

Joaquim da Conceição Ribeiro

I

N.º 194

# Um caso de Mal de Pott sífilítico

Tese de doutoramento apresentada  
à Faculdade de Medicina do Porto

JULHO DE 1924

207/1 FMP

UNIÃO GRÁFICA  
103, Rua Nova de Sousa, 107  
BRAGA



---

Um caso de Mal de Pott sífilítico

---

Joaquim da Conceição Ribeiro

---

N.º 194

# Um caso de Mal de Pott sífilítico

Tese de doutoramento apresentada  
à Faculdade de Medicina do Pôrto

---

**JULHO DE 1924**

---

UNIÃO GRÁFICA  
103, Rua Nova de Sousa, 107  
BRAGA

# Faculdade de Medicina do Pôrto

## DIRECTOR

Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães

## SECRETÁRIO INTERINO

Dr. Hernani Bastos Monteiro

## CORPO DOCENTE

### Professores ordinários

|   |   |
|---|---|
| Anatomia descritiva . . . . .                           | Dr. Joaquim Alberto Pircs de Lima.            |
| Histologia e Embriologia. . . . .                       | Dr. Abel de Lima Salazar.                     |
| Fisiologia geral e especial . . . . .                   | Vaga.   |
| Farmacologia . . . . .                                  | Vaga.   |
| Patologia geral. . . . .                                | Dr. Alberto Pereira Pinto de A-<br>guiar.     |
| Anatomia patológica . . . . .                           | Dr. António Joaquim de Sousa Jú-<br>nior.     |
| Bacteriologia e Parasitologia . . . . .                 | Dr. Carlos Faria Moreira Rama-<br>lhão.       |
| Higiene . . . . .                                       | Dr. João Lopes da Silva Martins<br>Júnior.    |
| Medicina legal. . . . .                                 | Dr. Manuel Lourenço Gomes.                    |
| Anatomia topográfica e medicina<br>operatória . . . . . | Dr. Hernani Bastos Monteiro.                  |
| Patologia cirúrgica . . . . .                           | Dr. Carlos Alberto de Lima.                   |
| Clínica cirúrgica . . . . .                             | Dr. Alvaro Teixeira Bastos.                   |
| Patologia médica. . . . .                               | Dr. Alfredo da Rocha Pereira.                 |
| Clínica médica . . . . .                                | Dr. Tiago Augusto de Almeida.                 |
| Terapêutica geral. . . . .                              | Dr. José Alfredo Mendes de Ma-<br>galhães.    |
| Clínica obstétrica . . . . .                            | Dr. Manuel António de Morais<br>Frias.        |
| História da Medicina e Deontologia                      | Vaga.   |
| Dermatologia e sifilografia. . . . .                    | Dr. Luís de Freitas Viegas.                   |
| Psiquiatria. . . . .                                    | Dr. António de Sousa de Magalhães<br>e Lemos. |
| Pediatria . . . . .                                     | Dr. António de Almeida Garrett.               |

### Professores Jubilados

Dr. Pedro Augusto Dias.

Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expen-  
das na dissertação.

Art. 15.º § 2.º do Regulamento Pri-  
vativo da Faculdade de Medicina do  
Porto, de 3 de Janeiro de 1920.

**A MEUS PAIS**

*eterna gratidão.*

**A MINHAS IRMÃS**

**abraço-vos.**

**A MINHAS SOBRINHAS**

**beijo-vos.**

**A MINHA TIA**

***D. Ana Candida Dias Ribeiro de Oliveira***

***Como uma prova da amizade  
que lhe dedico.***

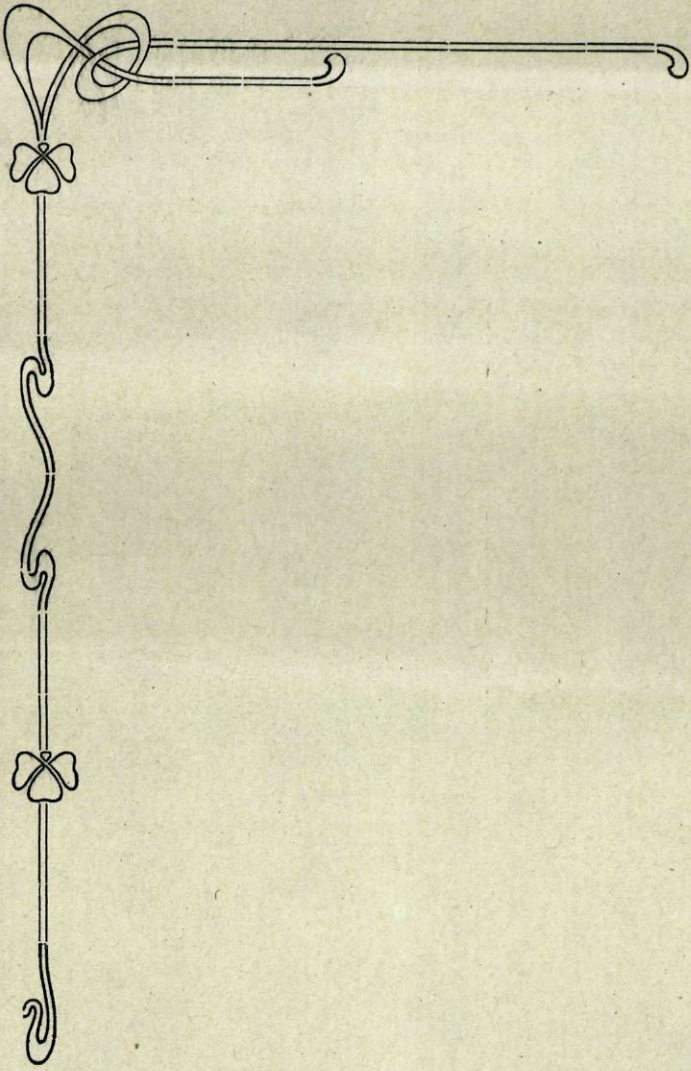
*Ao Ex.<sup>mo</sup> Sr. António Manuel da Cruz  
e Ex.<sup>ma</sup> Família*

*Muito agradecido pelos favores  
recebidos.*

*Ao Ilustre Corpo Docente*  
DA  
**FACULDADE DE MEDECINA**  
*do Porto*

*Ao meu ilustre Presidente de Tese*  
*o Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. Álvaro Teixeira Bastos*

*Gratidão e respeito*  
*do aluno reconhecido*



## PREFÁCIO

*Impõe-nos a lei a apresentação dum trabalho ou tese, no fim do nosso curso, para podermos obter o diploma que nos permita o exercício legal da Medicina.*

*Entre as várias dificuldades que sempre surgem, a escolha do assunto é a que mais cuidados me causou visto muitos capítulos da Patologia estarem larga e proficientemente debatidos.*

*Aqueles que por serem até certo ponto originaes me interessavam, apresentam escolhos tais aos mal iniciados da clinica como eu, que postos forçadamente de lado, obrigam à escolha dum como o que me serve de dissertação e sobre o qual encontrei muito pouco escrito. É pois despretenciosamente, e apenas com o desejo de fazer um trabalho para cumprir uma obrigação e não um tratado sobre o assunto, que peço para êle a benevolência do Ilustre Juri, que o há de julgar.*

*Só desejo mostrar que o mal de Pott, que nós quasi espontaneamente classificamos de tuberculose dos corpos vertebraes, pode ter uma etiologia diferente da que quasi todos os autores lhe attribuem.*

*Afigura-se-me este caso importante porque, se muitas vezes o conhecimento da etiologia de uma doença, não tem grande importância para o seu prognóstico e tratamento, o mesmo não succede com outras.*

O conhecimento da etiologia em certas doenças, faz modificar profundamente não só o tratamento, mas também o prognóstico. É o que acontece no caso que me proponho tratar.

Um mal de Pott de origem tuberculosa, tem um prognóstico muito mais sombrio e um tratamento muito mais demorado, do que um mal de Pott de origem sifilítica.

Um mal de Pott de origem tuberculosa leva vários anos a curar, ao passo que a doente de que vou falar, curou em poucos meses.

Antes de terminar, resta-me agradecer muito penhorado aos srs. Drs. Augusto Cerqueira Gomes e Julio de Macedo as indicações que me deram para a orientação deste meu modesto trabalho.

Ao Ex.<sup>mo</sup> Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos, por me ter dado a subida honra de presidir à minha dissertação, os mais sinceros agradecimentos.



Um caso de Mal de Pott sífilítico

## HISTÓRIA

Quando POTT, em 1779 e 1783 ligou certas perturbações medulares com a lesão da coluna vertebral e respétiva resultante — abcesso ossifluente — apontando assim o sindroma constituído pela lesão raquídica e bossa que a acompanha, abcesso ossifluente e paralisia, sindroma este, cuja etiologia foi atribuída à tuberculose, de tal maneira a justêsa da observação clínica foi considerada, que ao mesmo sindroma foi dado o nome do seu illustre primeiro relator. E através dos anos, não só a observação clínica chegou até nós como interpretação de *tuberculose* da coluna anterior do raquis, mas ainda, quasi absorveu a localização do bacilo de Kock em qualquer ponto dos discos da coluna. Esta é a verdade. Se *Mal de Pott* não abrangia o mal vertebral posterior e mal sub-ocipital, a propriedade do termo quasi se perdeu, para clinicamente se fazer *Mal de Pott*, sinónimo de tuberculose da coluna (1).

Hoje já o mal de Pott não é apenas considerado de origem tuberculosa.

A propriedade do termo, atualmente quasi apenas ciosamente guardado nos tratados, perdeu mais uma das suas balisas, e a designação de *Mal de Pott* começou a generalizar-se a toda e

---

(1) *Mal de Pott*, é a tuberculose da coluna vertebral. CALOT, 1923, (*L'orthopédie em clientèle*).

qualquer afecção do raquis, quer ela seja causada pela tuberculose, quer pela sífilis. Assim, é que hoje se diz — *mal de Pott sífilítico*.

Não vem para aqui discutir a justêsa da generalização do síndrome de Pott a qualquer ponto dos discos da coluna e sua altura, nem tão pouco se é justo ligar-se o nome de POTT a uma etiologia de que nem sequer suspeitava êste autor. A nós importa-nos apenas o conhecimento de que aqui-lo que dantes era tido por *mal tuberculoso* pode hoje ser um mal sífilítico, e que um Pottico pode ter porissô muito aumentadas as suas probabilidades de cura, rápida e não só clínica.

\*

\*      \*

São muito raras e estão muito dispersas as notas que pudemos compulsar sobre este assunto. Notamos porem que a existência do *Mal de Pott sífilítico* foi vivamente discutida durante toda a última metade do século passado, e que VERNEUIL foi um dos mais entusiastas e ardidos defensores da nova entidade nosológica.

Para esse período vai toda a nossa admiração e deante da demonstração cabal de FOURNIEUR e HAYEM em 1881 sentimos o triunfo científico que se afirma, fazendo calar os últimos incrédulos.

Começa em seguida o período da certêsa científica que a brilhante cooperação de: LAYDEN, JASINSKY, FISHER, JOACHIMSTHAL, STAUB, ... etc., consolida e cimenta.

De então para cá, os casos vão aparecendo e embora pouco se tenha escrito, está assente que a sífilis se pode localizar no raquis, simulando uma verdadeira tuberculose cirúrgica. Mostram-no, entre outros, FROELICK (*La Presse medical* de 4 de Junho de 1904) FELTGEN (*tese de Nancy* de 1905) CONCETTI (*Rivista di clinica Pediatrica* 1904; *PIED Annales de Dermatologie et Syphili-grafie*, 1913. Afirmam-no E. FOURNIER e PIERRE FERNET no seu livro *Sífilis*, de 1921, fundamentados na opinião de SERRIERE (Montpellier, 1918) JASPAIS (Paris, 1912).

---

## SINTOMATOLOGIA

O *mal de Pott sifilitico* não tem uma sintomatologia especial que nos permita distingui-lo do *mal de Pott tuberculoso*.

Se sintomas diferenciais existem entre uma e outra afecção, sobretudo no bom período de cura, êles não devem ir procurar-se ao exame local do doente, mas sim, ao seu exame geral numa investigação cuidada e meticulosa da história do doente. Por vezes, deante dum herédo-sifilitico cuja história apênas se apresenta impressa em pequenos sinais e expressa em estigmas, dessa perfeita observação depende tudo, pois que dela tiramos ilações que nos aclaram a diagnose etiológica da afecção.

Vejamos: Quanto ao mal tuberculoso, diz FERGUE: o clínico não deve esperar, para o reconhecer, que êle se afirme pelos três sintomas: *a bossa, o abcesso e a paralisia*.

O mesmo podemos dizer do *mal de Pott sifilitico*.

Se no primeiro a precocidade do diagnóstico é a condição da eficácia da terapêutica e nos devemos esforçar por despistar o mal vertebral na sua fase inicial de osteíte, antes dos largos focos caseosos e da paquimeningite que se lhe seguem, com muita mais razão no segundo devemos evitar o aparecimento dos grandes sequestros causadores do abcesso e sobretudo a paquimeningite que pode dar lugar, não só às perturbações nervosas da compressão medular, mas ainda ao ataque da própria medula, sabido como está

que a elétividade do *treponêma* para a célula nervosa se torna eminentemente perigosa quando este tãõ na visinhança dela se encontra.

Antes de nos aparecer a *triada* sintomática do *mal de Pott*, nós temos que dele desconfiar sempre que o doente se queixe de dôres na columna e apresente os movimentos desta comprometidos.

Mas, vejamos quais os sintomas que o exame do doente nos fornece :

**Aspecto geral do doente:** O *mal de Pott sifilítico*, tóca menos o aspecto geral do doente que a tuberculose. O tuberculoso cirúrgico apresenta em geral a sua manifestação resultante duma predisposição, isto é, num terreno enfraquecido de um prè-tuberculoso ou tuberculoso latente, e portanto com certos sinais de tuberculose médica.

**Edade.** = Segundo CONCETTI e MARFAN, o *mal de Pott sifilítico* aparece as mais das vezes no adulto, devendo por isso incriminar-se mais a sífilis adquirida do que a hereditária.

Ora a meu vêr não é assim, porque apesar de sabido quanto por vezes é difficil a investigação da hereditariedade, o proprio CONCETTI apresenta na sua pequena estatística uma boa percentagem de creanças atacadas de *espondilite sifilitica* sem falar na aquisição de sífilis pelas mesmas.

E. FOURNIER, confirma a minha impressão, dizendo que : «*em presença dum mal de Pott da infância ou da adolescência, mesmo se a tuberculose parece a causa mais provavel, se deve pensar no aspecto pseudo tuberculoso que tomam às vèzes as lesões ósseas da heredo-sífilis, investigar os estigmas desta, pesquisar os antecedentes familiares, praticar uma sèro-reacção, enfim, instituir o tratamento espectral*»

que não suprime o tratamento Ortopédico, mas pode encurta-lo». Logo, se poucos casos se conhecem, isso deve atribuir-se a dificuldades de diagnóstico, e portanto não devemos aceitar sem reservas o principio de CONCETTI e MARFAN.

**Séde.** — Segundo vários autores, a localização da sífilis vertebral, é em geral Cervical.

Mas PIED, nos anais da Dermatologia e Sifiligráfia (1913) descreve dois casos de *mal de Pott sifilítico*, um dos quais localizado na região dorsal, e um outro na lombar.

A doente que apresento neste meu trabalho, tinha uma localização dorso-lombar.

Logo isto quer dizer que o *mal de Pott sifilítico*, se pode apresentar em todos os segmentos da coluna onde se instala o *mal de Pott tuberculoso*, e que o ponto de eleição é ainda muito discutível.

**Dôres.** — As dôres da espondilite sifilítica, apresentam, segundo afirmam os autores, e é lógico, a característica das dôres sifilíticas — a exacerbação nocturna.

Porém na minha observação não acontecia assim, porque, como adiante se verá, elas mantinham-se numa intensidade sem variante, e porisso, falhando este caracter distinctivo, vê-se corroborada a minha impressão quanto à dificuldade do diagnóstico diferencial.

PRIVAT cita outra característica que no meu caso é mais evidente: a sua não atenuação pela imobilização. Nisto, a minha observação é positiva; mas a verdade é que talvez assim acontecesse devido à fase adiantada em que se me apresentou a doença.

PIED, numa das suas observações, apresenta quanto ao aparecimento dêste sintoma, uma modalidade interessante — *o seu aparecimento brusco.*

Do relato deste autor consta que «F. . . . na ocasião dum exercício ginástico, comportando uma forte reclinção da coluna vertebral, sentiu uma dôr tão violenta na região lombar que, caído, teve de ser transportado para o leito, donde saiu aparentemente curado, até que, repetindo-se mais vezes o acidente, no fim de quasi um ano, lhe foi verificada uma ligeira deformação na parte lombar da coluna vertebral, etc., etc.

Aqui está uma modalidade da dôr — *um início brusco e fulgurante*, seguido de largos períodos de remissão, bastante interessante e que, mostrando a bizarria deste sintoma, o apresenta já mais um pouco diferenciado do tuberculoso, pois este é de *início lento e progressivo*.

### **Contracturas e imobilização vertebral**

— Este sintoma não apresenta nada de característico, a não ser nos casos de espondilite cervical.

De facto, a maioria dos autores diz dar esta localização uma attitude especial à coluna, attitude esta caracterizada pela imobilização em verticalidade.

**Gibosidade** — Segundo CALOT, a gibosidade é rara na espondilite sifilítica, e quando esta existe, deve ser attribuida à forma mixta — *escrofulato de vérola.*

Para MARFAN a gibosidade tambem aparece raras vezes, porque raramente a necrose é bastante importante para a produzir, e antes, se alguma deformação aparece ao nivel duma vértebra, ella é devida à hiperóstose.

**Abcesso ossifluente** — Tanto este sintoma,

como o anterior, sintomas do período mais avançado da doença, são já mais diferenciados dos da tuberculose vertebral. Assim é que, o abcesso ossificante raras vezes aparece na sífilis e quando aparece nunca atinge o desenvolvimento do tuberculoso, a não ser que um seqüestro ignorado o provoque (E. FOURNIER).

---

## DIAGNÓSTICO

Pelo que dissemos, o diagnóstico do *mal de Pott sifilítico*, é sobretudo um diagnóstico diferencial do mal vertebral tuberculoso.

Reconhecido pelos meios semiológicos usuais, verificados todos os sintomas atrás citados, podemos afirmar que estamos deante dum caso de espondilite sifilítica? Não.

Pusemos, sim, o diagnóstico do *mal de Pott*; mas para nós, o que importa, é saber se estamos deante dum caso de tuberculose cirurgica, ou de uma manifestação de sífilis. Como consegui-lo?

GAUBER e BORY, afirmam que *nada diferencia o mal vertebral sifilítico*, do mal tuberculoso.

PIED, vai mais longe ao perguntar, *se a raridade dos casos de espondilite sifilítica, não será devida a erros de diagnóstico, cometidos pelo hábito de considerar as lesões vertebraes crónicas, como tuberculosas?*

De facto, para o clínico posto em frente dum caso de mal de Pott, as dúvidas para a destrição da causa etiológica, apresentam-se por tal forma embaraçantes ao espírito, que por vezes só a pedra de toque do tratamento de prova, as aclára e faz desaparecer.

Ponhamos de facto, deante do espírito, os sintomas da afecção tuberculosa, e os da luética, e suponhamos que ajudados pelos estigmas ou comemorativos verbais, para o lado da última nos inclinamos e que ao doente, ou sua família, pomos a questão.

Então, contra o nosso diagnóstico ainda mal

afirmado vem embater-se o *alto critério* do doente e *entourage* que a pé firme julgam disparatado o nosso conceito, escudando-se na frase que já bastantes vezes ouvi : «Oh ! para os médicos, hoje é tudo sífilis».

Mas, apesar de tudo, no espírito do Clínico fez-se a luz suficiente para aconselhar uma Wassermann que deu positiva.

Estava vencida a batalha !

Porém, se embora no espírito do Clínico está bem assente o diagnóstico, mas a Wassermann traz um resultado negativo — *negativo a não ser que se trate duma sífilis anomala ou bem tratada* — então o clínico fica desamparado, e muita energia necessitará ter para conseguir fazer aceitar um tratamento de prova.

Posto este podem ainda não desaparecer as as dificuldades, quer por se não tratar dum caso puro de sífilis, quer por se tratar duma manifestação de cura difícil, ou ainda por surgir uma Herxheimer.

Porém, até que o clínico chegue a bem fundamentar no seu espírito que de sífilis se trata, quantas dificuldades? . . . . .

E já agora, seja-me permitida a opinião de que o resultado da Wassermann, não devia ser tão facilmente legível para os leigos emquanto esse resultado possa ser enganador.

Porque, o que acima refiro, não acontece com um ou outro doente, mas sim com todos ou quasi todos.

Alguns conheço eu, que tendo visto negativo o resultado da sua análise de sangue levaram os seus juízos até ao ponto de desobedecerem ao médico, e não fizeram o tratamento aconselhado,

ou se o fizeram foi com tão fraca convicção, que terminado este por curados de momento, não mais se lembraram dos resultados terapêuticos colhidos recordando-se apenas da rubrica da análise.

Ora não é pequena a importancia destes factos e porisso corroboram a minha opinião, deante do perigo social que a sífilis vem sendo.

São pois numerosíssimas as dificuldades a vencer para chegar a um diagnóstico bem fundado.

O meu caso, por exemplo, nada fornece para bem alicerçar o diagnóstico, e se não fôra o tratamento de prova surtir os mais brilhantes efeitos, pelos comemorativos, ainda hoje estaríamos na dúvida. Apênas o 2.<sup>o</sup> ruido aórtico rude nos poderia pôr de sobre aviso.

Mas a verdade é que deante da negação doutros sinaes de sífilis e perante manifestas probabilidades do estado tuberculoso, mais era de supôr a naturêsa bacilar do processo que a luética. Quando muito podíamos supôr acharmos-nos deante dum caso mixto de sífilo-tuberculose, que foi por certo o que pensou o distinto terapeuta que ensaiou o tratamento de prova. De résto seja-me permitida a opinião de que esta simbiose deve sêr julgada presentemente como a etiologia mais provavel e vulgar dos casos como o meu.

Dis GOUGEROT: *En un mot, on doit penser à la syphilis partout et toujours*, aforismo que eu julgo cada vêz mais justificado, porque se a sífilis pode não ser em muitos casos a causa etiológica pura, da afecção, ela é quasi sempre a base sobre a qual se vai implantar o bacilo de Kock.

## PROGNÓSTICO

O prognóstico do *Mal de Pott sifilitico*, é favorável, graças á eficácia do tratamento específico.

Nos casos da associação sífilo-tuberculose o prognóstico varia com o período da doença e com o grau da lesão tuberculosa.

---

## TRATAMENTO

O tratamento do *mal de Pott sifilitico*, é o tratamento geral da sífilis, felizmente um tratamento específico.

O mercúrio, o iodo, o arsénico, o bismuto e seus derivados entram no seu combate como noutra qualquer localização da sífilis.

A meu vêr, nenhum dêles tem uma indicação especial. Se por exemplo, nas localizações pulmonares, meníngeas, nervosas, hepáticas e renais nós temos de escolher e preferir um destes medicamentos a outro e até a atender ao processo de administração, no *mal de Pott sifilitico* não acontece assim.

A não ser que a afecção se encontre associada a outras que a cuidados especiais nos obriguem, qualquer dos antisifilíticos é bom.

A minha doente foi tratada por 914 e benzoato e como se vê na observação os resultados foram os mais satisfatórios.

Suponhamos que em lugar dum caso puro de sífilis, estavamos deante dum caso de Mal de Pott sífilo-tuberculoso ou dum mal de Pott tuberculoso, cujo diagnóstico etiológico não estava bem pôsto e ao qual queríamos fazer o tratamento de prova anti-sifilítico.

Qual o medicamento a preferir?

A tuberculose, como doença profundamente anemiante que é, obriga-nos então a certos cuidados e a meu ver deve fazer-nos preferir o arsénio ao mercúrio, visto que aquele quando em doses pequenas, pôde actuar como anti-sifilítico e tónico geral.

As preparações farmaceuticas *iodo-recalcificantes* teriam tambem oportunidade. O mercúrio ficaria para o último logar, pois que o reputo prejudicial a casos destes, sobretudo para a cura intensiva como o exigem as localizações ósseas da sífilis. Sobre o bismuto, que pouco conheço ainda da prática, pouco posso dizer parecendo-me, porem, que ele deve ter uma indicação especial desde que as paralisias tenham probabilidades de provir duma lesão orgânica da medula proveniente da invasão, por visinhança, do processo.

Onde, porém, ha considerações especiais a fazer é no *mal de Pott* infantil. Nas creanças ha a atender à administração, e à escolha do medicamento, porque a estas é por vezes tão difficil administrar um medicamento por dada via

(injecções intramusculares) quanto é de má pratica preferir outro.

E' assim, que se a péle e o tubo digestivo são as boas portas de entrada medicamentosa da infância, o mercúrio, por elas mais vezes introduzido pode ser prejudicial ao estado geral.

Logo, o que fazer?

Ministrar os iodados e a meu ver os altos arsenicaes (914, sulfarsenol,) que podem ser dados em injecções intra musculares espaçadas e indolores e que por isso são melhor toleradas.

Claro está que além deste tratamento — o específico — a espondilite sifilítica tem outros tratamentos, que chamaremos adjuvantes, e cuja referencia não vale a pena referir aqui, bastando dizer que eles são todos os utilizados contra o mal de Pott tuberculoso.

---

Observação da doente

## *Observação da doente,*

colhida no hospital de S. Marcos, em Braga, na enfermaria de Clinica Médica (1.º internamento) e de Clinica Cirúrgica (2.º internamento).

M. F. de 40 anos, casada.

Entrou para o hospital em Março de 1922.

---

### ESTADO ACTUAL

**Sintomas subjectivos** — A doente acusa ao interrogatório :

— Dores agudas e vivas, intermitentes, umas percorrendo os membros inferiores, outras partindo da região dorso-lombar e abraçando o ventre com as suas irradiações (dores em cintura).

Estas dores não tinham exacerbações nocturnas apreciáveis e o repouso atenuava-as apenas levemente.

- - Insensibilidade e impotência dos membros inferiores que se mantem rígidos e estendidos.

— Retenção de urinas. A doente quasi não tem a sensação de repleção vesical e, quando se dispõe a urinar é com dificuldade que o jacto se estabelece.

— Incontinencia de feses.

— Astenia geral e emagrecimento.

— Ausencia de perturbações subjectivas dos outros aparelhos orgânicos.

Em particular, nem cefaleias, nem dores ósseas.

**Exame objectivo** — Levado pela nisionomia das perturbações, desde logo dirigimos a nossa atenção para o domínio do systema nervoso.

**1) Sistemas nervosos** — *Membros inferiores* — Os membros inferiores apresentam-se em extensão, reconhecendo-se pela palpação as massas musculares contracturadas.

Nota-se uma ligeira amiotrofia.

Os movimentos activos são impossiveis, incluindo a marcha (paraplegia), e os passivos difficeis e limitados.

Os reflexos tendinosos apresentam-se exaltados, tanto o rotuliano como o aquiliano.

Existe o clonus do pé (paraplegia espasmódica).

Não ha reflexos de defesa.

O sinal de Babinski, positivo.

A sensibilidade superficial e profunda, está abolida.

Como perturbações vaso-motoras nota-se a hipotermia e edema duro das extremidades.

*Face e membros superiores* — Motilidade, sensibilidade, tonicidade e reflétividade normais.

*Tronco* — Os músculos da região dorso-lombar mantem-se em contractura, immobilizando este segmento da coluna.

As tentativas de mobilização activa ou passiva provocam dôres intensas.

A pressão sobre as apófises espinhosas das últimas vertebrae dorsais e primeiras lombares é dolorosa.

Não ha curvatura espinal.

De resto, há apenas a mencionar uma ligeira hipoéstesia nos tegumentos da região infra-umbilical, muito mais pronunciada e para todas as excitações à direita ; e à esquerda apenas nítida para o quente.

Nota-se tambem uma diminuição dos reflexos abdominaes inferiores, sobretudo à direita.

**2) Outros aparelhos** — O aparelho respiratorio normal, áparte uma diminuição do murmúrio à esquerda, com hipo-sonoridade do vértice.

O 2.º ruido aortico vibrante.

TM. = 14. Tm. = 8 (ao Pachon) Pulso = 82.

Aparelho digestivo normal, áparte as perturbações da defecação já mencionadas.

Urinas normais.

**3) Sinaes gerais** — Estado geral mediocre. — Cór terrosa. — Apirexia. — No hemitorax esquerdo ha uma cicatriz de grande eixo orientado paralelamente à direcção das costélas e cuja historia virá a seu tempo.

---

## HISTORIA DA DOENÇA

Foi ha cerca de 2 meses que se iniciou a sua doença. Principiou por sentir dores na espinha que mais tarde alastraram para os lombos e irradiaram em torno do ventre.

Depois foi percebendo uma dificuldade crescente dos movimentos dos membros inferiores, com anestesia correspondente.

Concomitantemente apareceram as perturbações esfinterianas.

**Historia pessoal** — Ha alguns anos teve uma afecção torácica (esquerda) que se estabeleceu insidiosamente, sofrendo uma incisão terapêutica de que conserva a cicatriz.

Pelos pormenores vagos e imprecisos que a doente fornece, parece dever tratar-se duma pleurisia purulenta. De resto foi sempre saudavel. Não teve filhos nem abôrtos.

**Historia familiar** — Teve 4 irmãos. Dois são fracos, mas sem outro mal evidente. Sobre os outros dois não pode dar mais informes por se haverem ausentado desde ha muito para o Brazil.

Os pais morreram, ignorando a causa.

Não tem conhecimento de abôrtos da mãe.

O marido é sadio, queixando-se apenas, uma vez ou outra, de dores lombares.

---

## DIAGNÓSTICO

Resumindo as perturbações apontadas, apura-se em 1.º lugar :

— Dores radiculares percorrendo os membros inferiores e abraçando o ventre.

— Paraplegia espasmodica em extensão.

— Hipoestesia da região infra umbilical e anestesia no território dos membros inferiores.

— Amiotrofia.

— Perturbações esfincterianas.

— Perturbações vaso-motoras.

Estes sintomas definem a existencia duma **Compressão medular** estabelecida progressivamente, principiando, como é regra nas compressões lentas, por uma fase radicular (*radiculalgia e outros fenomenos radiculares*) para chegar ao cabo dalgumas semanas à fase medular (*paraplegia, anestesia*).

Assente o diagnóstico de compressão medular, dois novos problemas se põem automaticamente, que veem a ser : o da séde da compressão e da sua causa.

Para a localização do nivel de compressão duas ordens de elementos nos vão guiar. Uns, a que podemos chamar indirectos, outros, directos.

Os sinais directos são os sinais locais da lesão compressiva, portanto, no nosso caso, as dores espontaneas na região dorso-lombar, com imobilização deste segmento da coluna por contractura de defêsa e, mais precisamente, a dôr provocada à pressão das últimas dorsais e primeiras lombares e o seu aspecto radiológico.

Os sinais indirectos repousam sobre a distribuição topográfica das perturbações radículo-medulares.

A topografia dos fenómenos radiculares de ordem motora reflexa ou sensitiva localiza com rigor as raízes comprimidas.

Pelo nível superior das perturbações de sensibilidade objectiva (1), se determina o ponto mais elevado do território medular comprimido.

O estudo da reflectividade tendinosa e cutânea, colabora também na localização da lesão. Os reflexos cujo arco atravessa o segmento comprimido aparecem abolidos, se houver destruição do seu centro medular, exaltados, se houver irritação apenas.

Os reflexos do centro medular superior ao nível da compressão são normais, os do centro subjacente são exagerados.

Também o estudo dos reflexos cutâneos de defesa apresenta um particular interesse.

Segundo BABINSK e JARKOWSKI, o limite superior a partir do qual a excitação cutânea deixa de provocar estes reflexos de automatismo corresponde ao nível medular que sofre o limite inferior da compressão (2), marcando assim, pelo seu afastamento do limite superior, localizado pelos sinais sensitivo-motores, a extensão da compressão medular em altura.

No nosso caso averiguamos que:

---

(1) E' conveniente acentuar que este sinal não tem valor absoluto. Se a compressão da medula não é intensa, condus ás vezes a localizar a lesão abaixo do nível; noutros casos, ao contrário, e em particular se as raízes só são comprimidas ou se ha edema acima da compressão pode induzir no erro inverso.

(2) Esta regra sofre excepções, em particular quando ha conjunctamente lesões de mielomalacia.

— As dôres do tipo radicular abraçavam o abdomen: *território correspondente aos últimos pares das raízes dorsais.*

— O limite superior da anestésia e da paralisia subia até ao hipógastro: *correspondente ao 1.º par lombar.*

— Os reflexos apresentavam-se exaltados a partir do rotuliano: *3.º par lombar.*

— Os reflexos de defesa não existiam.

O limite superior da compressão devia, portanto, recair sôbre o segmento lombar da medula; as perturbações dependentes de raízes emanadas dum nível superior (*dores em cintura, hipoestesia infra umbilical quasi uni-lateral, etc.*) estando explicadas pela obliquidade do seu tracto.

(Para localização do limite inferior da compressão, falta-nos o elemento de primeira importância: *a topografia dos reflexos de defesa.*)

Como a medula lombar corresponde às últimas vértebras dorsais vemos esta indicação coincidir (1) com o dos sinais directos de localização, para afirmar o diagnóstico de *Compressão medular lombar.*

Resta-nos agora a solução do terceiro problema do diagnóstico: *o da causa da compressão.* Um exame radiográfico da coluna vertebral, ao nível da compressão, revelou uma modificação de estrutura dos corpos vertebraes da última dorsal e da 1.ª lombar, consistindo em zonas de rarefação alternando com outras de condensação.

(1) Ha às vêses um certo desacordo entre a localização marcada pelos sinais directos e pelos sinais indirectos. Este desacordo não implica em certos casos, erro dos sinais indirectos. Assim, por expl. na espondilite tuberculosa ou sifilítica, a compressão medular é quasi sempre produzida por uma paqui-meningite da vesinhança, cuja séde e extensão não se sobrepõe forçosamente à séde das lesões vertebraes.

As linhas de separação destas vértebras com o disco intermediário estavam apagadas e os contornos livres apareciam indecisos e irregulares.

Em face destes sinais radiográficos sobrepostos às manifestações locais já apontadas (dôres espontaneas e à pressão, contraturas) evidente é que a compressão se filia num processo ósseo de evolução lenta: numa espondilite crónica.

Não havendo no estado atual, nem na história da doente, elementos que impoessem a existencia de sfilis, averiguada por outro lado, nos antecedentes uma pleurisia de apparencia primitiva, que naturalmente evoca a responsabilidade da tuberculose, e, sendo para mais a espondilite crónica quasi sempre de natureza bacilar, por esta etiologia nos decidimos sem reservas.

Estava assim completo o nosso diagnóstico — *compressão medular lombar por espondilite tuberculosa* ou *Mal de Pott dorso-lombar*.

## TRATAMENTO

A terapeutica decorreu logicamente do diagnóstico posto: tratamento tónico geral, recalificantes, repouso, colete gessado immobilizando a coluna dorso-lombar.

E, com estas medidas, abandonou a doente o hospital, recolhendo a sua casa em Março de 1922.

---

## EVOLUÇÃO. RECTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

*Observação posterior.* — A despeito da terapeutica aplicada, as dores não se reduziram, antes redobraram de intensidade, torturando a doente dia e noite; a paraplegia, a espasmacidade, as perturbações esfínterianas mantinham-se sem sofrerem a mais ligeira atenuação e a doente, ao cabo de dois meses de sofrimento, deu novamente entrada no hospital, (Maio de 1922), sendo desta vez recolhida à enfermaria de cirurgia.

O respectivo clínico teve, então, a ideia de a submeter a um tratamento anti-sifilítico, sob a acção do qual a doente experimentou francas melhoras.

Foi enviado em seguida o sangue para a reacção de Wassermann, que resultou positiva.

Em face disto a terapeutica anti-sifilítica foi intensificada (914, benzoato) e as melhoras seguiram-se rapidamente, até à cura definitiva.

Algumas semanas depois deixou a doente o hospital completamente aliviada das suas dores, tendo recuperado integralmente a sensibilidade e motilidade dos membros inferiores, o domínio dos esfincteres, e muito melhorada no seu estado geral.

Revista agora, a dois anos de distância, conserva inteiramente os resultados obtidos.

Em face disto, não podiam ficar dúvidas sobre a natureza sifilítica do seu processo vertebral.

Portanto, tivemos de modificar o diagnóstico que deve ser assim enunciado: *Compressão medular por espondilite sifilítica*, ou se quisermos por extensão: **Mal de Pott sifilítico dorso-lombar**.

O que é digno de nota, é que nada fazia suspeitar a existencia de sífilis, e foi o acaso dum tratamento de prova tentado, que impôs o diagnóstico etiológico.

Visto.

O presidente,  
*Teixeira Bastos*

Pode-se imprimir.

*Alfredo de Magalhães*  
Director

## BIBLIOGRAFIA

---

E. FORGUE — *Précis de pathologie externe.* Paris, 1922.

J. PRIVAT — *L'Orthopédie en clientèle.* Paris, 1923.

CALOT — *L'Orthopédie en clientèle.* Paris, 1923.

GOUGEROT — *Le traitement de la syphilis en clientèle.*  
1917 e 1921.

BROUARDEL-GILBERT-THOINOT — *Nouveau Traité de Médecine. Maladies des os.*

FOURNIER — *Syphilis hereditaire tardive.*

*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.* 1913.

*Journal des Praticiens.* Anos de 1917, 1918, 1919, 1920 e 1922.

ED. FOURNIER ET PIERRE FERNET — *Syphilis,* 1921.

*Paris Médicale.* 1914.

*Presse Médicale.* 1914.

