

7170

1904

TUBERCULOSE VERTEBRAL ANTERIOR

129/2 EHC

JOSÉ AUGUSTO FERNANDES

N.º 2

BREVE ESTUDO

SOBRE

Tuberculose Vertebral Anterior



DISSERTAÇÃO INAUGURAL

apresentada á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

Typographia Universal (a vapor)

54—Travessa de Cedofeita—56

—
1904

189/2 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO INTERINO

José Alfredo M. de Magalhães

Corpo Docente

Lentes cathedrauticos

1. ^a cadeira—Anatomia descriptiva geral	Luiz de Freitas Viegas.
2. ^a cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illidio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio J. de Moraes Caldas.
5. ^a cadeira—Medicina operatoria.	Clemente J. dos Santos Pinto.
6. ^a cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido A. Corrêa de Pinho.
7. ^a cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	José Dias d'Almeida Junior.
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 e toxicologica	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a cadeira—Pathologia geral, semeiotica e historia da medicina.	Alberto Pereira d'Aguiar.
13. ^a cadeira—Hygiene privada e publica	João Lopes de S. Martins Junior.
14. ^a cadeira—Histologia normal	José Alfredo M. de Magalhães.
15. ^a cadeira—Anatomia topographica	Carlos Alberto de Lima.
Pharmacia	Nuno Dias Salgueiro.

Lentes jubilações

Secção medica	José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica	{ Pedro Augusto Dias. Dr. Agostinho A. do Souto.

Lentes substitutos

Secção medica	{ Vaga. Vaga.
Secção cirurgica	{ Vaga. Antonio J. de Souza Junior.

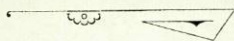
Lente demonstrador

Secção cirurgica	Vaga.
----------------------------	-------

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

(Regulamento da Escóla de 23 d'Abril de 1840, art.º 155).

A MEUS PAES



Acceitae este humilde trabalho, não como recompensa do muito que por mim fizestes, mas como testemunho da mais alta gratidão e acrysolado amor filial que vos dedica

o vosso

José

A SAUDOSA MEMORIA

do MEU QUERIDO PRIMO

Conselheiro Costa e Almeida

Fostes para mim um verdadeiro pae.
Os beneficios que me prestastes jámais
os esquecerei.

A MINHAS IRMÃS

Helia e Anna

E

A MINHA CUNHADA

D. Margarida Costa e Almeida de Carvalho

Reuno-vos no mesmo offercimento
porque vos dedico o mesmo affecto
e ternura.

A MINHA TIA E MADRINHA

D. Amelia Augusta da Costa Coutinho

A MEU IRMÃO

Antão

Um abraço do teu

José

AOS MEUS CUNHADOS

Accacio Carvalhaes

Antonio de Carvalho

Amisade e gratidão.

A MEUS SOBRINHOS

Maria

Liberata

Margarida

Luiza

e

Mancel

Contae sempre com o vosso tio

José

A TODOS OS MEUS PRIMOS

E EM ESPECIAL A

D. Maria Sabina Fontoura de Carvalho
D. Maria Amalia Correia da Costa e Almeida
Luiz Augusta Ribeiro da Costa e Almeida
Dr. Manoel Costa e Almeida
Dr. Antonia Ribeiro da Costa e Almeida

muito obrigado.

AOS MEUS PRIMINHOS

Emilinha, Toneco e Nini

Um beijo do vosso

Zeca.

Aos meus condiscipulos

Aos meus contemporaneos

Aos meus amigos

E EM ESPECIAL A

Carlos Calheiros

Miguel Calheiros

João Calheiros

José Justino Teixeira

Manoel Pires Vaz Bravo Junior

Não esqueçaes o vosso velho amigo

Fernandes

Res Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Srs.

Dr. Tito Fontes

Dr. Agostinho de Faria

e

Dr. Joaquim de Mattos

À

Meu Dignissimo Presidente de Thèse

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

Prof. Candido Augusto Corrêa de Pinho

*Homenagem a seu caracter
e profundo saber.*



TUBERCULOSE VERTEBRAL ANTERIOR

Podemos estudar a tuberculose vertebral debaixo dos typos seguintes: — *anterior*, quando comprehende o corpo das vertebraes; *posterior*, — as apophyses espinhosas, transversas, articulares e laminas e finalmente debaixo da forma de tuberculose occipito-atloaxoidiana e de tuberculose isolada do sacro e coccyx.

Occupar-nos-hemos, em especial, do primeiro typo, o mais vulgar, frequentemente conhecido pelo nome de mal de Pott e aquelle que tivemos occasião de vêr nas nossas observações. Sem desejar perder-me em divagações sobre a historia e etiologia que nada teem de interessante assignalarei d'esta, ao menos, d'entre as causas predisponentes aquellas que mais concorrem para a doença e que são: a) a *idade*; é mais fre-

quente na creança e mormente dos 3 aos 5 annos; não obstante os adolescentes e adultos não estão isentos. Tenho d'isso exemplos bem frisantes nas minhas observações;— b) *traumatismo*; é incontestavel que elle desempenha um papel importante e tanto que os doentes teem geralmente tendencia a attribuir a causa da sua doença a qualquer choque, attrito, pancada, etc; c) todas as causas que enfraquecem o organismo, taes como doenças anteriores, condições de vida dependentes da alimentação, habitação, habitos, etc.

ANATOMIA PATHOLOGICA

Sem pretender dar uma grande latitude a este capitulo d'uma tão grande importancia, quero pelo menos expor, ainda que succintamente, as differentes alterações das vertebraes, bem como as deformações da columna e cavidades osseas annexas a esta, terminando pelas lesões das partes molles intra e extra-rachidianas.

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

Typo diffuso superficial. — Esta forma pode attingir um grande numero de vertebraes.

Gross, cita um caso em que as lesões se estendiam do axis ao sacro.

O aspecto dos corpos vertebraes apresenta-se debaixo de formas muito variadas: umas vezes é liso, parecendo haver descolamento do periosteio; outras vezes rugoso, irregular e interessado por pequenas escavações, estando infiltrado de fungosidades que vão substituindo pouco a pouco os elementos solidos do osso, tornando-o tão molle que pode ser cortado á faca.

Typo limitado cavernoso. — A caverna é formada de duas partes: — membrana e conteúdo.

A membrana, que varia na propria caverna, é, de ordinario, delgada e adhere umas vezes intimamente ás partes da caverna, outras vezes destaca-se facilmente.

Ella desempenha um papel essencialmente activo, muito semelhante ao da membrana tuberculogenea dos abcessos frios que pela sua face externa dá logar á formação de folliculos tuberculosos que vão encher os aureolos, desenvolvendo-se na sua espessura elementos tuberculosos que chegando ao estado adulto morrem e vão fazer parte do conteúdo.

Conteúdo. — E' constituido por substancia caseosa na qual se encontram por pressão, particulas solidas arredondadas de natureza calcarea e sequestros de forma e tamanho muito variavel.

Na parte *extra-cavernosa* dão-se, ora phenomenos de osteite rarefeita, sem mistura de elementos tuberculosos, ora phenomenos de condensação mais ou menos extensos.

As alterações das apophyses transversas e espinhosas são muito raras e facilmente se comprehende que assim seja porque o tecido é muito compacto e, alem d'isso, a acção que o corpo exerce sobre estas partes é insignificante; não obstante tem-se notado a desnudação d'estas partes e a sequestração d'um ou mais arcos.

Modificações mechanicas da columnæ.
Gibbosidade.

Formação—A parte da columnæ situada acima da escavação, devido á acção da gravidade e contracção muscular, inflecte-se sobre a parte inferior obrigando a parte intermedia—apophyses espinhosas e articulares—a ir para traz e dar logar á formação da gibbosidade. Esta inflexão faz-se geralmente no sentido antero-posterior, de maneira que o segmento superior venha adaptar-se sobre o inferior, chegando por vezes a cavar n'este uma gotteira mais ou menos profunda na qual se aloja; em alguns casos, ainda que raros, esta inflexão faz-se obliquamente tocando-se os dois segmentos, apenas, n'uma parte da sua superficie ou pelo seu bordo opposto; resul-

tando d'aqui um desvio lateral da gibbosidade.

Esta apresenta-se debaixo de fórmulas muito differentes, segundo o numero de vertebrae attingidas e o grau da sua destruição o que levou Lannelongue a aggrupal-as nos typos seguintes:

1.º Gibbosidade muito pouco accentuada, formada pela proeminencia angular d'uma só apophyse espinhosa; o rachis conserva a sua direcção normal; esta variedade vê-se nas primeiras phases da doença, podendo persistir debaixo d'esta fórmula, mas em geral, o desvio aggrava-se.

2.º Proeminencia d'uma unica vertebra formando um angulo agudo n'uma bossa arredondada de raio variavel.

Esta fórmula representa a destruição d'um corpo vertebral, complicada de inflexão pronunciada dos dois segmentos.

3.º Gibbosidade mais ou menos regularmente convexa mas não angular; quatro, cinco, seis, sete ou oito apophyses espinhosas contribuem para formar a curvatura; trata-se então d'uma destruição de varias vertebrae. Esta fórmula foi observada por mim nas observações II e VI.

4.º Quando com a mesma extensão das lesões como no typo antecedente, a inflexão e a inclinação do rachis são muito pronun-

ciadas, a gibbosidade é ainda arredondada, mas a sua curvatura ajunta-se ao angulo produzido pelo encontro dos dois segmentos, tem a fórma d'uma ansa, em que as origens são mais approximadas.

5.º Quando as lesões destructivas são muito extensas, a gibbosidade é formada por uma vasta curvatura, mediana, antero-posterior, por exemplo, desde o sacro até á região cervical.

Ajuntarei a esta classificação duas variedades locais que tem muita importancia em obstetrica.

1.º O spondilizema: corresponde á destruição da 5.ª vertebra lombar, determinando a inclinação do rachis para diante, obstruindo assim o estreito superior;

2.º a spondylolisthesis: n'esta variedade ha destruição do disco vertebral lombo-sagrado e das apophyses articulares correspondentes, dando-se um deslizamento para deante da ultima vertebra lombar que vem fazer saliencia no estreito superior.

Deformações da columna dependentes da gibbosidade. — A columna vertebral no estado physiologico apresenta 4 curvaturas, sendo duas de concavidade posterior ou lordoticas-cervicaes e lombares — e outras duas de concavidade anterior ou cyphoticas — dorsal e sagrada. Ora a columna vertebral do

pottico soffre, devido á formação de curvaturas de compensação destinadas a restabelecer a esthetica vertebral, modificações que se traduzem pelo exaggero das curvaturas lordoticas se a lesão está situada n'uma região cyphotica, e pelo nivelamento (obs. II) ou intersverso se esta occupa uma região lordotica.

Quando a gibbosidade se acompanha d'um certo grau de desvio lateral a compensação faz-se n'uma direcção obliqua, podendo haver tambem uma pequena torsão ao nivel da vertebra doente, que faz olhar de lado a face anterior do thorax.

Modificação das cavidades osseas annexas á columna. Thorax — Pode apresentar duas variedades de modificações, segundo a gibbosidade occupa a parte superior ou inferior da columna dorsal.

Referir-me-hei, apenas, ao segundo caso constatado por mim na observação VI.

O thorax apresentava-se achatado transversalmente, dando de perfil uma fôrma circular, em que a semi-circumferencia posterior é formada pela gibbosidade e a anterior pelo esterno.

Direi, desde já, que os pulmões obrigados a amoldarem-se á nova fôrma do thorax ficam alterados nas suas funcções respiratorias e circulatorias tornando-se incapazes

de resistirem a qualquer causa de congestão ou infecção.

Estas alterações thoraxicas unidas ás da aorta determinam, tambem, do lado do coração lesões valvulares e da propria fibra muscular.

Bacia—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.

Aorta—Apresenta desvios ao nivel do foco, e que Lannelongue classifica de tres especies: 1.º ha uma simples inflexão de convexidade para deante; 2.º curvatura mediana e de convexidade anterior; 3.º curvatura de convexidade anterior, mas com desvio lateral.

Estes desvios dão logar á formação d'uma prega que no interior do vaso se traduz por uma valvula transversal, que difficulta a circulação originando alterações cardiacas e, principalmente a hypertrophia do ventriculo direito.

Descriptas as lesões puramente mechanicas, vou occupar-me, agora, das lesões das partes molles devidas á acção do foco como

centro de infecção. Dividil-as-hei em *extra-rachidianas* e *intra-rachidianas*.

Lesões extra-rachidianas—Abcessos de congestão ou emigradores de Gerdy.

Na evolução d'estes abcessos podemos comprehender 4 periodos: 1.º periodo de formação; 2.º migração e augmento; 3.º periodo de estado; 4.º abertura da collecção ou periodo fistuloso.

Primeiro periodo—Os productos de secreção da membrana fungosa que tapeta o foco tuberculoso vão destacar o periosseo, ligamento vertebral commum e o tecido celular, aonde formam collecção e tomam formas semelhantes a frascos presos pelo gargalo, sanguesugas, etc. N'este periodo, chamam-se tambem abcessos sesséis.

Segundo periodo.—Aqui o pus passa atravez do ligamento vertebral commum e vem irritar os tecidos e muito principalmente o tecido conjunctivo que concorre immenso para o augmento consideravel do abcesso.

A' medida que o pus se vae formando, vae descendo, devido á acção da gravidade, e pelo especifico dos micro-organismos ao longo dos vasos, nervos e bainhas musculares, apparecendo em partes muito distantes do logar da sua formação.

Esta descida faz-se não symetricamente,

mas n'uma direcção e em pontos quasi os mesmos n'uma dada região.

Na região cervical, quando nascem na parte media, repellem a parede posterior da pharynge e vão até á tracheia, chegando mesmo a invadir o mediastino posterior.

No caso de a sua formação ter logar na parte antero-lateral das vertebraes então o pus segue os nervos cervicaes e vem apparecer no cavado sub-clavicular ou axillar.

Na região dorsal dirigem-se para o diaphragma que atravessam com os grandes vasos para virem, mais tarde, fazer saliencia no triangulo de Scarpa, adeante da arteria femural. Podem, seguindo os differentes ramos das arterias iliacas interna e externa, bem como o nervo sciatico, apparecer na margem do annus, bexiga, vagina, na parte posterior da coxa, nos grandes labios, — como succedeu na minha observação V, escroto, etc.

Na região lombar, uns dirigem-se para deante e para baixo e seguem a bainha do psoas, vindo fazer saliencia acima da arcada crural, — observações I, II, III e VI, — descendo algumas vezes para o triangulo de Scarpa, — como aconteceu na minha obs. VI; outros dirigem-se para traz, caminham ao longo dos nervos e vasos nadegueiros, sahem da bacia e vêm com o sciatico até ao cavado popliteo.

Terceiro periodo.—O pus chegando a um ponto em que a sua descida é impedida por um plano resistente, collige-se e tende a abrir-se exteriormente ou interiormente, dando logar ao ultimo periodo da sua evolução.

A abertura exterior pode fazer-se, quer atacando lentamente as differentes camadas da pelle até á producção d'uma abertura, quer por phenomenos phlegmenosos que rebentam em um ponto saliente do abcesso e determinam uma solução de continuidade dando sahida ao pus.

Interiormente, os tuberculos podem, ainda que raras vezes, dilacerar as tunicas de vasos importantes ou as paredes de visceras e darem logar a graves complicações.

Bradenheur cita um caso de perfuração da aorta abdominal e Echeverria da aorta thoracica.

Quando se dá a ruptura d'um vaso é a bolsa purulenta que é invadida pelo sangue, succedendo o contrario no caso de viscera.

Lesões intra-rachidianas.—a) lesões peri-medullares.

Os elementos anatomicos que cercam a medulla são, de ordinario, atacados ao nivel do foco vertebral por fungosidades cheias de pequenas collecções purulentas que mais tarde se transformam n'um abcesso frio, em

continuidade com a collecção extra-rachidiana, ou se esclorisam e tomam uma consistencia semelhante á do sarcoma.

Esta massa tuberculosa que a principio mantem pequenas adherencias com a duramater, tem mais tarde relações tão intimas com esta que difficilmente se pode destacar; mesmo n'esta phase se tem notado que a face interna é tão lisa e brilhante como no estado normal, contrastando pelos seus caracteres, inteiramente normaes com a face externa.

b) Lesões propriamente ditas medulares.

Innumeradas theorias se tem proposto para explicar as lesões medulares, mas nem por isso o seu estudo deixa de ser ainda bastante incompleto.

D'estas citarei as que tem podido ser applicadas a um certo numero de casos como demonstraram os exames anatomopathologicos.

Assim, umas explicam por compressão directa, — devida a uma diminuição de calibre do canal ou a um retrahimento lateral ou circular causado pelas fungosidades perimeningiticas, — as lesões medulares, caracterizadas por um trabalho inflammatorio que ataca a substancia cinzenta e os feixes brancos, determinando uma myelite transversa esclerosada.

Outros sustentam que a compressão actua não sobre a medulla, mas sobre os seus vasos produzindo anemia seguida de amollecimento, se ella se exerce sobre os vasos afferentes e edema por estase quando attingidos os efferentes.

Schmauss, diz que este edema é devido a ptomainas bacillares que circulam nos vasos da medulla e não á compressão. Outros, ainda, aventam a ideia de que as lesões sejam devidas a arterites e lymphangites tuberculosas, — sendo da mesma ordem anatomica que a das myelites syphiliticas.

Vem, por ultimo, a theoria de Brissaud que diz que as lesões são determinadas por um alongamento com clivagem dos elementos previamente dissociados.

c) *Lesões radiculares.* — Estas lesões são umas de natureza inflammatoria em que todos os elementos nervosos ficam alterados e muito principalmente os ganglios cujos alveolos se enchem de materia caseosa; outras são determinadas por compressão exercida por esquirolas osseas, fungosidades e mesmo pela diminuição de calibre dos bu-racos de conjugação.

Devemos notar que esta compressão pode fazer parar o funcionamento physiologico dos tubos nervosos sem modificar a sua estructura.

SYMPTOMAS

Dividimos em dois grupos os cinco symptomas capitaes d'esta doença.

No primeiro incluimos: a *dor e rijeza muscular*; no segundo: *gibbosidade, abcesso de congestão* e symptomas radiculo-medulares.

Primeiro grupo.

Dôr. — E' muito semelhante á do rheumatismo; apparece espontaneamente ao longo da columna ou n'um ponto determinado d'esta. Irradia, algumas vezes, ao longo dos nervos thoracicos ou abdominaes e forma verdadeiras cinturas dolorosas que Nelaton comparou a uma chicotada que envolvesse a parte superior do abdomen ou a base do thorax.

Devemos examinar cuidadosamente a columna vertebral sempre que se nos quei-

xem de semelhantes dores, pois innumeradas lesões as podem determinar, afóra a tuberculose vertebral.

A inspecção nos mostrará se ha algum traço de irregularidade na direcção do rachis, se as apophyses espinhosas fazem alguma saliencia anormal.

A compressão, feita com força ao longo das apophyses espinhosas e transversas, d'uma maneira graduada e repetida, podem indicar o numero de vertebrae affectadas. Podemos, ainda, lançar mão d'outros meios mais violentos, taes como, a pressão sobre as espaduas ou sobre a cabeça do doente, os abalos bruscos imprimidos á columna, etc.

Rosenthal aconselha fazer passar uma corrente continua, collocando o polo positivo na vertebra supposta doente e o negativo no estomago; a sua passagem exaggera a dôr.

Rijezza da columna vertebral. — Este symptoma depende da immobildade do segmento doente, augmentada pela contracção instinctiva dos musculos oppondo-se ao menor deslocamento que é sempre seguido de dôr.

As differentes partes da columna tomam n'este estado, em alguns casos, posições viciosas; assim succede no pescoço. O doente

inclina a cabeça para um lado tendendo a apoiá-la sobre a espadua. Nas lesões da columna dorsal superior e media, o doente eleva as espaduas egual ou desigualmente, produzindo um ligeiro desvio lateral. No mal lombar ha tendencia a levar para traz as espaduas de maneira a alliviar os corpos vertebraes lombares.

Alguns auctores attribuem a este symptoma uma grande importancia e tanto que todas as vezes que elle apparece suspeitam quasi sempre do mal de Pott.

Devemos exploral-o no pescoço mandando olhar o doente de lado e notaremos que elle o move como se fosse formado por uma só peça. No thorax, pelas respirações fundas, constataremos que as suas inspirações serão curtas e pouco profundas. Na região lombar, no movimento de flexão e, principalmente quando se manda apanhar um objecto, observaremos que o doente em vez de flectir a columna, deixando os membros na extensão, acocora-se, ficando o rachis rigido.

Segundo grupo.

Gibbosidade. — Chama-se gibbosidade á curvatura anormal que resulta do enfraquecimento d'um ou varios discos vertebraes.

O seu apparecimento é mais frequente e mais accentuado na região dorsal do que

na lombar, sendo muito raro na região cervical.

Desenvolve-se, em geral, lentamente levando mezes e mesmo annos a attingir um certo volume; algumas vezes, após um esforço, pode formar-se bruscamente.

A sua evolução é a principio dolorosa tornando-se depois indolente.

Emquanto á sua forma, modo de formação e á acção que exerce sobre as cavidades osseas annexas ao rachis já foram expostas na anatomia pathologica.

Abcessos de congestão.—São collecções purulentas que apparecem a distancia do seu foco productor.

Podem ser unicos ou multiplos, ou faltarem, como succede em muitos casos.

No seu começo, quando occupam a profundidade ou tomam origem nas partes antero-lateraes dos corpos vertebraes, são difficilmente accessiveis e, portanto impossiveis de conhecer; mas nos ultimos periodos da sua evolução em que elles se revelam por symptomas funcionaes — dyspnea, crises syncopaes, etc. e physicos,—indolencia, molleza com fluctuação e reductibilidade, o seu diagnostico torna-se mais facil.

Symptomas radiculo-medullares.—N'estes symptomas podemos encontrar perturbações de motricidade, debaixo da forma de

paralysias com contractura e exaggeração dos reflexos (observação II) ou flacida posto que seja rara; perturbações de sensibilidade em que se podem dar phenomenos hypersthesicos, dysesthesicos e anesthesicos. Não é raro, tambem, encontrarem-se symptomas visceraes de natureza motora e sensitiva do lado da bexiga e recto e, finalmente, vêm as alterações trophicas com as lesões cutaneas: edema, arthralgia ou arthropathia e escaras.

Os symptomas que deixo expostos e que constituem o cortejo do mal de Pott, raras vezes apparecem todos no mesmo doente; antes se aggrupam e combinam formando varios typos clinicos, como acontece nas minhas observações em que, n'umas ha apenas dores rachialgicas; n'outras, gibbosidade, abcessos de congestão; n'outras ainda, gibbosidade, abcessos de congestão e paralysias.

Cada uma forma, por assim dizer, um typo clinico.

Diagnostico.

O diagnostico é muitas vezes facil, como succede nas minhas observações, em que o conjuncto dos symptomas e o adeantado das lesões o impõem; outras vezes acontece que o espirito do clinico fica perplexo perante um certo numero de casos,

embora elles se apresentem com symptomas do 2.º periodo.

No seu comêço a confusão é facil com uma multidão de doenças:—neuralgia sciatica, cervical, lumbago, gastrodynia, rachialgia hysterica, pseudo-neuralgias rheumatismaes, etc.

Um derrame pleural, uma paratyphlite podem muito bem confundir-se com os abcessos de congestão.

As mesmas difficuldades se nos deparam em casos de gibbosidade e de accidentes sensitivo-motores, apesar de que uma pouca de attenção e um exame methodico podem indicar-nos a sua verdadeira origem.

Assim, a cyphose rachitica distingue-se, pelo menos no seu principio, pela sua reducibilidade no decubitus horisontal.

Os tumores malignos das vertebrae apresentam-se com dores mais intensas do que a tuberculose vertebral.

Certas syrîngomyelias, com lordose cervical, são egualmente muito enganadoras, mas a indolencia rachidiana, a intensidade de perturbações trophicas e a dissociação das perturbações sensitivas que geralmente as acompanham, fallam a seu favor.

Os tumores das meninges rachidianas podem determinar, por compressão, os mesmos symptomas que o mal de Pott.

Prognostico—E' sempre uma affecção mais grave nos adultos do que nas creanças, podendo tornar-se n'um prognostico sombrio quando juntamente com as lesões rachidianas apparecem paraplegias com perturbações vesico-rectaes ou abcessos de congestão com tendencia a abrir no interior de vasos ou visceras.

Fóra d'estas complicações o doente pode curar-se, depois de longos annos de tratamento, mas conservando a sua gibbosidade e a deformação da columna e cavidades osseas annexas a esta.

Não devemos esquecer que estas curas são, algumas vezes, apparentes e que um traumatismo ou uma modificação no estado geral podem despertar focos tuberculosos que estavam no estado latente.

TRATAMENTO

Os meios therapeuticos empregados n'esta doença baseam-se principalmente em impedir a marcha da lesão ossea e em fortificar o organismo por meio de tonicos; estes meios são uns de ordem cirurgica e outros de ordem medica.

Meios cirurgicos.—Empregam-se principalmente no tratamento local que consiste essencialmente na immobilisação do rachis, —immobilisação que tem por fim collocar a columna de maneira a não se flectir, para evitar a gibbosidade, se ainda não está formada, ou a suspender o seu crescimento.

Conseguimos este *desideratum* por meio da ligadura das apophyses espinhosas doentes e pela applicação de aparelhos.

Podemos classificar estes aparelhos em duas classes:

1.^a) Comprehende os apparelhos que permitem a marcha — collete gessado e os colletes orthopedicos.

2.^a) Apparelhos que necessitam o decubito — gotteira de Bonnet, caixa de Nabel, leito de Lorenz, etc.

Estes ultimos apparelhos são mais incommodos e anti-hygienicos do que os primeiros, porque obrigam o doente a estar n'esta posição durante um praso mais ou menos longo; comtudo teem a conveniencia de permittir uma immobilisação mais rigorosa e de impedir o desenvolvimento da gibbosidade.

Antes de entrar no tratamento local e suas complicações, vou fazer uma descrição dos apparelhos mais empregados.

Principio pelo collete gessado que é empregado universalmente — collete de Sayre.

Divido em duas partes a sua descrição — suspensão e formação do apparelho.

Suspensão. — E' feita por um arco de ferro preso por uma roldana a um tripé ou ao tecto, ao qual estão ligados um collar que abraça o occipital e o mento, e dois braceletes que passam debaixo das axillas.

O doente ao qual se tem vestido uma camisola fina é guindado até ficar appoiado, apenas nas extremidades dos dedos dos pés.

Denucè supprime habitualmente os braceletes axillares que suppõe muito incomodos, e emprega a disposição de Beely, que faz a extensão sobre os membros superiores levantados, ao mesmo tempo que sobre a cabeça; ou faz a tracção por fexas fixas ao ante-braço como na reducção d'uma luxação do cotovelo.

Formação do aparelho.—Almofadam-se com algodão a gibbosidade e as saliencias osseas, tendo o cuidado de applicar na depressão epigastrica uma compressa, de maneira a ficar com uma das extremidades pendentes para se tirar no momento das refeições e deixar um vazio para a extensão do estomago; finalmente, se se trata d'uma mulher tendo os seios muito desenvolvidos, recobrem-se com posticos de tela metallica.

Enrolam-se em seguida, em volta do thorax, tiras de tarlatana grossa de malhas finas de quatro a cinco metros de comprimento e seis a oito centimetros de largo que teem sido previamente preparadas, principiando a dar as primeiras voltas de espiral á roda do tronco até á axilla, aonde estas se devem recobrir exactamente para formarem o bordo superior; desce-se imbrincando cuidadosamente as voltas até á cintura e depois até ao bordo inferior que é limitado,

adeante por uma linha que passa um pouco acima das espinhas iliacas anteriores e superiores, atraz pelas partes mais salientes das nadegas, e aos lados pela parte media da linha que une os grandes trochanteres á crista iliaca, e quando este estiver bastante espesso, sobe-se de novo para a cintura e continua-se a enrolar até o collete attingir ao nivel dos bordos a espessura d'um centimetro e um pouco menos na parte intermedia.

A' medida que se applicam as tiras, deve-se com a palma da mão apagar as dobras e fazer sahir o excedente de gesso e agua.

A quantidade de gesso empregada deve ser a estrictamente necessaria; uma quantidade maior dá muito peso ao apparelho e 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 inteiramente.

Terminado o apparelho, deixa-se prender o gesso, depois do que se desembaraça o paciente da parte suspensora e deita-se em decubito ventral até que o gesso seque por completo.

Este apparelho deve ser renovado de dois em dois mezes, como se fez nas minhas observações IV e V.

O collete de Sayre só pode ser empre-

gado em casos de mal de Pott dorsal e lombar; nos da região cervical temos de recorrer a outras variedades.

Os mais empregados são o de Furneau Jordan e o de Piéchaud.

O primeiro é feito com uma larga tira de flanela gessada, que cerca a fronte, cruza-se na nuca, volta sobre o esterno e descreve em seguida circulares á ródá do tronco.

O segundo è constituido por uma especie de capuz gessado, abraçando a cabeça, a nuca, as espaduas e a parte superior do tronco.

Colletes orthopedicos.—Entre estes ha uns que apenas servem de sustentação e portanto o seu papel é insignificante, taes são: a couraça de Verneuil e o collete de Mathieu. Outros desempenham um papel descompressor acima e abaixo da gibbosidade, exercendo ao seu nivel uma especie de extensão e contra-extensão.

O mais simples d'estes aparelhos é o de Taylor: E' constituido essencialmente por duas talas 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 talas

prendem-se correias que puxam o thorax e mesmo a cabeça do doente para traz.

Este collete só tem applicação em lesões lombares e dorsaes inferiores; em lesões dorsaes superiores e cervicaes podemos utilisal-o, mas para isso temos necessidade de lhe adaptar outro apparelho que lhe transmitta o peso da cabeça. O que se costuma adoptar, ordinariamente, é o *Jury-mast* que é constituido por uma haste metallica curva que segue a nuca e chega até ao cimo da cabeça, tendo fixo na extremidade superior um collar que abraça a nuca e o mento.

Apparelhos que necessitam o decubito

a) *Apparelhos não modelados sobre a forma do corpo.*—O simples leito em colchão resistente constitue a base d'estes apparelhos. Podemos-lhe annexar laços para manter os membros e uma peça movel debaixo da bacia destinada a permittir ao doente fazer as suas necessidades sem deslocamento.

Alguns auctores empregam no mesmo leito a extensão e a contra-extensão, collocando para isso a cabeça n'uma posição mais baixa e exercendo tracções sobre os

membros inferiores por meio de tiras de diachylon que sustentam pesos nas suas extremidades.

b) *Apparelhos moldados á forma do corpo.* — A gotteira de Bonnet é a mais empregada d'estes aparelhos e pode ser citada como typo; é facil adoptar-lhe as modificações necessarias para exercer uma tracção 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 difficil de encontrar fóra dos grandes centros.

Remediamos estes inconvenientes servindo-nos da caixa de Nabel que é facil de construir.

Colloca-se para isso 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 onde se encontra o anus e o cavado axillar. Ajusta-se este desenho sobre uma prancha que se corta segundo o traçado, deixando alguns centimetros a mais alem da cabeça e dos pés; pratica-se uma abertura oval ao nivel do anus, e outra, se houver necessidade, ao nivel da gibbosidade. Nos bordos prega-se uma prancheta vertical ao nivel 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.

Podemos tambem servir-nos do leito de Loreuz, cuja construcção é relativamente facil.

Depois da rapida exposição que acabo de fazer dos differentes meios de immobilisação por intermedio deapparelhos que constituem o principal tratamento local do mal de Pott e suas complicações, vou expôr a conducta a seguir em frente de cada um dos symptomas d'esta doença.

Quando o doente se apresenta com os symptomas do primeiro periodo, podemos principiar pela applicação de meios revulsivos como aconselham muitos auctores e alguns clinicos praticaram,—nas minhas observações I, III, IV, e VII,—com o fim de acalmar as dores.

Entre estes assignalamos: os vesicatórios, tintura de iodo, potassa caustica, os cauterios, o thermo-cauterio, etc.

Em minha opinião, a melhor therapeutica consiste em praticar desde logo a immobilisação no simples leito com colchão duro, em decubito dorsal, ou a applicação

do collete de Sayre, podendo ser substituído pelos differentes colletes orthopedicos.

Nas creanças, Chipault, mesmo como meio preventivo da gibbosidade, faz primeiramente a ligadura das apophyses espinhosas doentes e depois immobilisa. Todavia eu tenho noticia de que o simples collete de Sayre empregado na consulta do illustre professor Dias de Almeida tem dado os melhores resultados sem ser preciso recorrer a esta operação violenta.

Tratamento da gibbosidade.—O tratamento geralmente seguido entre nós, e aquelle que foi praticado na minha observação VI, consiste na immobilisação pelos differentesapparelhos gessados e colletes orthopedicos.

Chipault e Calot aconselham a redução da gibbosidade antes da immobilisação. A conducta que elles seguem differe um pouco na technica e nas indicações.

Chipault, faz a redução lentamente n'uma ou varias sessões, sob chloroformio, auxiliado por dois ajudantes que exercem tracção nas axillas e nos membros inferiores; mas só em gibbosidades recentes, de principio brusco, crescimento rapido e difficeis de immobilisação pelos apparelhos.

Pratica em seguida a ligadura das

apophyses espinhosas. e por ultimo a immobilisação em pranchas acolchoadas para evitar escaras perigosas que n'este caso particular todos os apparatus gessados produzem.

Calot faz a redução bruscamente, exercendo para isso pressão extremamente vigorosa ao nivel da gibbosidade, ao mesmo tempo que quatro ajudantes, applicando dois as mãos na cabeça e membros inferiores, exercem tracção no sentido longitudinal de maneira a alongarem o tronco, e outros dois, tendo as mãos applicadas por baixo da clavicula e ao nivel do pubis, puxam para cima as duas extremidades do arco rachidiano.

Calot reduz por este processo todas as gibbosidades, quer sejam formadas por uma só apophyse espinhosa, quer por varios corpos, attingindo um grande volume.

Em gibbosidades ankylosadas, Chipault limita-se nos casos em que estas são constituídas pela saliencia das apophyses espinhosas a fazer a resecção dos bordeletos cutaneos constituídos pelo espessamento da pelle e bolsas serosas e das apophyses espinhosas correspondentes á gibbosidade.

Nas variedades em que as apophyses espinhosas tomam uma pequena parte na sua formação abstem-se por completo de intervir.

Calot, tenta ainda n'estes casos a reseccão da parte posterior da gibbosidade em forma de cunha, de maneira a poder pôr em contacto o labio superior d'esta botoeira com o inferior, fazendo assim desaparecer esta deformidade.

E' forçoso dizer que o doente pouco lucrava pelo lado esthetico com tal intervenção, pois que as deformações que se teem dado do lado da columna e caixas osseas annexas a esta, permanecem.

Estes processos que a principio foram recebidos com grande enthusiasmo e seguidos por varios medicos em França e fóra, cedo foram abandonados porque não colheram os resultados que os auctores proclamavam nas suas observações. Hoje creio que esta pratica se encontra quasi exclusivamente nas mãos dos seus iniciadores.

Complicações radiculo-medullares. — Ainda n'estas complicações o melhor tratamento a seguir é a immobilisação do rachis que favorece a cicatrização do foco vertebral, ao mesmo tempo que vae fazendo desaparecer os accidentes medulares, paralyticos ou outros.

Diversas operações se teem proposto para combater estas lesões mas todas difficéis de executar e d'uma indicação muito limitada, pois só em casos de compressão

por fungosidades ou sequestros é que podem ser seguidas de resultados favoráveis.

Por ultimo, vou occupar-me do tratamento dos abcessos de congestão, notando sómente a «immobilisação e destruição do foco vertebral», visto que da punção seguida de injeccões modificadoras e do desbridamento já fallei, ainda que succintamente, nas minhas observações I, V e VII.

Immobilisação. — Alguns auctores tentam sempre este tratamento em todos os abcessos de congestão, fundando-se no bom resultado que teem colhido em alguns dos seus doentes.

Chipault applica-o, invariavelmente, todas as vezes que os abcessos se apresentam sem tendencia para a abertura espontanea.

A mim afigura-se-me, quando elles attingem um grande volume, que a reabsorpção do pus é difficil, senão impossivel, e o melhor será tentar desde logo juntamente com a immobilisação a punção do abcesso, seguida de injeccão modificadora que parece não ter inconvenientes sendo feita com todas as regras da antisepsia.

Destruição do foco vertebral. — Este processo consiste em procurar o foco vertebral, evacuar o pus colligido e curetar as

suas paredes. Porem, não é sem graves inconvenientes que este processo pode ser algumas vezes applicado, apesar de ser o unico racional.

Tratamento medico

Juntamente com o tratamento local devemos empregar todos os tonicos destinados a levantar as forças do doente. D'estes os mais usualmente empregados são os que eu notei nas minhas observações e applicados pelos illustres clinicos das enfermarias onde os doentes se encontravam.

Porém, acima de todos os medicamentos está um bom regimen alimentar, a hygiene da habitação e o ar puro dos campos e principalmente do mar.

OBSERVAÇÕES

Observação I

L. M., 25 annos, casado, natural da freguezia de Gorges — Vizeu, entrou para a enfermaria n.º 6 no dia 10 de julho do anno passado, queixando-se de dores na parte inferior da columna dorsal, toda a lombar e d'uns abcessos n'esta ultima região e na inguinal esquerda.

Exame local. — A região lombar apresentava do lado esquerdo uma larga cicatriz d'um antigo abcesso, tendo um orificio que communicava com um outro situado na parte superior da região inguinal do mesmo lado. Estes orificios davam sahida a pus amarellado e bastante espesso.

Devo notar que na mesma região e do lado direito havia outro abcesso suppu-

rante; injectando agua pelo seu orificio espalhava-se em toda a região nadegueira respectiva.

A lordose lombar tinha diminuido, accentuando-se muito a cyphose da columna dorsal. Premindo as apophyses espinhosas e transversas das ultimas vertebrae dorsaes e todas as lombares, havia dores fortes.

Attitude. — Conservava-se no leito quasi sempre sobre o lado esquerdo, tendo as pernas flectidas sobre as coxas e estas sobre o abdomen e a cabeça um pouco inclinada sobre o peito; tiral-o d'esta posição era despertar-lhe dores bastante fortes.

Historia da doença. — Começou por sentir dores muito fortes na região lombar, — dores que augmentavam pela pressão e quando executava qualquer movimento, mormente ao abaixar-se.

Fizeram-lhe varias applicações locais: tintura de iodo, pontas de fogo, sanguesugas.

Tomou tambem banhos sulfurosos, mas a nada cederam as dores, andando assim durante sete mezes até que lhe appareceu na parte media da região lombar, lado esquerdo, um pequeno abcesso que foi crescendo, attingindo um grande volume; por esta occasião recolheu a este hospital á enfermaria n.º 8 aonde o illustre professor R. Frias fez a punção e a aspiração do

abcesso, injectando, em seguida, azeite iodoformado a $\frac{5}{100}$.

Foi-lhe feito este tratamento durante dois mezes, mas como não houvesse reabsorção do pus, praticou, o illustre professor, o desbridamento e a curetagem do abcesso.

O doente, depois de operado, conservou-se ainda durante muito tempo n'esta enfermaria, sahindo quasi curado d'este abcesso mas já com outro aberto na região inguinal esquerda.

Passado pouco tempo seguiu para a sua aldeia onde se demorou apenas oito dias, dando de novo entrada n'este hospital, mas então na enfermaria n.º 6 na qual lhe appareceu outro abcesso e este do lado direito.

Antecedentes morbidos pessoas. — Teve sómente uns ligeiros ataques de «influenza» que passavam sem o levar á cama.

Antecedentes hereditarios. — Os paes estão vivos e são saudaveis. Tem um irmão e tres irmãs, que vivem em Vizeu de quem nunca lhe constou que estivessem doentes. Nada mais pude colher dos seus antecedentes hereditarios, porque o doente veio da sua terra para aqui com a idade de treze annos e nunca mais alli voltou. Não conheceu os tios e muito menos os avós.

Exame dos differentes aparelhos:
— *Apparelho digestivo.* — Teve sempre

pouco appetite e queixava-se muito de prisão de ventre.

Apparelho respiratorio. — Pela auscultação encontrei sarridos sub-crepitantes nos vertices dos pulmões sendo muito abundantes na base do pulmão esquerdo. Nos outros aparelhos não encontrei nada de anormal.

Diagnostic. — Tuberculose de columna lombar, complicada de abcesso por congestão localizado na região inguinal esquerda.

Prognostico. — Attento ao estado de emagrecimento e de fraqueza em que se encontra, bem como haver já extensão do processo aos pulmões, — considero o seu estado muito grave.

Tratamento local. — Limitava-se a umas lavagens com agua phenica a $\frac{1}{1000}$ e a deitar pós de iodoformio.

Para uso interno, tomou differentes poções tonicas, taes como sulfato de strychnina, vinho quinado, limonada vinosa e arrhenal. Ultimamente, tomou o phosphato de cal.

Observação II

J. R., 18 annos, solteiro, moleiro, natural de Lamego, entrou para a enfermaria n.º 5, no dia 6 de abril do anno passado,

queixando-se de dores na parte inferior da região dorsal e toda a lombar e d'um abcesso na fossa iliaca esquerda.

Exame local.—Apresentava uma gibbosidade que comprehendia as tres ultimas vertebrae dorsaes e as tres primeiras lombares, formando uma curva regular de direcção antero-posterior. Era dolorosa á pressão. Na fossa illiaca esquerda havia um abcesso de congestão que suppurava muito. A curvatura de convexidade posterior da columna dorsal tinha-se apagado, havendo nivelamento das apophyses espinhosas.

Historia da doença.—Ha cêrca de quatro annos que o doente sentia dores na região lombar que duravam dois ou tres dias, reaparecendo passado algum tempo e accidentalmente sob a influencia das mudanças de tempo, exacerbando-se mais com a humidade. Dois annos depois os accesos dolorosos tornaram-se mais frequentes, inhibindo-o de trabalhar, pois custava-lhe muito a abaixar-se ou a exercer qualquer movimento proprio d'esta região ou quando carregava á cabeça. Por esta epocha, notou o apparecimento d'uma gibbosidade que evoluciou pouco a pouco até attingir o volume já notado.

Em principios de janeiro do mesmo anno começou a sentir umas dores surdas

na fossa iliaca esquerda e uma pequena tumefacção na região inguinal, que foi augmentando até tomar um volume que mal o podia circumscrever com a mão. Mais tarde, formou-se na parte mais elevada da tumefacção uma pequena saliencia que ulcerou e deu sahida a uma grande porção de pus mal ligado e de côr amarellada.

Conservou-se n'este estado até á occasião em que deu entrada n'esta enfermaria.

Antecedentes pessoaes. — Foi sempre saudavel.

Antecedentes hereditarios. — Nada pude colher porque o doente não conheceu os seus ascendentes.

Exame dos differentes aparelhos:

— *Apparelho digestivo.* — Appetite diminuido, dejeccões regulares, tendo uma ou outra vez diarrheia que desapparecia com o bismutho. Não accusava dores n'este aparelho.

Apparelho respiratorio. — Pela auscultação, encontrei sarridos sub-crepitantes no vertice do pulmão esquerdo, a voz e tosse eram reforçadas. Na face posterior dos dois pulmões encontrei ralas sub-crepitantas de medias bolhas, e principalmente do lado esquerdo.

Apparelho nervoso. — Notei uma paralytia do membro inferior esquerdo com hy-

persthesia da face interna da perna e atrophia muscular muito accentuada nos dois membros inferiores.

Apparelho urinario.— Nada de anormal.

Diagnostic.— Tuberculose vertebral anterior da parte inferior da columna dorsal e de toda a columna lombar.

Prognostico.— Muito grave.

Tratamento.— O mesmo que no anterior.

Observação III

J. M., 32 annos, viuvo, entrou no dia 23 de outubro para a enfermaria n.º 6, queixando-se de dores na columna lombar, bem como d'um abcesso na mesma região e na inguinal esquerda.

Exame local.— Na parte inferior da columna lombar apresentava tres trajectos fistulosos de direcção vertical, palos quaes sahia grande quantidade de pus. Na região inguinal direita, — cinco centimetros abaixo da espinha iliaca antero-superior, havia um orificio d'um antigo abcesso, dando tambem sahida a pus. As regiões lombosagradãs eram muito salientes mas mais a ultima que era tambem muito dolorosa á

pressão. Havia escaras nas regiões trochanterianas.

Historia da doença.—Estava no Rio de Janeiro, ha cêrca de cinco mezes quando começou a sentir de tempos a tempos umas dores vagas ao longo da columna lombar,—dores que irradiavam, algumas vezes, em volta do thorax e formavam verdadeiras cinturas dolorosas. Eram despertadas quando exercia qualquer movimento com esta região, mormente ao abaixar-se. Mais tarde, appareceu-lhe um abcesso na região inguinal esquerda e os accessos dolorosos tornaram-se mais frequentes e mais intensos, impossibilitando-o de trabalhar. N'estas condições, regressou á Patria, dando, poucos dias depois da sua chegada aqui, entrada na enfermaria n.º 1, onde lhe lancetaram o abcesso que então já tinha attingido um grande volume. Sahiu ao fim de dois mezes para a sua aldeia com as mesmas dores e com o abcesso aberto suppurando bastante. Alli, appareceu-lhe passado um mez outro abcesso na região lombar, lado esquerdo, que lhe veio augmentar as dores, tornando-se insupportaveis. Ao fim de cinco mezes, á custa de muitos medicamentos, que differentes clinicos lhe aconselharam, o abcesso rebentou dando sahida a pus abundante, pelo que se alli-

viaram um tanto as dores. Pouco tempo depois dava de novo entrada n'este hospital na enfermaria n.º 6.

Antecedentes morbidos pessoaes. — Teve no Rio de Janeiro uma blenorrhagia e uma pleurezia, pelo que lhe fizeram a thoracentese, tirando-lhe cerca de dois litros e meio de derrame de côr amarello-citrino. Achava-se bom ao fim d'um mez. Antes da sua ida para a America, foi sempre saudavel.

Antecedentes morbidos hereditarios. — O pae gosou sempre bôa saude. Morreu por envenenamento. A mãe é muito fraca. Queixa-se do peito e do estomago. Não trabalha por falta de forças e passa o tempo na cama. O doente tem tres irmãs muito saudaveis. Teve um irmão muito forte que se suicidou n'esta cidade.

Exame dos diferentes aparelhos:

Apparelho digestivo. — Teve sempre muito appetite que ainda hoje conserva. Tem frequentes vezes diarrheia, difficil de combater, mas sem dores.

Apparelho respiratorio. — Sarridos subcrepitantes no vertice do pulmão esquerdo e base do mesmo.

Apparelho urinario. — A quantidade de urina em 24 horas era normal. O exame clinico deu-me uma reacção alcalina e uma

grande quantidade de carbonatos e phosphatos. Não havia albumina, nem glucose.

Apparelho nervoso.—O doente disse-me que por duas vezes tivera os membros inferiores paralyzados. Na occasião em que o observei não havia paralyisia nem mesmo alterações de sensibilidade. O enfermeiro informou-me que o doente tivera delirio querendo levantar-se da cama. Attribuo estas paralyisias á compressão da medulla por fungosidades ou esquirolas que foram eliminadas e d'ahi a volta ao estado normal.

Diagnostic.—Mal de Pott da região lombo-sagrada com complicações do lado do apparelho nervoso que eu julgo muito grave.

Prognostico.—Grave.

Tratamento.—O seguido pelo clinico da enfermaria é o mesmo que o das antecedentes.

Observação IV

R. V. N., 18 annos, solteira, tecedeira, entrou para o hospital para a enfermaria n.º 12 no dia 9 de fevereiro, queixando-se de dores na espinha, estomago, perna e coxa direita.

Exame local.— Não havia saliência ao longo da columna mas sim dôr á pressão ao nivel da 3.^a, 4.^a e 5.^a apophyses espinhosas dorsaes.

A columna tinha soffrido um desvio lateral esquerdo, formando escoliose direita. O exame da perna e coxa não me revelou qualquer lesão em que eu pudesse justificar as dores de que se queixava.

Historia da doença.— A doente ha cerca d'um anno que sentia dores fortes na parte superior da columna dorsal, irradiando em volta da cintura.

Estas dores eram exacerbadas quando descia ou subia e, principalmente quando se abaixava; emfim o abalo physico mais insignificante as augmentava.

Fez varias applicações therapeuticas que os medicos lhe aconselharam, mas não sentiu melhoras sensiveis e, por isso, resolveu entrar n'este hospital.

Antecedentes morbidos pessoas.— Foi sempre muito fraca, não podendo entregar-se a grandes serviços. Aos 16 annos, teve uma pneumonia, ficando desde então a sentir, de vez em quando, dores no peito.

Depois de dois mezes de enfermaria rebentou-lhe um abcesso no grande labio direito que ainda agora tem e que eu julgo ser—devido á sua longa permanencia, pro-

fundidade e suppuração continuada — um abcesso de congestão.

As dores da coxa e perna diminuíram muito quando rebentou o abcesso.

Antecedentes hereditarios. — O pae é saudavel e a mãe foi sempre fraca e muito mais ficou depois d'uma pneumonia.

Tem dois irmãos; um d'elles, o mais novo, foi sempre muito doente, teve em pequeno feridas nas orelhas, nos labios e muitos caroços no pescoço e actualmente soffre da espinha, — tendo-a muito saliente — e de abcessos na fossa iliaca direita que deitam abundante pus. O outro irmão é saudavel.

Tem 8 tias maternas, sendo todas saudaveis, excepto uma que tem soffrido de tumores no pescoço.

Disse-me a doente que estes tumores, fecham uns para logo se abrirem outros; os tios paternos são todos saudaveis.

Dos seus avós sabe sómente que o avô materno soffria muito do peito e deitou varias vezes sangue pela bocca.

Exame dos differentes aparelhos:

— *Apparelho digestivo.* — Sente peso no estomago depois das refeições e algumas dores, mas pequenas.

Tem tido, uma ou outra vez, n'esta enfermaria, diarrheia que desaparece com o bismutho.

Apparelho urinario. — Disse-me que ha dois mezes sentia dores no fim da micção andando assim durante algum tempo. Actualmente não se queixa d'este apparelho. O exame clinico das urinas não revelou nada.

Nos outros apparelhos, não encontrei coisa alguma digna de nota.

Diagnostico. — O facto das dores em cintura, a escoliose dolorosa, a tara tuberculosa e o abcesso provavelmente de congestão, leváram-me a diagnosticar: *mal de Pott da columna dorsal superior.*

Prognosico. — Favoravel.

Tratamento. — Tem-lhe sido dado para uso interno, todos os medicamentos indicados em taes casos, taes como: arrhenal, phosphato de cal, oleo de figados de bacalhau, etc.

A parte dolorosa foi immobilizada no collete de Sayre, do qual se tiraram os melhores resultados, pois a doente que antes da sua applicação a custo sahia da cama e passeava pela enfermaria, agora já vae ao campo com relativa facilidade, sentindo poucas dores.

O collete foi substituido ao fim de dois mezes.

O seu estado geral melhorou muito.

Observação V

I. S., 28 annos, casado, pedreiro, entrou no dia 20 de janeiro para a enfermaria n.º 1, queixando-se d'um abcesso na região lombar.

Este doente foi-me distribuido em clinica cirurgica e observei-o durante 6 mezes.

Exame local. — Apresentava na região lombar, lado esquerdo, um abcesso que se estendia desde a crista iliaca até 3 centimetros para fóra das apophyses espinhosas lombares.

A' pressão havia dores na columna lombar parte media da columna dorsal e na fossa iliaca esquerda, dores que augmentavam se se abaixava para apanhar qualquer objecto.

Historia da doença. — Começou por sentir a coxa esquerda adormecida e com muitos formigueiros, andando assim durante dois mezes, mas sem o impedir de trabalhar, apparecendo-lhe depois n'esta região, e crista iliaca, dores que foram augmentando dia a dia, e attingiram tal grau de intensidade que o doente mal podia estar na cama, não cedendo a nenhum dos medicamentos que lhe foram dados para uso interno e externo. Foi depois para uma estancia

d'aguas sulfóreas, aonde tomou banhos de imersão e duches. Colheu excellentes resultados com este tratamento, pois as dores desapareceram-lhe completamente, voltando o doente de novo ao trabalho.

Volvidos poucos mezes, porém, em virtude d'um resfriado que apanhou, reapareceram as dores nas regiões já citadas e na lombar, acompanhadas da formação do tal abcesso que foi augmentando, attingindo um volume tal que os clinicos aconselham-no a recolher a este hospital para ser operado.

Antecedentes pessoas morbidos.— Na idade de 13 annos, recebeu uma cornada d'um boi na face direita, do que conserva uma cicatriz. Por essa occasião, esteve n'este hospital durante 8 mezes tendo sido tratado pelo fallecido professor Pimenta.

Teve tres abcessos: o 1.º na axilla esquerda que curou em 15 dias; o 2.º ao nivel das 3.ª e 4.ª cartilagens costaes esquerda,— levou 1 anno a curar; o 3.º no cavado popliteo esquerdo, sendo acompanhado d'uma inchação da perna e coxa, curando-se em dois mezes.

O doente disse-me ter tido, tambem, alguns accidentes, taes como: a entorse do pé esquerdo, no qual tem de quando em

quando bastantes dores; fracturou por vezes os braços e uma perna.

Antecedentes hereditarios. — O pae morreu em 8 dias com uma dôr muito forte na barriga. Seria uma oclusão intestinal? Nos ultimos annos da sua vida soffria muito do estomago e peito, deitando frequentes vezes escarros de sangue. A mãe, de idade avançada, foi sempre muito saudavel. Tem 3 irmãos que nunca estiveram doentes e são muito fortes.

Exame dos differentes aparelhos:

— *Apparelho digestivo.* — Teve sempre pouco appetite; sente depois das comidas peso no estomago, é muito constipado, havendo necessidade de lhe dar frequentemente purgantes.

Apparelho urinario. — Das tres vezes que analysei as urinas encontrei-as sempre normaes.

Apparelho lymphatico. — Ganglios muito sensiveis na região inguinal esquerda e cavado axillar esquerdo.

Apparelho respiratorio. — Fiz por varias vezes a exploração d'este aparelho sem que elle me revelasse qualquer cousa de anormal. Ultimamente, o doente começou a apresentar, da parte da noite, uma elevação de temperatura e a queixar-se de suores nocturnos. Suspeitei que se tratasse d'uma

tuberculose incipiente e effectivamente a auscultação revelava alguns *craquements* no vertice do pulmão esquerdo. A respiração no direito era rude.

O exame bacteriologico confirmava o meu diagnostico.

Diagnostico.—Tuberculose vertebral anterior da columna lombar e, talvez da parte media da columna dorsal.

Prognostico.— Grave.

Tratamento.— Pratiquei tres puncções com o aspirador de Potain, havendo 10 dias de intervallo d'umas para as outras; o resultado obtido por este processo foi pequeno, sendo necessario fazer o desbridamento largo do abcesso e a curetagem das suas paredes.

Como o pus viesse da fossa iliaca esquerda, collocou-se um dreno formando siphão ao longo do qual o pus corria.

O curativo era feito, diariamente, injectando-se atravez do dreno agua oxygenada 6 volumes.

Na altura em que escrevo a minha observação, quatro mezes depois da operação, o abcesso ainda suppura bastante, posto que menos. O doente accusa dores na região inguinal esquerda e na face interna da coxa do mesmo lado parecendo notar-se á palpação um certo empastamento.

Observação VI

A. C. M., 17 annos, solteira, natural de Alijò, residente no Porto ha 9 annos, deu entrada na enfermaria 14 no dia 3 de Novembro do anno passado, queixando-se de dores na espinha e d'uns abcessos na virilha direita e na região inguinal esquerda.

Exame local.—Apresentava uma gibbosidade que comprehendia as 8 ultimas vertebraes dorsaes; as apophyses espinhosas da 9.^a e 10.^a eram muito salientes de maneira que a curvatura da gibbosidade tornava-se bastante exaggerada a este nivel. Era indolor á pressão.

A concavidade das curvaturas cervical e lombar tinha augmentado.

Notei mais dois abcessos que suppuravam muito, estando um na região inguinal esquerda ao nivel da espinha iliaca antero-superior e o outro no vertice do triangulo de Scarpa direito. Communicavam entre si.

Historia da doença.—Ha cêrca de tres annos, começou a sentir na região dorsal dores que irradiavam ao longo dos nervos thoracicos e abdominaes formando verdadeiras cinturas dolorosas. Estas dores eram augmentadas pelos movimentos e nomae-

damente quando se abaixava para apanhar qualquer objecto.

Alguns mezes depois notou o apparecimento, na região dorsal, d'uma pequena gibbosidade dolorosa á pressão, que foi augmentando dia a dia até attingir um grande volume.

Por conselho dos medicos applicou o collete gessado que usou 4 mezes e tomou como medicamento o oleo de figados de bacalhau.

Ultimamente appareceu-lhe na região inguinal lado esquerdo uma tumefacção arredondada, dando a apparencia d'uma hernia, que abriu mais tarde deitando muito pus; passado pouco tempo appareceu-lhe outra tumefacção na região da virilha, lado direito, abrindo tambem espontaneamente.

Antecedentes morbidos pessoases. — Aos 8 annos teve o sarampo. Aos 12 annos começou a soffrer d'uma arthrite tuberculosa do cotovelo esquerdo pelo que esteve na enfermaria n.º 12, 10 mezes, aonde lhe fizeram duas raspagens. Na occasião em que a observei estava quasi curada, havendo apenas um pequeno orificio na parte interna do cotovelo por onde surdiam algumas gottas de pus. O ante-braço mantinha-se em flexão sobre o braço, devido á ankylose da articulação.

Antecedentes hereditarios. — Os paes são saudaveis.

Tem duas irmãs que gosam boa saude.

Exame dos diferentes aparelhos:

Apparelho digestivo. — Teve sempre pouco appetite e muito menos depois que está n'esta enfermaria. Tem tido por vezes vomitos não supportando os alimentos. Tem tambem frequentemente diarrheia que a custo cede aos medicamentos.

Apparelho respiratorio. — O thorax está emmagrecido e apresenta-se achatado transversalmente, dando de perfil uma forma circular em que a semi-circumferencia posterior é formada pela gibbosidade e a anterior pelo esterno. A respiração estava enfraquecida na face anterior do pulmão esquerdo. Nos outros aparelhos não encontrei nada de anormal.

Diagnostic. — Tuberculose vertebral anterior da columna dorsal media e inferior.

Prognostico. — Attendendo ao estado de emmagrecimento da doente, ás continuas perturbações do lado do aparelho digestivo e á abundante suppuração, considero o o caso grave.

Tratamento. — Igual ao das outras observações.

Observação VII

A. S. O., 24 annos, solteiro, serviçal, natural de Grijó, concelho de Gaya, entrou para o hospital, enfermaria n.º 6, a 20 de abril, queixando-se de dores na espinha lombar e d'uma tumefacção na fossa iliaca direita.

Dia 6 de maio deu entrada na enfermaria n.º 1, sendo-me distribuido.

Exame local. — Apresenta uma tumefacção bastante volumosa na fossa iliaca direita, — tumefacção de forma oval com o eixo maior parallello á arcada crural, estendendo-se desde o pubis até á espinha iliaca antero-superior e nitidamente apreciavel pela inspecção, dando ao tacto a sensação d'um empastamento profundo, sem se perceber a minima fluctuação. Havia lordose exaggerada e escoliose esquerda nitida. Dores despertadas pelos movimentos que o não deixavam conservar-se assentado. Mandando-se-lhe apanhar qualquer objecto do chão, ajoelha-se primeiro, conservando a columna sempre direita, e estende, em seguida, o braço para se apoderar do objecto.

Historia da doença. — Ha cerca de 3 annos, começou o doente a sentir uma fraqueza excessiva nas pernas e dores nas ar-

ticulações, principalmente na coxa-femural direita e na região lombar. Atribuiu isto a um ataque de influenza.

Depois de varias fricções as dores foram desapparecendo, persistindo apenas as da região lombar que eram exacerbadas pelos movimentos bruscos.

Ha cinco mezes estas dores tornaram-se mais violentas, obrigando-o a consultar um medico que lhe aconselhou localmente pontas de fogo e receitou varios medicamentos que tomou, mas dos quaes não sabe precisar a natureza.

Nenhumas melhoras obtive, e ha tres mezes começou a apparecer ao nivel do pubis um pequeno inchaço que augmentando de dia para dia o obrigou a recolher ao hospital.

Antecedentes pessoases. — Teve o sarampo em pequeno, uma blenorrhagia ha 2 annos e a febre palustre em Africa onde serviu como militar.

Antecedentes hereditarios. — O pae com 47 annos, a não ser leves ataques de influenza, de nada tem soffrido; a mãe foi sempre saudavel.

Os tios paternos e maternos, a não ser um materno que tem tido varias hemoptyses, — gosam boa saude.

Tem 10 irmãos vivos a quem nunca conheceu doença alguma.

Morreram-lhe tres, e d'estes uma irmã de tuberculose aos 19 annos; outra de variola aos 3 annos; e ainda outra de anno e meio, com a *influenza*, apresentando a cabeça cheia de crostas e escrofulas no pescoço.

No exame dos differentesapparelhos não encontrei nada de anormal.

Diagnostic.—O modo da apparição da tumefacção sem suscitar phenomenos racionaes locaes, assim como as deformações da columna, levam-me a concluir que se trata d'um abcesso por congestão no seu periodo de estado consecutivo a *tuberculose vertebral anterior da columna lombar*.

Demais, segundo se depreheende pelos dados por elle fornecidos, é um predisposto á tuberculose.

Prognostico.—Com um tratamento local apropriado, visto o seu estado geral ser regular, penso que deve melhorar.

Tratamento.—O primeiro tratamento instituido, foi a punção do abcesso seguida da immobilisação, n'uma gotteira de Bonnet; mas a punção e a aspiração praticadas com o aspirador de Potain não deu resultado, devido ao pus ser muito espesso e não passar atravez da canula. Resolveu-se então abrir o abcesso e evacuar o pus; mas este occupava a cavidade peritoneal e

o illustre professor Frias receiando que elle se espalhasse n'esta cavidade e sobreviesse alguma peritonite, addiou a operação para d'ahi a alguns dias, esperando que se estabelecessem adherencias de maneira a isolarem o foco, para de novo intervir.

Passados dois dias, havendo necessidade de vigiar o penso, levantei-o e fiquei surprehendido porque o abcesso tinha diminuido. Na occasião em que escrevo a minha observação, já se deu a reabsorpção d'uma grande parte do pus, esperando que elle desapareça sem nova operação.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A apophyse estyloideia não pertence ao temporal, mas sim ao aparelho hyoideo.

Histologia. — Os feixes sensitivos e motores estão em connexão intima ao nivel da capala interna.

Physiologia. — O rim é não só um aparelho de excreção, mas tambem de synthese.

Anatomia pathologica. — Não ha nephrites exclusivamente parenchymatosas, nem nephrites exclusivamente epitheliaes.

Materia medica. — Os iodetos são os medicamentos de maior applicação em therapeutica.

Pathologia geral. — Doença é uma concepção que tende a desapparecer da pathologia.

Pathologia externa. — Na fratura do braço devemos sempre immobilisar a articulação scapo-humeral.

Operações. — O ideal do operador deve ser a cirurgia conservadora.

Pathologia interna. — No pneumonico a doença está no pulmão e o perigo no coração.

Partos. — Condemno o tamponamento nas hemorragias gravidicas.

Medicina legal. — Pela presença do hymen não podemos concluir a virgindade da mulher.

Hygiene. — O enterro nas igrejas é um perigo para a saude publica.

Visto
O Presidente,
Candido de Pinho

Póde imprimir-se
O Director,
Moraes Caldas