem soffrido tentativas therapeuticas as mais variadas, mais ou menos racionaes, tentativas que eu não vou explanar detidamente, tendo por unico fim mostrar o estado actual d'esta importante questão de therapeutica cirurgica, que de resto ainda não disse a sua ultima palavra.

O meu trabalho será dividido em duas partes: na primeira descreverei rapidamente a etiologia, a anatomia pathologica, a symptomatologia e o diagnostico do mal de Pott; na segunda será detalhadamente desenvolvido o assumpto principal da minha dissertação: *o tratamento*.

Primeira Parte

A) Etiologia

A etiologia do mal de Pott nada tem de interessante. Favorecida, como de resto todas as tuberculosas, por um estado de receptividade hereditaria ou adquirida e localisada muitas vezes por um traumatismo, ella pôde observar-se em todas as edades, sendo no entanto muitissimo mais frequente na primeira infancia.

B) Anatomia pathologica

A columna vertebral pôde ser affectada pelas lesões da tuberculose quer na sua metade anterior, ou corpo das vertebrae, quer em qualquer das par-

tes constituintes do arco vertebral posterior. Não me occuparei no decurso do meu trabalho d'esta segunda fôrma de tuberculose vertebral, pois que ella comporta indicações operatorias especiaes, que não as que me proponho estudar.

É á tuberculose vertebral anterior que se dá o nome de *mal de Pott* propriamente dito, e é d'esta fôrma que eu me occuparei especialmente, pondo de parte as variedades da séde que se designam com o nome de *mal sub-occipital* e *tuberculose do sacro*.

A anatomia pathologica do mal de Pott offerece a estudar duas especies de lesões: a lesão primitiva, isto é, o foco tuberculoso vertebral, e as lesões secundarias, umas de natureza puramente mechanica, outras de natureza tuberculosa.

A) Lesão primitiva. — Foco tuberculoso vertebral — É ao nivel do corpo das vertebrae que se localisa primitivamente o processo tuberculoso, que, continuando a sua evolução, attinge os discos intervertebraes e se propaga ás vertebrae em contiguidade com a primitivamente affectada.

As alterações dos corpos vertebraes podem apresentar-se segundo dois typos: o typo *diffuso superficial*, outr'ora designado com o nome de carie, e o typo *limitado cavernoso*.

1.º Typo *diffuso superficial* — Esta fôrma de tuberculose vertebral acompanha em geral as alterações do typo cavernoso. A caverna raras vezes

é nitidamente limitada, e as vertebrae que estão em contacto com a vertebra cavernosa apresentam lesões superficiaes de tuberculose. Mas não são estas alterações que constituem o typo diffuso superficial, que pôde existir isoladamente sem lesão profunda dos corpos vertebraes e portanto sem gibbosidade e sem paralyisia; não ha mal de Pott, na accepção clinica da palavra.

Segundo Lannelongue, n'esta fórma de tuberculose vertebral, as vertebrae são apenas desnudadas e separadas das partes molles e das fungosidades por uma collecção purulenta. A superficie ossea offerece um aspecto variavel; mas a maior parte das vezes é irregular, cavada de pequenas escavações, recoberta, principalmente aos lados, de tecido osseo de nova formação. *Uma vez a superficie é secca como se fosse desprovida de vasos; outras vezes as camadas superficiaes são avermelhadas, infiltradas de fungosidades que se substituem pouco a pouco ao elemento sólido do osso.* (Lannelongue).

Este auctor assignala tambem n'esta fórma de tuberculose vertebral, o apparecimento de sequestros mais ou menos volumosos, ora adherentes ás vertebrae, ora separadas d'ellas por uma massa de tecido fungoso. O tecido osseo, umas vezes é condensado, outras vezes molle e rarefeito com a apparencia vascular que lhe dá a infiltração.

A extensão d'estas lesões é muito variavel. Se umas vezes se limita a um numero relativamente

restricto de corpos vertebraes, outras vezes as lesões são consideravelmente extensas. N'uma observação de Gros as fungosidades attingiam todos os corpos vertebraes desde o axis até ao sacro.

2.º *Typo limitado cavernoso* — Emquanto que no typo precedentemente descripto as lesões, posto que extensas, são superficiaes, não trazendo por consequente como epiphenomeno desvios do rachis, o typo limitado cavernoso é caracterisado pelo desaparecimento d'um ou mais corpos vertebraes que são substituidos por cavernas.

O contheúdo d'estas cavernas é formado por uma substancia caseosa entremeada de particulas sólidas. *A parede da caverna é formada por uma membrana, em geral delgada, algumas vezes um pouco espessa, variando d'uma região para outra na mesma cavidade; esta membrana pôde faltar, e então o tecido osseo infiltrado encontra-se em contacto directo com o contheúdo caseoso.* (Lannelongue.) Mais tarde o contheúdo da caverna amollece, funde-se e toma os caracteres dos grandes abscessos frios.

B) Lesões secundarias. — Como já disse, estas lesões podem sub-dividir-se em dois grupos:

Umas que resultam da alteração estatica que causa a perda de substancia vertebral; são, portanto, puramente mechanicas.

Outras que derivam do processo tuberculoso.

1.º *Lesões mechanicas.* — A lesão mechanica pri-

mordial é a deformação que se fórma ao nível da lesão, isto é, a gibbosidade.

Como consequencia da perda de substancia que o processo tuberculoso gera ao nível do corpo das vertebraes, fórma-se na sua face anterior um angulo reintrante produzido pela inclinação dos dois segmentos da columna separados pela caverna. Esta inclinação varia segundo a fórma do angulo reintrante que pôde ser obtuso, recto ou agudo. No primeiro caso o desvio é apenas indicado, augmentando progressivamente no caso do angulo se tornar recto ou agudo.

O angulo formado pelos dois segmentos da columna é quasi sempre limitado pelo contacto que se estabelece entre as extremidades de cada um; no entanto muitas vezes o superior cava no inferior uma gotteira na qual se encontra mais ou menos completamente alojado. Esta gotteira pôde ser bastante profunda para chegar a separar uma ou duas vertebraes em duas metades lateraes.

O effeito da inclinação dos dois segmentos do rachis é a formação, atraz, d'um angulo saliente ou gibbosidade, tão caracteristica do mal de Pott.

Esta gibbosidade é por via de regra posterior e mediana, e este facto, só por si, pôde muitas vezes servir para distinguir o mal de Pott d'outras affecções vertebraes.

Ha no entanto alguns casos em que a gibbosidade pottica é desviada da linha mediana; estas excepções são devidas umas ao desvio lateral do

segmento superior, facto que é relativamente raro, outras estão sob a dependencia de curvaturas de compensação que se estabelecem com o tempo; todavia n'este caso a gibbosidade foi primitivamente mediana.

A fórma da gibbosidade varía de doente para doente; Lannelongue admite 5 variedades, nas quaes encerra pouco mais ou menos o resumo dos casos que geralmente se apresentam. Eis a classificação de Lannelongue:

«1.º — Gibbosidade, muito pouco accentuada, formada pela proeminencia angular d'uma só apophyse espinhosa; o conjuncto do rachis guarda pouco mais ou menos a sua direcção normal. Esta variedade vê-se nas primeiras phases da doença; ella póde persistir definitivamente, mas em geral o desvio aggrava-se.

2.º — Proeminencia d'uma vertebra unica, formando um angulo agudo sobre uma bossa arredondada de raio variavel. Esta fórma está em relação com a destruição d'um só corpo vertebral, complicada d'inflexão pronunciada dos dois segmentos.

3.º — Gibbosidade mais ou menos convexa, mas não angular; quatro, cinco, seis, sete ou oito apophyses espinhosas contribuem para formar a curvatura; trata-se n'este caso da destruição de varias vertebraes.

4.º — Quando, com a mesma extensão das lesões que no caso precedente, a inflexão e o affas-

tamento do rachis são muito pronunciados, a gibbosidade é ainda arredondada, mas a sua curvatura é accrescentada ao angulo produzido pelo encontro dos segmentos; ella tem a fórma d'uma ansa cujas origens são mais approximadas que os lados da propria ansa.

5.º — Finalmente em alguns casos em que a lesão destruidora é muito extensa, a gibbosidade é formada por uma vasta curvatura mediana, antero-posterior, e comprehendendo quasi toda a extensão da columna vertebral, por exemplo desde o sacro até á região cervical.»

Chipault ¹ accrescenta a estas cinco variedades admittidas por Lannelongue mais duas que não entram na classificação precedente; estas variedades de Chipault são: o *spondilizema* que consiste na inclinação para deante de todo o rachis, consecutivamente á destruição da quinta vertebra lombar; o *spondylolisthesis*, que consiste no deslissamento para deante da ultima vertebra lombar, vindo fazer saliencia no estreito superior e que é devido á destruição do disco lombo-sagrado e das apophyses articulares correspondentes.

Além das alterações que acabo de descrever e que tem por séde o ponto principal da lesão tuberculosa, outras deformações secundarias se formam a distancia, deformações estas que incidem sobre

¹ *Tratado de cirurgia* por Le Dentu. Art. doenças do rachis.

a propria columna vertebral ou sobre as cavidades osseas que lhe são annexas e consecutivamente sobre as partes molles contidas n'essas cavidades.

A formação da gibbosidade destruindo o equilibrio do tronco provoca da parte da columna vertebral a formação de curvaturas de compensação destinadas a restabelecer a estatica vertebral. Estas curvaturas desenvolvem-se mais nas creanças que nos adultos por causa da mobilidade maior do rachis nas primeiras edades.

As curvaturas de compensação são em geral em numero de duas, uma superior outra inferior á lesão.

Se a gibbosidade está situada ao nivel d'uma porção da columna normalmente cyphotica, a compensação effectuar-se-ha por um exaggero das lordoses normaes das porções collocadas acima e abaixo da gibbosidade; se ao contrario ella attinge uma região normalmente lordotica, a compensação far-se-ha por um nivelamento das partes cyphoticas ou mesmo estas partes tornam-se lordoticas.

No que diz respeito ás deformações que soffrem as cavidades annexas á columna vertebral citarei as alterações do thorax e da bacia como as mais importantes a conhecer.

As deformações potticas do thorax são particulares ás gibbosidades dorsaes. O thorax acha-se comprimido de deante para traz ou lateralmente segundo a gibbosidade é dorsal superior ou dorsal inferior. Além d'isso estas alterações de fórma

do thorax são acompanhadas d'um desfarçamento das curvaturas costaes.

As deformações potticas da bacia são d'uma grande importancia em obstetrica e são especiaes ao mal de Pott lombar inferior e especialmente lombo-sagrado.

Nas bacias potticas os diametros do estreito superior acham-se augmentados e os do estreito inferior diminuidos. E a bacia cyphotica dos parteiros.

Das alterações das partes molles mencionarei os desvios e deformações da aorta que segundo Lannelongue *são um facto muito mais commum do que poderia fazer crêr o silencio quasi completo guardado pelos auctores*, e as deformações pulmonares moldadas sobre as alterações da cavidade thoracica.

2.º *Lesões secundarias tuberculosas.* — Estas lesões são produzidas pelo fóco tuberculoso vertebral como centro d'infeccção e podem ser extra-rachidianas ou intra-rachidianas.

Lesões tuberculosas extra-rachidianas. — São constituídas em primeiro logar pelos abcessos ossifluentes vertebraes, em segundo logar pela invasão ganglionar e serosa.

Os abcessos ossifluentes são collecções tuberculosas em continuidade com o fóco vertebral do qual não são mais que um diverticulo mais ou menos extenso. Acham-se a maior parte das vezes em comunicação livre com esse fóco, podendo no entanto,

posto que raras vezes, achar-se obliterada, a comunicação primitiva, por um tecido fibroso que substituiu o tecido de fungosidades.

Segundo Lannelongue, «o abcesso ossifluente representa nas partes molles o tuberculo enkistado na espessura das vertebrae»; não é portanto um simples escoamento de pús formado ao nível do fóco vertebral, mas representa um trabalho activo de desagregação e mortificação de tecidos perfeitamente analogo ao primitivo processo que gerou o fóco e do qual representa a continuação.

A marcha d'estes abcessos ossifluentes é para uma dada região quasi sempre a mesma, isto é, o trajecto seguido pelo abcesso é identico quando o fóco primitivo se acha na mesma região.

Para explicar a regularidade d'esta marcha na sua migração os auctores teem apresentado varias interpretações: Nelaton invocava a resistencia de certos tecidos, a contracção muscular e principalmente a accção da gravidade, não tendo este auctor observado nunca abcessos ossifluentes seguirem um caminho ascendente. Koenig, injectando agua nos espaços conjunctivos, vê-a seguir um caminho analogo ao dos abcessos migradores.

Lannelongue observa que de maneira nenhuma se póde assemelhar este phenomeno meramente physico da infiltração á invasão tuberculosa. Para este auctor a membrana tuberculogenica representa o papel activo, destruindo-se pela sua face cavitaria enquanto se propaga pela sua face exterior; ora

esta invasão faz-se mais facilmente no tecido conjunctivo, ao passo que os outros tecidos resistem e formam uma especie de barreira ao abcesso. Assim Lannelongue explica a existencia dos abcessos chamados recorrentes, e o facto dos abcessos ordinarios seguirem de preferencia a bainha dos nervos, dos vasos, dos musculos, isto é, os espaços conjunctivos. Para Denucé, o peso especifico dos bacillos, que é um pouco maior que o do liquido collectado, tem uma influencia manifesta na marcha das collecções ossifluentes.

b) LESÕES TUBERCULOSAS INTRA-RACHIDIANAS. — As alterações intra-rachidianas mais importantes são as lesões tuberculosas da dura-mater, cujo apparecimento está muitas vezes em relação com o apparecimento das lesões radico-medullares do mal de Pott.

Estas lesões meningeas estão sob a dependencia da evolução do processo tuberculoso. Uma vez destruido o ligamento posterior que separa o fóco osseo dos órgãos intra-rachidianos, a dura-mater encontra-se pela sua face externa em relação directa com a lesão tuberculosa. A meninge toma então parte no processo tuberculoso pela sua face externa emquanto que a face interna é lisa e perfeitamente normal.

É a pachymeningite externa de Michaud.

Limitada, primitivamente, á superficie externa da dura-mater as lesões invadem successivamente as camadas intersticiaes e a face interna; resulta d'ahi que, ao nivel da lesão vertebral e a uma dis-

tancia variavel no sentido longitudinal e transversal, a dura-mater torna-se espessa, formando um arco mais ou menos completo, que póde ser um agente de compressão medullar.

As lesões medulares são umas de natureza especifica; outras são alterações produzidas por compressão directa da medulla, compressão esta que póde ser produzida por esquirolas osseas, pela extremidade do segmento inferior do rachis que intravando-se comprime a medulla ao nivel da inflexão, e finalmente pelas fungosidades da pachymeningite externa.

C) Symptomatologia

A symptomatologia do mal de Pott não póde ser descripta segundo um typo unico, que de maneira nenhuma concordaria com os casos clinicos; os principaes symptommas podem ser divididos em dois periodos:

A) Symptommas do primeiro periodo.—Os symptommas do primeiro periodo do mal de Pott são em numero de tres, a saber: a rigidez da columna, os phenomenos dolorosos e finalmente a attitude especial do doente.

a) RIGIDEZ DA COLUMNA — Este signal é d'um valor capital e de per si só póde bastar para dia-

gnosticar um mal de Pott; é devido á contracção dos musculos visinhos á parte lesada e tem por fim resguardar a vertebra doente dos movimentos da columna. Obrigando o doente a fazer movimentos em que entre em jogo a parte lesada observa-se que esta se move como uma só peça sem que as vertebraes doentes executem umas sobre as outras movimento algum.

b) PHENOMENOS DOLOROSOS.—As dôres do mal de Pott são um dos symptomas que primeiramente attrahem a attenção.

A creança curva-se com custo e evita todo o abalo que se póde propagar á columna vertebral. As dôres raras vezes têm por séde a vertebra doente; são comparaveis á nevralgia inter-costal, cercando o tronco, que se acha como que comprimido n'um circulo doloroso.

Quando estas dôres se localisam no ponto doente, o que é raro, são em geral provocadas por um movimento brusco ou, como no caso do mal de Pott lombar, por exemplo, despertadas pela posição assentada que traz como consequencia uma certa pressão das vertebraes umas sobre as outras.

Geralmente estas dôres são vagas e profundas, podendo no entanto, affectar por vezes um character agudo acompanhado mesmo d'um certo grau de hypersthesia cutanea.

Todos estes phenomenos dolorosos podem ser provocados pela pressão sobre as apophyses espinhosas ao nivel das vertebraes doentes.

Esta pressão *methodica* pôde revelar a existência d'uma lesão vertebral e localisá-la. O processo de Copeland que consiste em passar pela crista espinhosa do rachis com uma compressa quente, é muito infiel. Chipault insiste sobre o alto valor que tem para o diagnostico a pressão sobre as *apophyses transversas* que descobre por vezes lesões de mal de Pott que não tem sido reveladas pela pressão sobre as *apophyses espinhosas*.

c) *ATTITUDE*. — A attitude especial do doente não é em ultima analyse mais do que a consequencia dos dois phenomenos descriptos precedentemente: a dôr e a rigidez rachidiana. A contractura dos musculos das gotteiras vertebraes é a causa directa d'esta attitude.

Esta contractura traz uma rigidez especial do tronco; a creança caminha com a cabeça levantada, os braços immoveis e as pernas ligeiramente separadas. Para apanhar um objecto do chão a creança dobra os membros inferiores, um depois do outro, e, appoiando a mão sobre a côxa correspondente, abaixa o tronco sem o flectir e sempre com a cabeça levantada.

Esta attitude é tão característica do mal de Pott, que pôde affirmar-se a existencia d'esta affecção uma vez observado este conjuncto de movimentos.

B) *Symptomas do segundo periodo*. — Os symptomas do segundo periodo do mal de Pott são, pela ordem mais frequente da sua apparição:

a gibbosidade, os abcessos ossifluentes e finalmente os symptomas radico-medulares.

a) GIBBOSIDADE.—A deformação da columna vertebral no mal de Pott raras vezes apparece bruscamente, e quando assim succede é em geral consecutivamente a um traumatismo, um movimento brusco, uma queda, etc.

Habitualmente a gibbosidade, a principio pouco nitida, vae-se accentuando pouco a pouco, com os progressos do fóco tuberculoso vertebral.

O seu aspecto é tão característico que poucas vezes deixa duvidas sobre a sua origem; uma cyphose angular, mediana e antero-posterior é, com muitas probabilidades de certeza, uma cyphose pottica.

Algumas vezes porém, como já tive occasião de notar, a gibbosidade em vez de ser angular é mais ou menos arredondada, em arco, o que está em relação com o numero de vertebraes destruidas; outras vezes ella é complicada por uma escoliose e d'ahi resulta um desvio lateral que mascára o seu character mediano e antero-posterior.

Estes casos podem dar origem a erros de diagnostico, que de resto não são faceis com uma exploração cuidadosa.

b) COLLECÇÃO OSSIFLUENTE.—Os abcessos ossifluentes, cuja origem e pathogenia eu já expuz rapidamente no capitulo da anatomia pathologica, são caracterisados pela tumefacção da região, desenvolvimento exagerado das veias superficiaes, e pela

fluctuação com reductibilidade parcial, sem que a palpação determine dôr alguma.

Quando estas collecções ossifluentes fazem caminho para qualquer das cavidades naturaes, manifestam-se por symptomas subjectivos que estão em relação com a sua localização. Assignalarei aqui como mais frequente a abertura dos abcessos que proveem das vertebrae dorsaes e que se pôde fazer na cavidade pleural, no mediastino, no oesophago, na trachea, etc.

c) SYMPTOMAS RADICO-MEDULLARES. — As lesões radico-medullares traduzem-se especialmente pelo apparecimento de paralyrias dos membros; esta paralyria pôde apresentar-se desde o principio da doença, antes mesmo da formação da gibbosidade. Umas vezes manifesta-se apenas por uma especie de preguiça muscular outras vezes ella chega bruscamente ao seu estado culminante, com flacidez dos membros e paralyria total. N'este estado avançado da paralyria sobrevêm em geral contracturas permanentes do membro paralyzado. Estas contracturas são ordinariamente dolorosas e passam, antes de chegar ao seu termo final por duas phases successivas: rigidez completa do membro, que se conserva em extensão, sobrevivendo depois a flexão absoluta. Os reflexos são conservados ou mesmo augmentados.

A estes symptomas d'ordem motora juntam-se, geralmente, outros d'ordem sensitiva, consistindo em hypersthesias e mais geralmente anesthesias;

estas perturbações sensitivas são no entanto muito mais tardias que as primeiras, e faltam muitas vezes.

O conjuncto de symptomas que resumidamente acabo de expôr constituem o programma completo do mal de Pott; no entanto raras vezes esse programma é assim rigorosamente observado. Os diversos symptomas agrupam-se e combinam-se de varios modos, creando outros tantos typos clinicos que variam, pôde dizer-se, quasi de doente para doente.

D) Diagnostico

Se é certo que o diagnostico do mal de Pott é em geral facil, não é menos certo que, em todos os seus periodos e a proposito de cada um dos seus signaes, o erro pôde dar-se ou pelo menos o diagnostico ficar vacillante.

No principio quando ainda não ha gibbosidade, a dôr apesar dos seus caracteres particulares pôde ser confundida com outras affecções dolorosas completamente differentes; citarei em primeiro logar a *rachialgia hysterica*, que se distingue pela superficialidade da dôr e pêla concomitancia com outros symptomas da nevróse; poder-se-ha confundir tambem, com o *lumbago*, *dôres de crescimento*, *neuralgias rheumatismaes*, etc.

No entanto nenhuma d'estas affecções tem a localisação vertebral tão nitida e a rigidez do tronco tão pronunciada, quando a ha, como no mal de Pott.

No segundo periodo se apparece a gibbosidade, apezar das lesões que com ella se podem confundir á primeira vista, basta um pouco d'attenção e um exame methodico para lhe assignar a sua verdadeira origem; porém, a gibbosidade póde faltar e então o diagnostico torna-se muito menos nitido.

As collecções ossifluentes podem ser tomadas por collecções purulentas independentes d'uma lesão do rachis e os accidentes sensitivo — motores, que tambem podem existir sem prévia deformação de columna, confundir-se-hão com perturbações analogas mas d'uma outra origem qualquer, se se não pensar na existencia possivel d'uma tuberculose vertebral.

Segunda Parte

Tratamento

Todos os meios therapeuticos empregados no tratamento do mal de Pott tendem, uns a suspender a marcha da lesão ossea, outros a levantar o estado geral do individuo; os primeiros, d'ordem cirurgica, variam segundo as phases da doença, os segundos, do dominio da medicina, tendem a fortificar o organismo, favorecendo a reparação das desordens locaes.

I.º Tratamento local

Está hoje assente que em vista da impossibilidade de atacar directamente o fóco tuberculoso, o

tratamento local do mal de Pott consiste em collocar a vertebra ou vertebraes lesadas em condições taes que a cura expontanea se possa effectuar, o que não é raro, com uma prudente conducta da parte do cirurgião.

A condição essencial, o principio que domina, hoje, toda a therapeutica do mal de Pott é a immobilisação do rachis.

Qualquer que seja o processo empregado, extensão e contra-extensão,apparelhos diversos, ligaduras apophisarias, etc., comtanto que o rachis se ache immobilisado, a cura póde esperar-se.

Ora, como faz notar Lannelongue, a immobilisação da columna vertebral não tem por fim evitar o jogo dos movimentos das vertebraes, pois que logo desde o apparecimento dos primeiros symptomas, a rigidez e immobilidade do rachis é o phenomeno que mais accentuadamente se manifesta; não é portanto n'este sentido que se deve comprehender a immobilisação da columna vertebral; esta immobilisação tem por fim collocar-a de maneira a não se poder flectir, isto é, formar-lhe até certo ponto um amparo, evitando assim a formação da gibbosidade, se ella ainda não está formada, ou no caso contrario suspender o seu crescimento, procurando ao mesmo tempo obter ao nivel do fóco osseo uma certa descompressão e procurando transmittir o peso do tronco aos illiacos por outra via que não a columna vertebral.

O tratamento differe segundo a phase da doen-

ça, isto é, segundo a gibbosidade estando ou não já formada, se acha ou não complicada de paralyas ou abcessos.

A) Tratamento da primeira phase

(MAL DE POTT SEM GIBBOSIDADE OU COM GIBBOSIDADE
SIMPLES)

Os casos em que o mal de Pott se acha ainda no seu periodo inicial, isto é, sem gibbosidade, são absolutamente raros na pratica hospitalar; na clinica civil são mais frequentes devido, por certo, a uma maior sollicitude do *entourage*.

O mal de Pott sem gibbosidade é a primeira phase d'uma affecção, que se não fôr bem cuidada, se complicará n'um futuro mais ou menos distante d'uma deformação vertebral. É necessario portanto prevenil-a e é esse o fim principal e unico da therapeutica do mal de Pott n'este periodo inicial.

Se pelo contrario a gibbosidade se acha já formada, todos os esforços devem tender a suspender o progredir da incurvação rachidiana provocando a ankilose das vertebrae, isto é a consolidação da columna n'esta nova posição, evitando assim as complicações que constituem a segunda phase d'esta doença; abcessos ossifluentes e paralyas.

Variam segundo os auctores os processos empregados para conseguir este *desideratum*; porém, osapparelhos empregados visam todos o mesmo fim, isto é, evitar sempre a incurvação do rachis.

Chipault divide estes apparelhos em duas classes: apparelhos permittindo a marcha e apparelhos em que o doente tem de se conservar deitado.

Claramente que os primeiros satisfazendo ás condições de immobilisação e contenção necessarias, são incomparavelmente superiores aos segundos, pois permittem ao doente observar todos os preceitos hygienicos aconselhados n'estes casos, como seja, por exemplo, a vida ao ar livre; ao passo que os doentes submittidos ao tratamento pelo segundo grupo d'apparelhos hão de fatalmente resentir-se da sua immobilidade, e principalmente porque esta immobilidade tem de prolongar-se por largo espaço de tempo, um anno ou mais.

1.º *Apparelhos permittindo a marcha.* — Esta classe d'apparelhos comprehende—o collete gessado e os colletes orthopedicos.

A) *Collete gessado.* — Tem por typo o collete de Sayre, que ainda hoje é universalmente empregado, ainda que com algumas modificações.

Para a applicação d'este collete o doente está em suspensão cervical e axillar. O apparelho suspensor de Sayre compõe-se d'um arco de ferro, ao qual estão ligados um collar que abraça o occiput e o mento e dois bracettes que passam debaixo das

axillas. O arco está suspenso por uma roldana, fixa a um tripé ou ao tecto.

Antes de suspender o doente veste-se-lhe uma camisolla fina, guarnece-se com algodão a gibbosidade, se a ha, e todas as saliencias osseas, sobre tudo as espinhas illiacas anteriores e superiores; uma compressa dobrada de maneira a formar uma almofada é applicada na depressão epigastrica, com a extremidade pendente: esta almofada, *dinner-pad* de Sayre, deixa, depois de ser tirada, um vasio que serve para a expansão do estomago no momento das refeições; finalmente se se trata d'uma senhora tendo os seios desenvolvidos, recobrem-se com posticos de tela metallica. Tomam-se então tiras gessadas que são previamente preparadas: são tiras de tarlatana grossa, de malhas finas, de quatro a cinco metros de comprido e seis a oito centimetros de largo; enrodam-se pouco a pouco fazendo-as passar pelo gesso e com o bordo cubital da mão faz-se penetrar o gesso impregnando a tarlatana e suprime-se o que excede. É necessario, com effeito, que a quantidade de gesso empregado seja a estrictamente necessaria: uma quantidade maior dá muito peso ao apparelho, uma quantidade menor tira-lhe a solidez: o gesso não deve formar camada á superficie do tecido, deve simplesmente encher as malhas sem as mascarar por completo. Para applicar as tiras gessadas, segoram-se as primeiras voltas á roda da cinta, subindo depois em voltas de espiral á roda do tronco até á axilla, onde as voltas se recobrem exa-

ctamente formando assim o bordo superior. Se o collete tem de ficar muito espesso torna-se a descer, imbricando cuidadosamente as espiraes até ao bordo inferior, que deve seguir uma linha situada adeante, um pouco acima das espinhas illiacas antero-superiores, aos lados, a meio da distancia que vae da crista illiaca aos grandes trochanters e atraz, assentando sobre a saliencia das nadegas.

Terminado o aparelho deixa-se prender o gesso, depois do que se desembaraça o paciente do aparelho suspensor e deita-se até que o gesso seque por completo.

Tal é o collete de Sayre typó.

As modificações que têm sido feitas a este collete incidem principalmente sobre a suspensão e materiaes de que elle é feito.

Denucé, supprime habitualmente os bracettes axillares que, segundo este auctor são muito incommodos, e emprega a disposição de Beely, que faz a extensão sobre os membros superiores levantados, ao mesmo tempo que sobre a cabeça; ou fazendo a tracção por fexas fixas ao ante-braço como na reducção d'uma luxação do cotovello.

No processo de Davy, não se emprega a suspensão: estando o paciente de pé, applica-se-lhe sobre a parte anterior do thorax um pedaço de tarlatana que passe acima da cabeça, com duas aberturas para os braços; estando a tela suspensa horizontalmente, deita-se o paciente de ventre para baixo passando os braços pelas aberturas feitas

para esse fim; talham-se os bordos e o collete é applicado por cima d'esta primeira tela; logo que o gesso prenda corta-se a parte da tarlatana excedente.

Outros auctores aconselham outros materiaes, que não o gesso, para a preparação dos colletes, mas estas modificações, sem vantagem alguma, não têm sido acceitas pelos cirurgiões que continuam servindo-se do gesso para a fabricação dos seusapparelhos.

O collete empregado na consulta especial de creanças do hospital de Santo Antonio pelo illustre especialista snr. dr. Dias d'Almeida, é uma modificação do collete de Sayre d'uma simplicissima applicação.

A suspensão é feita n'um apparelho suspensor de Sayre, supprimindo-se habitualmente a colleira que as creanças não toleram, fazendo-se simplesmente a suspensão axillar. Collocada a creança em suspensão, com a sua camisolla bem justa e a bossa protegida por uma almofada de algodão, emquanto um ajudante prepara o gesso, o operador envolve o tronco do paciente em varias espiraes com uma ligadura de gaze vulgar, de maneira que todo o tronco, desde a axilla até aos illiacos, fique bem ligado. Em seguida, emquanto um ou dois ajudantes vão barrando, com o gesso preparado as voltas de ligadura já dadas, o operador continua fazendo nova serie de espiraes em volta do tronco, fazendo assim cinco ou seis involucros de gaze, que se vão

intermeiando d'uma fina camada de gesso no qual a gaze se embebe.

A creança fica em suspensão até que o gesso comece a prender, o que em geral succede ao fim de dez minutos, depois de terminada a operação. Deita-se em seguida em decúbito ventral até á completa exsiccação.

O gesso é preparado misturando partes eguaes de agua e gesso fino e bem peneirado.

Este aparelho deve ser renovado todos os dois mezes ou o maximo todos os tres mezes.

D'uma extrema simplicidade na sua applicação, este collete satisfaz a todas as exigencias de immobilisação e contenção necessarias emapparelhos d'esta ordem. Foi applicado em todos os casos que constituem as minhas observações e n'outros de que infelizmente não pude obter detalhes para poderem constituir uma observação clinica.

Nunca observei que a falta do *dinner-pad* se manifestasse por qualquer incommodo da parte dos pequenos doentes, os quaes pelo contrario se sentem admiravelmente bem com a applicação d'este apparelho

Além do collete gessado de Sayre mais ou menos modificado, e que só é applicavel aos casos de mal de Pott dorsal e lombar, ha outras variantes que se utilisam para a região cervical.

Citarei como exemplares d'estas variantes:

O *apparelho de Furneau-Jordan*, feito com uma larga tira de flanella gessada, que cerca a fronte,

cruza-se na nuca, volta sobre o sternum e descreve em seguida circulares á roda do tronco.

O aparelho do Piéchaud, que este auctor utiliza só na convalescença, tendo usado durante os primeiros tempos a extensão contínua, e que é constituido por uma especie de capuz gessado, abraçando a cabeça, a nuca, as espaldas e a parte superior do tronco.

B) Colletes orthopedicos. — Todos os auctores estão d'accordo em condemnar os colletes orthopedicos, dos quaes a maior parte *servem simplesmente d'amparo sem poderem ter outras pretenções* (Chipault). Taes são osapparelhos de Verneuil e Mathieu.

Ha uma outra variedade que procura obter ao nivel do fóco tuberculoso uma especie de extensão e contra-extensão.

D'estes, uns destinam-se ás regiões dorsal e lombar, outros á região cervical. Os primeiros procuram o seu ponto d'apoio superiormente na axilla e inferiormente nos illiacos. O mais simples é o de Taylor:

«É constituido essencialmente por duas tallas, formadas cada uma por duas peças articuladas, collocadas verticalmente atraz do tronco ao nivel das gotteiras vertebraes e fixas em baixo na face posterior do sacro por uma cintura pelvica. Na extremidade superior d'estas tallas prendem-se correias que pucham o thorax e mesmo a cabeça de deante para traz» — (Lannelongue).

N'uma modificação de Schilbach ao apparelho de Taylor os montantes fazem molla e attrahem as espaldas para traz.

Lannelongue, pouco partidario, de resto, da applicação de colletes, quando os emprega vae buscar o ponto d'apoio superior á base do craneo.

Resta-me para terminar, apontar os apparelhos destinados aos casos de mal de Pott cervical: citarei, nomeadamente, o *Jury-mast* que póde ser adaptado a qualquer collete e que é constituido «por uma haste metallica curva, seguindo a nuca e chegando até ao cimo da cabeça; na extremidade superior está fixo um collar abraçando a nuca e o mento; quando o apparelho está bem feito o peso da cabeça é transmittido ao collete, alliviando assim a columna vertebral.» (Denucé).

2.^o *Apparelhos que necessitam o decubito.* — A segunda classe d'apparelhos que têm por fim immobilisar os focos de tuberculose vertebral é constituida por apparelhos aos quaes o paciente está fixo, e que necessitam por longo tempo a permanencia em decubito, que segundo as diversas especies empregadas será dorsal ou abdominal.

Os apparelhos de decubito abdominal estão hoje completamente abandonados, pois que elles são «talvez satisfatorios debaixo do ponto de vista theorico, mas são praticamente detestaveis» (Chipault).

Os apparelhos de decubito dorsal são os unicos hoje empregados.

«A gotteira de Bonnet é o mais empregado

d'estesapparelhosepóde ser citada como typo; é faciladaptar-lhe as modificações necessarias para exercer uma tracção ou sobre a cabeça pela região cervico-dorsal superior, ou sobre os membros superiores pela região lombar. O seu principal inconveniente é ser muito cara e ser difficil de encontrar fóra dos grandes centros.

A caixa de Nebel e o leito de Lorenz remediavam estes inconvenientes.

Para construir a caixa de Nebel, colloca-se a creança, com as pernas um pouco separadas, sobre uma folha de papel; desenha-se exactamente o contorno do corpo e marca-se o ponto em que se encontra o anus e a excavação axillar.

Ajusta-se este desenho sobre uma prancha que se corta segundo o traçado, deixando alguns centimetros de mais além da cabeça e dos pés, e praticando uma abertura oval ao nível do anus, e outra, se houver necessidade, ao nível da gibbosidade.

Nos bordos prega-se uma prancheta vertical ao nível das axillas.

O todo é forrado, e o doente deitado n'esta caixa almofadada, é mantido por uma especie de peitilho encerrando o thorax e por uma ligadura para os membros.

Uma roldana acima da cabeça permite a extensão.

O leito de Lorenz póde igualmente servir ou simplesmente para a immobilisação, ou para a immobilisação completada com a extensão e contra-extensão.

Para fabricar este leito, o cirurgião preparará almofadas bastante duras e de espessuras diferentes.

Com o doente deitado sobre o ventre dispõem-se estas almofadas: uma debaixo da fronte, outra debaixo da região claviclar e outra debaixo das coxas; a parte média do rachis affasta-se para o plano subjacente, pondo-se em lordose: a reclinção assim obtida será graduada á vontade variando a espessura das almofadas. Os braços são puxados para deante e a cabeça é fixa por um ajudante. Recobre-se o dorso com uma camada de algodão desde a cabeça até ás coxas; a gibbosidade é bem almofadada; o algodão é coberto por uma tela. Tomam-se então ataduras gessadas que se collocam desde a cabeça, espaduas e axillas até abaixo da prega das nadegas; dispõem-se varias camadas d'estas ataduras que se reforçam em seguida por outras transversaes: uma camada de estopa gessada completa a espessura do leito.

Emfim com ligas de tela serram-se todas estas camadas applicando-as exactamente ao corpo. Tira-se o leito, regularisa-se os bordos e a superficie, secca-se ao forno, e depois torna-se impermeavel impregnando-o d'uma solução alcoolica de gomma-laca.

Guarnece-se a gotteira gessada d'uma espessa camada d'algodão recoberto d'uma tela impermeavel e d'uma nova camada menos espessa d'algodão.

A extensão será obtida com uma colleira de Glisson.» (Denucé).

Tal é o arsenal utilizado no tratamento immobilizador do mal de Pott.

Todos estesapparelhos têm por fim, por um lado descomprimir as partes doentes, permittindo a sua reparação, por outro lado prevenir a formação da gibbosidade ou suspender o seu crescimento no caso que esta esteja já formada.

A maior parte dos auctores condemna o uso dos colletes que, segundo a sua opinião, não conseguem ou conseguem muito imperfeitamente este duplo fim. Effectivamente, em theoria, a applicação dos apparelhos de decubito é mais racional, pois que d'esta fórma cada parte do corpo transmite directamente ao apparelho o seu proprio peso. Mas o que é certo é que ainda mesmo que á posição horisontal se junte a extensão e contra-extensão, os movimentos de lateralidade são inevitaveis e estes movimentos hão de fatalmente prejudicár a marcha do tratamento.

Por outro lado, os apparelhos que necessitam o decubito, obrigando o doente durante um ou dois annos a conservar-se por assim dizer amarrado ao seu apparelho, são, a meu vêr, a negação completa de todos os principios d'hygiene, tão poderoso auxilio no tratamento d'esta doença.

Finalmente, como é sabido a grande maioria de casos de mal de Pott manifesta-se nas creanças e comprehende-se quão difficil será obter d'ellas uma quietude permanente.

No emtanto eu tenho notado que a maior parte

dos auctores se insurgem contra a applicação dos colletes, mesmo os colletes gessados que são os mais perfeitos para este fim, e quando os empregam é, não desde o principio do tratamento mas sómente durante a convalescença.

Lannelongue prefere a extensão continua em decubito dorsal e affirma que todos os colletes eapparelhos não preenchem senão muito imperfeitamente o duplo fim de sustentar e immobilisar a columna. (Lannelongue. Tub. vert. pag. 229).

Piechaud diz, referindo-se ao modo de immobilisação do rachis: «Por immobildade nós devemos entender, não os apparelhos que têm por fim immobilisar o tronco, permittindo a marcha, mas o decubito dorsal com ou sem meios de contenção», e affirma categoricamente que apesar da applicação dos colletes a gibbosidade forma-se e accentua-se e desenvolvem-se abcessos.

Eu não receio dizer que semelhantes affirmativas são por demais ousadas. Em todos os casos em que eu vi fazer a applicação de colletes gessados, nunca notei que a gibbosidade augmentasse absolutamente nada, e nunca pude observar a formação de abcessos. Pelo contrario os pequenos doentes que no acto da sua admissão á consulta entravam n'aquella attitute typica dos potticos, com as mãos nos joelhos amparando o tronco, fazendo mil trejeitos se os convidavam a apanhar um objecto do chão, entravam dois ou tres mezes depois notavelmente melhorados, sem que á primeira vista

se pudesse suspeitar que elles eram portadores d'uma gibbosidade pottica.

Ha alguns annos uma nova phase foi annunciada, na qual entraria a therapeutica do mal de Pott. Ao passo que até 1895, todos os processos empregados eram unica e simplesmente orthopedicos, n'esta época Chipault iniciou um novo tratamento applicando aos casos de mal de Pott, o que elle chamou a *orthopedia vertebral operatoria*.

Mais tarde, em 1896, Calot modificou e vulgarizou este processo que parecia segundo as suas observações ser o futuro tratamento d'escolha das cyphoses potticas.

Este novo tratamento era applicado, pelos seus iniciadores, quer aos casos em que a gibbosidade ainda não estava formada, quer áquelles em que ella se achava n'um periodo de maior ou menor desenvolvimento.

No primeiro caso, Chipault immobilisa o rachis, fazendo a ligadura a fio de prata das apophyses espinhosas das vertebraes doentes, seguida d'immobilisação n'um leito preparado *ad hoc*.

O processo de Calot como adeante veremos differe pouco do processo classico.

No segundo caso, isto é, quando a gibbosidade se acha já formada, estes auctores procuram por meios differentes obter a sua redução, e immobilisam em seguida os seus doentes.

Vê-se portanto, que segundo este processo, não só se pretende obter a cura do mal de Pott, como também corrigir a deformidade que os diversos tratamentos exclusivamente orthopedicos não conseguiam.

Infelizmente, parece que tentativas feitas por outros cirurgiões não deram o mesmo resultado animador, de modo que este methodo de tratamento acha-se ainda quasi exclusivamente nas mãos dos seus iniciadores; no entanto eu não posso deixar de o expôr pois que esta questão da correcção da gibbosidade tem sido em varias épocas largamente ventilada entre os auctores.

Já Hyppocrates tinha feito infructuosas tentativas para corrigir uma bossa traumatica, servindo-se para esse fim d'um apparelho de extensão e exercendo sobre a deformidade pressões variadas com o auxilio d'um ôdre insuflado.

Gillebert d'Hercourt tentou reduzir a bossa pottica por um processo que é um aperfeiçoamento do processo hypocratico. « Consiste em fazer deitar o doente sobre uma almofada dura, inclinada da cabeça aos pés, e praticar ao nivel que deve corresponder á gibbosidade um buraco de capacidade sufficiente, tapando este buraco com um balão de caoutchouc cheio de ar para receber e repellir a gibbosidade.

O auctor refere alguns casos favoraveis parecendo justificar a applicação do seu apparelho». (Lannelongue).

Posteriormente, outras tentativas feitas n'este sentido têm ficado infructíferas e depois de longos annos em que os cirurgiões se limitavam, como ainda hoje a maior parte, a provocar a ankylose das vertebrae conservando a gibbosidade, Chipault, em 1895, e Calot em 1896, vieram novamente chamar a attenção sobre a questão da reducção da gibbosidade pottica apresentando uma série de observações que tornam estas tentativas dignas de especial menção.

Dividirei a exposição d'este processo em dois capitulos:

I — *Tratamento preventivo da gibbosidade.*

II — *Reducção da gibbosidade já formada.*

I — Tratamento preventivo da gibbosidade

a) PROCESSO DE CHIPAULT. — Este processo, como já disse, consiste em fazer a ligadura das apophyses das vertebrae atacadas, seguida de immobilisação orthopedica.

Esta operação, a que Chipault chama orthopedica vertebral operatoria, já tinha sido feita antes, em casos de luxações vertebraes. Em 1888 Wilkins fez a primeira tentativa de ligadura das apophyses espinhosas, n'um caso de luxação congenita das vertebrae lombares.

Em 1889 Laplace applica-a n'um caso de luxação cervical e em 1891 o americano Hadra fez esta

operação n'um outro caso de luxação vertebral e chegou mesmo a aconselhar a applicação d'este processo aos casos de tuberculose vertebral, sem que, todavia, a chegasse a effectuar.

Foi Chipault o primeiro que fez a applicação d'este processo aos casos de mal de Pott.

Eis como este auctor descreve este processo:

I.º TEMPO: *Ligadura das apophyses espinhosas.*

— « A creança, adormecida pelo chloroformio, sendo deitada de ventre em tres quartos de pronação, com o dorso voltado para o cirurgião, faz-se uma incisão longitudinal na linha apophysaria, ultrapassando duas ou tres vertebraes pelo menos, acima e abaixo, os limites provaveis da lesão dos corpos vertebraes; sem tocar nos ligamentos inter-espinhosos, a crista apophysaria é desnudada á direita e á esquerda e em seguida collocam-se dois affastadores, longos e pouco profundos, curvos na extremidade, um á direita e outro á esquerda. Sendo assim posta a descoberto a face posterior do rachis, passa-se um fio, de grossura variavel segundo os casos, atravez do ligamento inter-espinhoso subjacente á apophyse mais alta que se quer fixar, rasando o bordo superior d'esta apophyse e o mais proximo possivel da base; corta-se em seguida uma porção de fio tal que fique de cada lado da preparação um comprimento de fio duplo do comprimento de ferida: é com estas duas porções que vão ser feitas as ligaduras apophysarias; basta para o conseguir, passar cada uma das extremidades dos fios,

cruzando-as, pelo espaço inter-apophysario subjacente ao que tinha sido atravessado, depois por cada um dos seguintes, até que chegue abaixo da ultima apophyse posta a descoberto, debaixo da qual se torce solidamente as duas extremidades do fio. Feito isto as partes molles são suturadas a catgut sem *drain*, a ferida é recoberta d'um penso e o doente envolvido n'uma ligadura».

2.^o TEMPO: *Fixação n'um aparelho orthopedico*. — O aparelho empregado por Chipault «compõe-se de uma prancha de madeira de dois a tres centímetros, perfurada d'um largo orificio infundibiliforme para permittir a defecação e buracos symmetricamente dispostos de cada lado da linha mediana, para permittir fixar o doente com a ajuda de tiras collocadas nas axillas, acima da crista illiaca acima e abaixo dos joelhos e acima dos tornozellos. Quando, por razões, das quaes as principaes são, do lado dos paes, a indifferença ou o excesso de sollicitude, do lado da creança, a turbulencia, uma fixação mais rigorosa é necessaria, eu annexo dois latero-fixadores, um á direita, outro á esquerda, moveis longitudinalmente sobre *rails* e compostos d'um montante e de um parafuso transversal terminado por uma placa metallica que se póde desviar ou approximar do corpo e fixar em qualquer posição com o auxilio d'uma chave, (Chipault).

Esta immobilisação, obtida por meio das ligaduras apophysarias e da prancha orthopedica, acrescenta Chipault, deve ser continuada por longos mezes.

Este processo, sem fallar nas complicações sempre imminentes n'uma operação sangrenta, é, a meu vêr, pelo menos inutil.

Em primeiro logar apresenta os mesmos inconvenientes que eu já mencionei para osapparelhos que necessitam o decubito por longo espaço de tempo.

Em segundo logar, quando a doença se acha ainda n'este periodo inicial, a simples immobilisação, bem feita, evita a marcha da lesão, e a gibbosidade, sem que seja necessario recorrer a uma intervenção cirurgica, não chegará a formar-se.

Tambem não vi ainda que este processo fosse applicado por outros cirurgiões.

b) PROCESSO DE CALOT. — Este processo é uma pequena variante do processo orthopedico puro, em outro logar já descripto. Consiste na applicação d'um collete gessado, não em simples suspensão, mas n'uma extensão forçada da columna, de maneira a produzir no ponto provavel da lesão uma lordose artificial.

II — Reducção da gibbosidade

Se a gibbosidade se acha já formada, o processo, como já tive occasião de dizer, consiste em reduzir esta gibbosidade, immobilizando em seguida o doente. Os detalhes de technica e mesmo os casos em que Chipault e Calot intervêm variam segundo cada um d'estes auctores:

Descreverei separadamente cada um d'estes processos, os quaes assentam sobre o mesmo principio, que vêm a ser: *a redução n'um só tempo e sob chloroformio da gibbosidade, seguida de immobiliação orthopedica.*

a) PROCESSO DE CHIPAULT. — Em primeiro lugar, digamo-lo desde já, Chipault não reduz indistinctamente todas as gibbosidades. Segundo a sua opinião, sómente as gibbosidades pequenas e médias, *facilmente desenrolaveis*, isto é, que uma simples extensão e contra-extensão traga a columna á sua posição normal sem que seja necessario exercer grandes pressões ao nivel da bossa, são justificaveis d'este tratamento; pelo contrario, gibbosidades grandes, anquilosadas por completo ou mesmo nas quaes este trabalho d'anquiose se ache simplesmente iniciado, Chipault abstem-se de as reduzir.

O processo empregado por Chipault é identico ao já precedentemente descripto a proposito do tratamento preventivo da gibbosidade; apenas differe em que, quando a face posterior do rachis é posta a descoberto, se procede á redução por meio de uma extensão e contra-extensão feita por dois ajudantes, um por tracção axillar, outro por tracção sobre os membros inferiores.

Se fôr necessario, para auxiliar a columna a voltar á sua posição normal o operador exerce ligeiras pressões sobre a bossa. É com a gibbosidade assim reduzida que se faz a ligadura das apophyses espinhosas.

A immobilisação consecutiva do doente faz-se como foi dito anteriormente, ou n'uma gotteira de Bonnet.

b) PROCESSO DE CALOT. — O processo de Calot para a reducção das gibbosidades potticas é uma modificação do processo de Chipault, differindo d'elle, quer na technica empregada, quer nas suas indicações que são mais amplas.

A technica de Calot, tal como este cirurgião a apresentou á Academia de Medicina de Paris a 22 de setembro de 1896 é a seguinte: depois de chlo-roformisada a creança, voltada sobre o ventre, é sustentada em cima da meza por dois ajudantes que a agarram, o primeiro pela cabeça, o segundo pelos membros inferiores. Um ajudante supplemen-tar está junto a cada um d'elles; um colloca as mãos debaixo do sterno, outro debaixo do pubis ou mes-mo na região umbilical. Os dois primeiros puxam para si, fortemente, como se quizessem allongar o tronco (e allongam na verdade), e auxiliados pelos ou-tros dois, levantam para cima as duas extremidades do arco rachidiano, como para o inflectir para traz.

Durante este tempo as minhas mãos applicadas directamente sobre a gibbosidade exercem n'este ponto uma pressão extremamente vigorosa, indo pouco a pouco até ao extremo limite das minhas forças, procedendo com methodo, até que enfim as vertebraes deslocadas tenham chegado ao nivel ou mesmo abaixo das vertebraes visinhas.

.

Emquanto que um ajudante vigoroso me substitue para exercer sobre a gibbosidade já desapparecida, uma pressão muito solida, eu applico immediatamente, sob chloroformio, a minha ligadura gessada, circular, sobre uma camada d'algodão, mas substituindo a gibbosidade por tampões de algodão cruzados, que me permittem apertar a ligadura gessada com uma grande força sem recear para a creança uma difficuldade nas funcções das visceras thoracicas ou abdominaes».

Ao fim de tres ou quatro mezes este aparelho é substituido por um outro; no fim d'um anno pouco mais ou menos Calot permittê a marcha aos seus operados com o auxilio d'um ligeiro collete de protecção.

Na quasi totalidade das suas observações, faz preceder esta operação d'uma outra preliminar que consiste na ablação do segmento cutaneo, muitas vezes espesso, que cobre a bossa e na ablação das apophyses espinhosas salientes. Este tempo preliminar da operação que, diga-se de passagem, tira a este processo toda a vantagem de não constituir uma intervenção sangrenta, tem por fim exercer sobre a bossa uma pressão mais directa, perceber melhor os progressos da reduccão e finalmente evitar a formação d'escharas debaixo do collete gessado.

Quando as bossas são antigas de quatro, seis e mesmo oito annos ou mais, o processo é ainda o mesmo, sómente, se a correcção obtida é apenas

parcial, Calot intervem novamente fazendo uma resecção cuneiforme do rachis, por meio da ablação d'uma cunha de base posterior correspondendo ás apophyses espinhosas, e vertice anterior correspondendo ao angulo de inclinação. Esta mesma operação é empregada por este cirurgião nos casos em que a consolidação do rachis se acha totalmente effectuada.

Calot apresenta para confirmar a applicação do seu processo um total de 37 operações nas quaes 30 foram feitas com a ablação das apophyses espinhosas, 2 com resecção cuneiforme e as 5 restantes sem estes tempos preliminares.

Como era natural, fez-se um grande ruido á volta d'este novo methodo, que apresentava um activo de 37 casos sem que em nenhum d'elles tivessem sobrevindo complicações de qualquer ordem que o contra-indicassem.

Experiencias posteriores vieram no emtanto abalar bastante esta annunciada innocuidade.

Assim Ménard experimentando em 5 cadaveres o effeito produzido pela correcção brusca da gibbosidade pelo processo de Calot, communicou á Academia de Medicina em maio de 1897, os resultados obtidos: «Eu pude certificar-me, diz Ménard, que o deslocamento do fóco tuberculoso resultante da redução tinha por effeito um enorme afastamento dos dois segmentos rachidianos, supra e subjacentes: este afastamento póde atingir a altura de dois, seis e mesmo oito centimetros.

As meninges e a medulla não pareciam alteradas pelo traumatismo; quanto á bolsa do abcesso tuberculoso anterior e lateral, ella foi sempre lacerada. Esta laceração tem por consequencia pôr o fóco tuberculoso em contacto directo com os espaços cellulosos do mediastino e com as pleuras.

Resulta, por outro lado, do estudo anatomico da reparação do mal de Pott, tal como se effectua habitualmente, que em nenhum periodo da affecção, mesmo depois da cura, se encontra tecido osseo de nova formação. N'uma palavra, a tuberculose destróe o tecido osseo dos corpos vertebraes e não os regenera; não reproduz nada do esqueleto destruido. É-se assim levado a concluir que o intervallo creado entre as duas partes deslocadas não chegará a ser coberto por um callo osseo. A bossa é então destinada a reproduzir-se».

No anno seguinte, no 27.º congresso da *Sociedade allemã de cirurgia*, Wullstein tendo feito as mesmas experiencias em cadaveres conclue que as lesões produzidas são sufficientes para condemnar o processo de Calot.

Braun refere que praticou uma vez a correcção brusca e o operado morreu pouco depois.

Kraus, fazendo a autopsia a uma creança morta de diphtheria 8 semanas depois de operada d'uma bossa pottica pelo methodo de Calot, encontrou um abcesso aberto na pleura com um sequestro volumoso e no pulmão lesões recentes de tuberculose, que Kraus affirma serem causadas pela reducção

da gibbosidade. Hoffa diz que n'um pequeno espaço de tempo o processo de Calot contava já 14 mortes post-operatorias.

O silencio absoluto feito durante estes dois ultimos annos a respeito d'este processo parece indicar que os cirurgiões têm pouco a pouco abandonado este methodo, que só nas mãos de Calot tinha dado tão brilhantes e animadores resultados.

B) Tratamento da segunda phase

(MAL DE POTT COMPLICADO D'ABCESSOS OU ACCIDENTES
MEDULLARES)

a) Tratamento dos abcessos ossifluentes

Os meios therapeuticos empregados, hoje, no tratamento dos abcessos tuberculosos d'origem vertebral, consistem em atacar directamente a collecção, por processos mais ou menos radicaes, chegando ou não, segundo os casos, a intervir na lesão ossea vertebral d'onde emana o processo.

Os casos de reabsorção dos abcessos são raros, e não se pôde, portanto, confiar em demasia na sua cura expontanea. Lannelongue affirma, no emtanto, que esta cura expontanea não é tão rara

como parece e como apoio da sua opinião cita o facto que, anatomicamente, a todos os focos de tuberculose vertebral se acha constantemente ligado um abcesso de dimensões variaveis, e que, nos casos de cura, este abcesso deve fatalmente ter sido a séde d'alterações que conduzem á cura expontanea.

David, de Rouen, foi o primeiro que observou esta reabsorpção das collecções ossifluentes e Bouvier insiste particularmente sobre este assumpto.

Actualmente ainda, Chipault, quando o abcesso se apresenta sem tendencia á abertura expontanea, abstem-se de toda a intervenção activa, e immobilisa simplesmente o seu doente, referindo os mais favoraveis resultados obtidos por este processo.

Apesar de todas estas observações, porém, quando o abcesso ossifluente vem apparecer sob a fórma d'uma collecção liquida mais ou menos extensa, já não podemos contar com grandes probabilidades de uma cura expontanea, que na grande maioria dos casos se não dá, e toda a demora na intervenção tem apenas como consequencia uma maior extensão do foco.

De resto, depois da introdução da pratica antiseptica, os cirurgiões atacam mais tranquillamente estas collecções, sem recearem as complicações infecciosas, que antes d'essa época tanto os preocupavam.

Os processos que têm sido empregados para o tratamento dos abcessos ossifluentes são: a pun-

ção simples, a punção com injeção modificadora, a larga abertura da bolsa com lavagem antiseptica, a abertura com curetagem das paredes e finalmente a destruição do foco vertebral.

1.º *Punção*. — A punção simples dos abcessos ossifluentes rarrissimas vezes, mesmo repetida, é seguida de cura. Tambem ella não é empregada senão a titulo de palliativo, para evitar a abertura expontanea ou esperando uma intervenção mais activa. Esta punção deve ser feita com todos os cuidados antisepticos, evitando assim qualquer complicação inflammatoria, que transformaria o abcesso frio n'um flegmão grave.

Alguns cirurgiões fazem a punção com aspiração, por meio dos aspiradores de Dieulafoy ou de Potain; este methodo é quasi sempre prejudicial porque, em primeiro logar, o escoamento do pús não se faz tão facilmente, devido á obstrucção da canula pelas massas caseosas aspiradas, em segundo logar, o esvaziamento brusco do abcesso traz como consequencia uma rapida diminuição de pressão e d'ahi resultam hemorragias da parede, por vezes abundantes.

2.º *Punção com injeção modificadora*. — Este methodo foi inaugurado por Velpeau e depois largamente applicado por Boinet. Estes auctores empregavam uma solução iodada em injeção na bolsa dos abcessos depois da sua prévia evacuação. Apesar das curas que Boinet refere na sua *Iodothérapie*, este methodo acha-se hoje abandonado, pois que se re-

conheceu que, além do iodo não ter nenhuma acção específica, elle causa muitas vezes uma irritação muito viva que dá em resultado frequentes complicações inflammatorias.

Modernamente o iodoformio veio substituir o iodo. Mikuliez e Billroth empregaram o iodoformio em suspensão na glycerina, na proporção de $\frac{1}{10}$. Verneuil substituiu esta mistura pela solução d'iodoformio no ether na proporção de 4 a 5 por cento.

Qualquer d'estes líquidos introduzido na cavidade dos abcessos vae depositar sobre as suas paredes uma delgada camada d'iodoformio. Este methodo, apesar de não ter sido admittido sem contestação, tem sido empregado pela maior parte dos cirurgiões modernos, que lhe assignalam uma verdadeira efficacia no tratamento dos abcessos ossifluentes vertebraes.

3.º *Incisão com lavagem antiseptica.* — Já antes da introdução da antiseptia, alguns cirurgiões, como Boyer, Larrey, Lisfranc, etc..., tinham tentado a incisão dos abcessos ossifluentes, mas as complicações inflammatorias que resultavam d'esta intervenção tornavam-a inapplicavel. Graças á antiseptia a questão mudou d'aspecto e o cirurgião moderno está quasi em absoluto ao abrigo d'essas complicações.

A abertura do abcesso com lavagem antiseptica quando não é uma intervenção curativa é pelo menos inoffensiva.

O grande inconveniente d'este processo está na

difficuldade da cicatrização, a qual a maior parte das vezes se faz incompletamente, persistindo quasi sempre tractos fistulosos, cuja interminavel suppuração esgota o doente.

4.º *Incisão com curetagem das paredes.* — Este processo parece ter sido posto em pratica pela primeira vez por Boeckel em 1882. Este cirurgião aconselhava tratar os abcessos por extirpação da bolsa o mais completamente possivel, curetando o que não podesse facilmente ser arrancado e praticando em seguida a desinfeccção da ferida.

Para este fim empregava bolas d'algodão embebidas em chloreto de zinco a $\frac{1}{10}$, com as quaes esfregava rapidamente toda a parede da bolsa.

Mais modernamente M.^{lle} Kohan, n'uma these ainda recente, aconselha a ablação completa da bolsa comprehendendo os planos aponevroticos. Este processo, comtudo, apesar de ser o processo ideal com relação á parede do abcesso, é muitas vezes impossivel de pôr em pratica.

A' medida que se procura beneficiar o abcesso por qualquer dos processos apontados, a lesão ossea, mãe d'estes abcessos, deve ser, mais que em nenhum outro periodo, collocado nas melhores condições de reparação. O tratamento immobilizador deve ser posto em pratica, e é n'este periodo que, a meu vêr, se devem pôr de parte osapparehos que permitem a marcha, obrigando o doente a uma immobildade absoluta.

5.º *Destruição do fóco vertebral.* — Alguns pro-

cessos operatorios têm sido propostos para destruir o fóco tuberculoso vertebral procurando assim tratar o abcesso desde a sua origem.

Os dados anatomo-pathologicos que fixaram a origem das collecções ossifluentes deviam fatalmente trazer como consequencia estas tentativas operatorias, que consistem na evacuação do pús collectado, destruição das paredes do abcesso e curetagem do fóco vertebral. Mas antevê-se que este processo, o unico racional, de resto, nem sempre poderá ser applicado e que algumas vezes será inconveniente e até perigoso.

A technica operatoria empregada varia necessariamente segundo a séde do fóco vertebral.

Na região cervical duas vias estão apontadas para atacar o fóco tuberculoso: a via buccal e a via lateral. O processo mais livre de perigo é, como recommenda Chipault, a via lateral. «O individuo é collocado com a cabeça baixa e a face voltada para o lado opposto áquelle que se vae operar; a incisão interessa a pelle, o cuticular e a aponevrose superficial, poupando o plexo cervical superficial e as veias: trazendo a cabeça á posição normal, póde-se levantar e separar o esterno-mastoideu, o omohyoideu e o feixe vasculo-nervoso; affastam-se o angular e o escaleno e depois de ter descollado os musculos prévertebraes, chega-se aos corpos vertebraes, deixando adeante o grande sympathico» (Denucé).

Na região dorsal o processo mais geralmente

empregado é o de Ménard, que consiste em descobrir por uma incisão transversal, de 5 a 7 centímetros, a parte rachidiana da costella que parece melhor corresponder ao vertice da gibbosidade, e reseccar a sua extremidade vertebral n'um comprimento de 5 a 6 centímetros, bem como a apophyse transversa correspondente. Segue-se em seguida o canal periosseo que conduz ao fóco tuberculoso vertebral, curetando e drenando este fóco.

Na região lombar o processo de Tréves modificado por Chipault é o mais vulgar. A technica é a seguinte:

«Cortar a pelle verticalmente, a alguns millímetros por dentro do bordo externo da massa sacro-lombar, n'um comprimento de 8 a 10 cent.; cortar do mesmo modo o fascia superficialis e a aponevrose espessa que cobre o musculo; este retrahese ligeiramente; procurar, atravez do folheto aponevrotico anterior, o vertice das apophyses transversas, e, o mais proximo possivel d'estas apophyses, incidir prudentemente este folheto e o musculo quadrado dos lombos, subjacentes: por baixo d'uma delgada camada cellular apparece o psoas; d'uma apophyse destacam-se com precaução algumas fibras tendinosas d'este musculo; o dedo introduzido por este ponto attinge sem perigo a face anterior do corpo vertebral.» (Denucé).

E' este pouco mais ou menos o conjuncto de processos de tratamento que se podem oppôr a esta terrivel complicação de mal de Pott.

Cada um dos processos tem suas indicações, posto que não bem definidas: assim a punção com injeção modificadora é especialmente utilizada nos casos de abcesso ainda não aberto; a incisão e curetagem do abcesso ou, se é possível, do foco osseo convém particularmente aos abscessos já fistulizados em que a collecção foi já invadida por infecções secundarias; mas, como diz Chipault, «ha muitas collecções fechadas que se devem simplesmente vigiar, e muitas collecções fistulizadas que, vista a irregularidade dos trajectos, e a natureza das lesões osseas, deverão ser tratadas com banaes injeções desinfectantes».

b) Tratamento dos accidentes radico-medullares

O tratamento dos accidentes radico-medullares é o mesmo que o applicado para a cura da lesão ossea, isto é, a immobilisação do rachis.

Este tratamento, ao mesmo tempo que prepara a cicatrização do foco vertebral, faz concomitantemente desaparecer os accidentes medullares, paralyticos ou outros.

As diversas operações cirurgicas propostas para combater estes accidentes necessitam uma certa prudencia, e mesmo na maior parte dos casos seriam de resultados mediocres debaixo do ponto de vista funcional.

Ha alguns annos ainda, quando a pathogenia

dos accidentes medulares estava ainda mal elucidada, e que estes accidentes eram todos postos á conta d'uma compressão directa da medulla, estas operações eram aconselhadas ainda, como o unico tratamento logico e systhematico. Hoje, porém, essa pathogenia acha-se melhor estabelecida; sabe-se que na grande maioria dos casos, os accidentes são devidos, quer ao oedema ou anemia da medulla, quer á myelite tuberculosa produzida pela contiguidade do processo, e n'estes casos, claramente, a intervenção seria infructifera.

Sómente no pequeno numero de casos em que os symptomas medulares sejam produzidos pela compressão da medulla causada pelas fungosidades perimeningeas ou por sequestros, estas intervenções serão seguidas de resultados favoraveis.

Portanto, emquanto o diagnostico das diversas variedades pathogenicas dos accidentes medulares não fôr estabelecido, a abstenção de todo o processo operatorio deverá ser a norma do cirurgião.

2.º — Tratamento geral

Todo o tratamento local, qualquer que elle seja, será inutil, se o organismo estiver n'um estado de depauperamento tal, que seja incompativel com as forças de que deve dispôr para a reparação das desordens locaes; a actividade das diversas funcções

deve ser despertada e estimulada quer por meios hygienicos, quer por meios medicamentosos.

D'entre os meios que habitualmente se põem em pratica para conseguir este fim, apontarei a vida ao ar livre, os cuidados da alimentação, a hygiene da habitação, etc...; os medicamentos tonicos, como o oleo do figado de bacalhau, o phosphato de cal, etc...; finalmente a habitação n'um clima maritimo.

Estes diversos meios hygienicos, combinados com uma cuidadosa immobilisação, levarão na maior parte dos casos á cura d'esta enfermidade.

OBSERVAÇÕES

(Colhidas na consulta especial de creanças do hospital de Santo Antonio, cuja direcção se acha a cargo do exc.^{mo} snr. dr. Dias d'Almeida).

OBSERVAÇÃO I — A. F. (fem.) de 6 annos. — Apresentou-se á consulta a 11 de fevereiro de 1897, por uma bossa pottica dorso-lombar e difficuldade na marcha. Como antecedentes sabe-se apenas que 3 irmãos morreram de *ataques de cabeça*: um aos 5 mezes e dois aos 16 mezes. Quatro mezes antes de vir á consulta queixava-se de dôres na columna, na região dorso-lombar, que a impossibilitavam de se indireitar.

Pouco depois appareceu a bossa que é de tamanho mediano, e a difficuldade na marcha e nos movimentos da columna começaram a manifestar-se.

Foi-lhe applicado o collete gessado, que usou até 14 de dezembro de 1898. O glycero-phosphato de cal, o xarope iodo-tamico e a emulsão de Scott formaram a base de tratamento medico.

Depois que deixou o uso do collete, tenho-a visto algumas vezes e a marcha bem como todos os movimentos são absolutamente livres.

OBSERVAÇÃO II. — *H. F.* (fem.) de 8 annos. — Veio á consulta a 12 de fevereiro de 1897 por uma enorme bossa pottica dorsal, datando de dois annos. Durante os primeiros annos foi sempre sugeita a diarrheas frequentes, que se podem filiar em vicios d'alimentação. Pae e mãe saudaveis. Tem dois irmãos vivos e sadios. Quatro morreram ainda creanças, sendo um de meningite, outro de enterite e dos dois restantes não se pôde apurar a causa de morte.

Não pôde endireitar-se, e só consegue estar de pé apoiando as mãos sobre os joelhos. Foi-lhe applicado o collete a 16 de fevereiro de 1897, que usou até maio de 1900. Curada.

OBSERVAÇÃO III. — *F. P.* (masc.) de 9 annos. — Foi admittido á consulta a 20 de setembro de 1898. Mal de Pott dorsal, datando a apparição da bossa de ha 7 mezes.

Não tem antecedentes hereditarios nem pessoas. A bossa é dorsal superior e comprehende 5 vertebrae. Paraplegia quasi completa. Actualmente, está ainda em tratamento, com o uso do collete; acha-se consideravelmente melhorado, tendo desaparecido os symptomas paraplegicos.

OBSERVAÇÃO IV. — *O. O.* (fem.) de 8 annos. — Apresentou-se á consulta a 20 de outubro de 1898.

Pae tísico. Mãe saudável. Até aos 7 annos foi saudável. N'esta idade começou a queixar-se de dôres rachidianas e seis mezes depois do apparecimento d'estas dôres appareceu-lhe a bossa, que foi augmentando até á applicação do primeiro collete. A marcha era difficultosa. Melhorada.

OBSERVAÇÃO V—*C. A.* (fem.) de 6 annos.—Foi admittido á consulta a 19 de outubro de 1899. Em seguida a um ataque de sarampo appareceu-lhe uma deformação lombar, pequena, e ao mesmo tempo difficuldade na marcha. 1.º collete a 15 de novembro de 1899. Melhorada.

OBSERVAÇÃO VI—*B. L.* (masc.) Mal de Pott de 1.ª e 2.ª vertebra lombar datando de ha 4 mezes. Veio á consulta a 19 de dezembro de 1899.

Estado geral um pouco abatido. 3 irmãos morreram de tuberculose mesenterica, dois são vivos e sãos. Queixa-se de dôres no rachis e impossibilidade de se conservar direito. Foi-lhe applicado o collete a 20 de Dezembro. Melhorado.

OBSERVAÇÃO VII—*R. C.* (fem.) de 5 annos entrou a 25 de janeiro de 1900—. Mal de Pott lombar datando de ha 7 mezes. Em seguida a uma queda de costas ficou sempre sensivel n'aquella

região. Pouco depois notou a mãe que n'aquelle ponto se produzia e accentuava uma bossa. Procurando mobilisar o rachis a creança põe os musculos em contracção. A bossa é pouco pronunciada.

Apparelho gessado; glycero-phosphato de cal.
Melhorada.



PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A capsula de Ténon é synergica dos obliquos do olho.

Physiologia. — A necessidade sexual não está só na dependencia de sensações partidas dos órgãos genitales.

Materia medica. — A applicação systematica do methodo de Brand puro, no tratamento da febre typhoide, é muitas vezes prejudicial.

Pathologia geral. — A simples consanguinidade dos conjuges não influe nos productos de concepção.

Anatomia pathologica. — A hypertrophia dos ganglios correspondentes á região onde existe um neoplasma maligno, não é signal absoluto da generalisação ganglionar do neoplasma.

Pathologia interna. — A côr bronzeada não é signal caracteristico da doença d'Addison.

Pathologia externa. — Nos casos de duvida no diagnostico do cancro syphilitico, deve esperar-se a apparição das manifestações secundarias para instituir o tratamento.

Operações. — Na operação da appendicite prefiro a intervenção a frio.

Partos. — Os estados gravidicos favorecem e provocam as lithiases.

Hygiene. — A purificação da athmosphera pela vegetação é relativamente pequena.

Visto,
Lopes Martins,
PRESIDENTE.

Póde imprimir-se,
O. Monteiro,
DIRECTOR INTERINO.