

V

N.º 6

Américo Teixeira Ribeiro

MAL DE POTT

(BREVES CONSIDERAÇÕES)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



179/5 FNP

JULHO DE 1918

OFFICINAS DO «COMMERCIO DO PORTO»,
102, Rua do «Commercio do Porto», 112
PORTO

N.º 6

Américo Teixeira Ribeiro



MAL DE POTT

(BREVES CONSIDERAÇÕES)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA À

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



JULHO DE 1918

OFFICINAS DO «COMMERCIO DO PORTO»,
102, Rua do «Commercio do Porto», 112
PORTO

MAL DE POTT

(BREVES CONSIDERAÇÕES)



A' sentida memória de

meu Pae

*Partistes quando ainda nem
sequei vos confecia.*



FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

MAXIMIANO AUGUSTO DE OLIVEIRA LEMOS

PROFESSOR SECRETÁRIO

ALVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

Professores Ordinarios e Extraordinários

1. ^a classe — Anatomia	{ Luiz de Freitas Viegas Joaquim Alberto Pires de Lima
2. ^a classe — Fisiologia e His- tologia	{ Alvaro Teixeira Bastos Abel de Lima Salazar
3. ^a classe — Farmacologia	José de Oliveira Lima
4. ^a classe — Medicina legal e Anatomia Patológica	{ Augusto Henriques de Almeida Brandão Manuel Lourenço Gomes
5. ^a classe — Higiene e Bacte- riologia	{ João Lopes da Silva Martins Junior Alberto Pereira Pinto d'Aguiar Antonio de Almeida Garrett
6. ^a classe — Obstetricia e Gine- cologia	{ Candido Augusto Correia de Pinho Vaga
7. ^a classe — Cirurgia	{ Vaga Carlos Alberto de Lima Antonio Joaquim de Sousa Junior
8. ^a classe — Medicina	{ José Alfredo Mendes de Magalhães Thiago Augusto d'Almeida Alfredo da Rocha Pereira
Psiquiatria	Antonio de Sousa Magalhães e Lemos
Pediatria	José Dias de Almeida Junior

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos


A' Ex.^{ma} Senhora

D. Clotilde Nunes de Vellez Sampaio

Perdi em vós uma grande amiga.



Ao Ex.^{mo} Senhor

Alfrêdo Coelho Sampaio

Como homenagem pelo
que de vós conheço.



.

A meus irmãositos

ALICE

E

JOSÉ

Não chegasies a comparilhar
da alegria de vosso irmão.

A' minha Noiva

E' nesse este trabalho.

Puz nêle lodo o meu esforço e tu
muito da tua carinhosa afeição.

A minha estremosa Mãe

Com um beijo de enternecido carinho.

A MEU PADRASTO

Tendes-me servido de pai.

A MEUS IRMÃOS

*Aperto-vos a todos num mesmo
abraço.*

A MINHA AVÓ

A meu tio e padrinho

MARCELINO

A TODOS OS MEUS TIOS

*Pela muita amizade e carinho
que sempre me dispensaram.*

AO MEU BOM AMIGO

Dr. Antonio Pedro Coelho Sampaio
e a sua Ex.^{ma} Esposa

Os protestos da minha sincera
amizade.

AOS MEUS AMIGOS

Aos meus condiscipulos

NUNCA VOS ESQUECEREI.

A

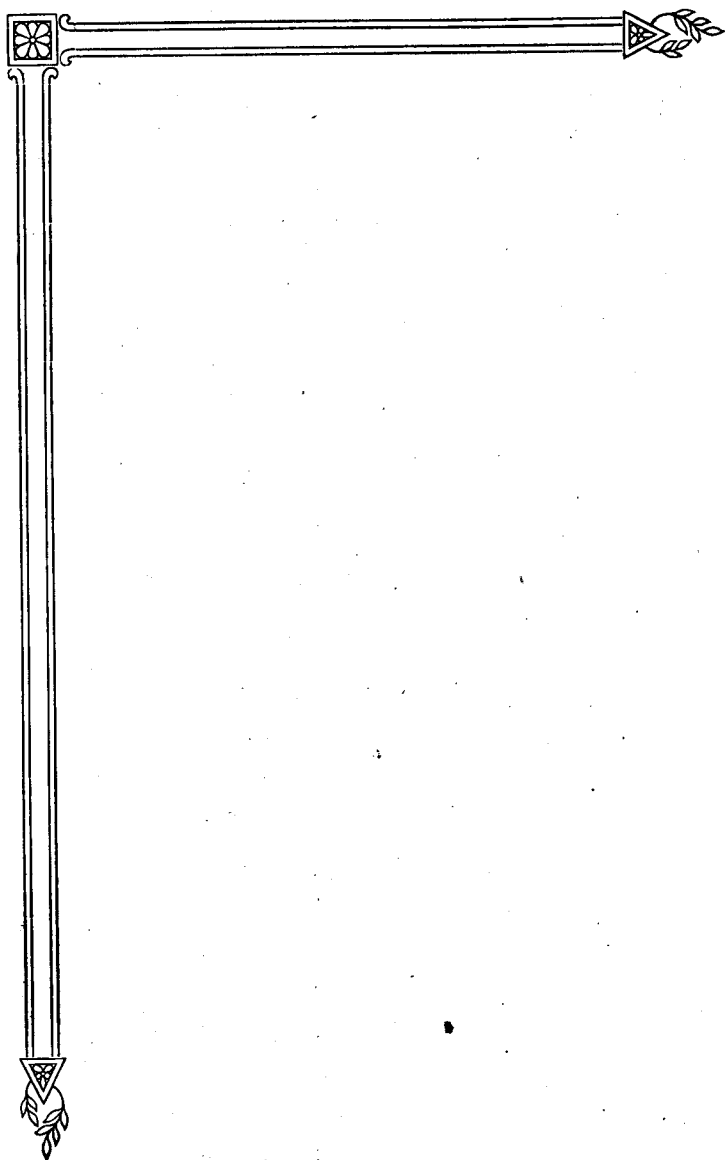
Faculdade de Medicina do Porto

AO MEU ILUSTRE PRESIDENTE DE TESE

Exc.^{mo} Senhor

Dr. Carlos Alberto de Lima

A minha muita gratidão.



DUAS PALAVRAS

Apresentando este trabalho quasi um ano após a conclusão do nosso curso médico, impunha-se-nos o dever de o elaborarmos sem as incorrecções e deficiências que nêle se notam e que somos os primeiros a reconhecer.

O seu valor pelo que respeita propriamente à parte scientifica e também à fôrma literaria, é mínimo. Para nós, porém, que nêle empregamos todo o nosso esforço e o melhor da nossa boa vontade, temo-lo como consideravel.

Por circumstancias especiais a que fomos obrigados a sujeitar-nos no decurso do ano e que tanta influencia exerceram no nosso espirito, constantemente preocupado com assuntos de momento, não foi possivel, mau grado nosso, dedicar à nossa tése de doutoramento, as atenções que ela merecia e o tempo indispensavel para a elaborarmos com largas minucias de observação, de modo que daí viesse a resultar uma obra consentanea com os nossos desejos e aspirações.

A escolha do assunto que a principio constituiu

para nós um embaraço grande. foi-nos sugerida pela observação durante o nosso curso de alguns casos de "Mal de Pott", de que tivemos conhecimento na nossa passagem pelas clínicas hospitalares, nalgumas visitas ao Sanatório Marítimo do Norte e ainda nalguns casos de clínica extra-hospitalar, para que chamaram a nossa atenção.

A todos que nos auxiliaram com as luzes da sua esclarecida intelligencia no decorrer do nosso curso, significamos o nosso profundo reconhecimento, bem como ao ilustrado juri que nos hà-de julgar e de quem esperamos que nos releve as faltas involuntárias do nosso trabalho.

Ao Exc.^{mo} Snr. Dr. Carlos Alberto de Lima, que tão amavelmente se dignou aceitar a presidencia desta tése e a quem devemos palavras de muito incentivo e estímulo, aqui deixamos consignados os protestos da nossa mais indelevel e reconhecida gratidão.

I

Definição

«Mal de Pott», tuberculose vertebral ou, ainda, espondilite tuberculosa, tal é a sinonímia empregada para classificar a lesão da coluna vertebral que escolhi para assunto da minha dissertação.

Hoje, porém, subsiste quasi exclusivamente o nome de «Mal de Pott» pelo qual é geralmente conhecida a tuberculose das vértebras, ou, antes, uma localização da tuberculose das vértebras, a mais importante e, póde dizêr-se, predominante.

Assim, dá-se êste nome, não à tuberculose vertebral incidindo sôbre qualquer parte das vértebras, mas, sim, à que incide sôbre os corpos vertebrais, e donde, também a denominação de tuberculose dos corpos vertebrais, de mal vertebral anterior.

II

Resumo historico

E' em homenagem ao cirurgião inglês Percival Pott que se chama «Mal de Pott» à tuberculose vertebral.

Foi êle quem em duas memórias sucessivas, publicadas respétivamente em 1779 e 1783, estabeleceu relações entre certas paraplegias e a cárie das vértebras, a gibosidade resultante dessa cárie e os abcessos frios que, por vêzes, se fazem também notar, constituindo, assim, o syndroma definido clinicamente pela triade sintomática:

- 1.º—Lesão raquidiana e respétiva bossa;
- 2.º—Abcesso ossifluente;
- 3.º—Paralisia.

Vem de longe o estudo desta lesão, pois já na antiguidade Hipocrates assinalára os tubérculos enquistados dos ossos, mencionando também a giba e os abcessos na região crural.

Foram, porém, os trabalhos de Pott continuados mais tarde no século XIX por Delpech, Nichet e Nélaton, que verificaram sêr o mal vertebral uma localisação tuberculosa, baseando as suas demonstrações na clínica e na anatomia patoló-

gica e inspirando-se nas doutrinas de Laenec sobre a tuberculose pulmonar, que deram um completo desenvolvimento a êste assunto. Com o tubérculo enquistado reconhecem também a granulação cinzenta, descrevendo a sua fôrma infiltrada.

Vieram em seguida às investigações histológicas e bacteriológicas confirmar a unidade de lesões tuberculosas do raquis e enquanto Pott tratou da paralisia com precisão, outros dirigiram as suas atenções para a patogenia, como Charcot e o seu aluno Michaud (êste na sua tese de 1871) que descrevem as alterações meningeas e medulares do «Mal de Pott»; e Türck, Leyden, Bouchard, as degenerações secundárias.

Seguiu-se Lannelongue, em 1888, que, numa série de lições publicadas num livro de exposição clara e leitura atrahente, nos apresenta as condições em que os abscessos ossifluentes se desenvolvem e progridem, pondo em destaque o papel da membrana tuberculinogenia, isto é, a parêde externa da colêção que vai sucessivamente invadindo os tecidos, nessa progressão e desenvolvimento.

Aparece-nos depois Menard, aluno de Lannelongue, que dôse anos mais tarde, após um atuado estudo no hospital marítimo de Berck, onde conseguiu à custa duma observação paciente e inteligentemente feita colher numerosos documentos, nos dá um excelente e substancioso livro àcerca do «Mal de Pott», e que encerra os mais proveitosos ensinamentos.

Com estes, muitos outros nomes ilustres tem contribuído para o estudo desta lesão que de remota época vem interessando a medicina.

III

Etiologia

Tem sido largamente discutida a origem do «Mal de Pott» e variadas as causas invocadas para a explicação do seu aparecimento.

Houve quem o atribuisse à escrófula, à sífilis, às afecções nervosas, aos traumatismos, etc.; o que é fóra de dúvida, porém, o que está provado, é a sua naturêsa tuberculosa.

Assim no-lo dizem a anatomia patológica, a inoculação dos produtos, a pesquisa e cultura dos bacilos e, propriamente a clínica.

Dúvidas existem àcêrca da sua fôrma de lesão primitiva ou secundária, isto é, se nos aparece como localisação primária da diátese tuberculosa ou como seqüência de qualquer outra localisação do bacilo de Koch. De resto não é facil averiguá-lo, muitas vêzes, porque não sendo as lesões pulmonares ou, outras, apreciaveis pelos métodos de investigação ao nosso alcance, não podemos concluir que deixem de existir.

Por outro lado, pode succeder que, penetrando o bacilo na corrente circulatória, a sua colonisação se faça em vários pontos ao mesmo tempo,

dando lugar a adenites, gomas subcutâneas, osteítes das falanges ou dos metacarpeanos, etc.

Seja, porém, como fôr, dê-se um ou outro caso, é facto assente que há, como em todas as outras doenças, causas predisponentes que pronunciadamente influem na sua eclosão e facilitam o seu desenvolvimento.

*

*

*

Uma das causas conhecidas e a que se liga certa importancia, consiste na hereditariedade a que em primeiro logar vamos referir-nos:

Pôsto que algumas vêzes appareça o «Mal de Pott» em individuos, nos quais não se conseguiu averiguar qualquer tara patológica transmitida pelos seus ascendentes e em quem não se encontram manifestações mórbidas que possam relacionar-se com o seu estado, robustos até um certo ponto da sua vida e de aspecto saudavel, o certo é que nem sempre assim acontece.

Sem pretendermos tratar assunto já tão largamente debatido e mais ou menos assente àcerca da transmissibilidade do agente bacilar por via transplacentária ou por intermédio paterno no acto da fecundação, a verdade é que o número de casos manifestados em individuos em que a ascendencia oferece reparos quanto ao seu estado fisiológico, é frisante e, por isso, somos levados a admitir uma certa afinidade entre a ascendencia e o doente.

*

*

*

Um outro factor a que anda ligado o «Mal de Pott», como causa predisponente, diz respeito à idade.

Sabemos que a sua frequência se acentua principalmente nas primeiras idades, rareando à medida que se vai avançando em anos. E' dos dois aos cinco em que se torna maior, é este o período de mais avultado número de casos apresentados, como o demonstra o professor Lannelongue, que nos fornece os seguintes números: Em 180 casos observados em individuos até 16 anos, registrou 14 antes dos 2; 91 dos 2 aos 5; 59 dos 5 aos 10 e 16 dos 10 aos 15.

*

*

*

As condições higiénicas revestem também uma importancia capital, elas e o meio em que vive o individuo são elementos a ponderar porque, por si só, contribuem para que um organismo que num certo meio e sob uma dada hygiene passaria por saudavel, deixe de o sêr visto serem maus estes dois primordiais agentes.

Uma criança por muito saudavel que sêja, vem quasi sempre a padecer pelo convívio com

certos doentes, correndo tanto maior risco quanto mais intimo se tornar esse convívio. Uma mãe ou uma ama tuberculisadas, põem em perigo a saúde da criança e não só estas, mas também todas as pessoas que com ela convivem, e com ela tratam. Esse perigo tornar-se-há mais ameaçador à medida que pioram as condições higienicas propriamente do meio e referentes à habitação, alimentação, etc.

Quantos póticos não devem os seus males às péssimas condições de vida a que se viram reduzidos, uns pela sua miseria e outros pelo seu desleixo, ou ainda pela falta de conhecimentos que as elucidassem e aos seus sôbre os riscos que corriam!?

*

*

*

As pessoas de familia do doente costumam ter os traumatismos como a única causa dos padecimentos deste. Não obstante a sua ignorancia no vasto campo da sciencia médica, não deixam, no fundo, de ter razão no argumento apresentado. Com effeito, o traumatismo, como se tem provado, póde considerar-se uma das causas predisponentes e importantes, pois muitos casos se registam ligados a um choque ou accidente que frequentemente desenvolve lesões ósseas tuberculosas em organismos de tuberculose latente.

Todas as causas, finalmente, que contribuem para o enfraquecimento do organismo, constituem outros tantos males a influir no apparecimento do «Mal de Pott».

IV

Frequência

Uma das mais freqüentes localizações da tuberculose ossea é a do «Mal de Pott». A estrutura das vértebras, em que predomina especialmente o tecido esponjoso, torna-se propícia ao seu desenvolvimento e explica-nos esta localização predileta do bacilo da tuberculose na coluna vertebral, onde êle se desenvolve e progride com facilidade.

Esta freqüência da invasão pelo bacilo de Kock, da coluna constituida pelos corpos vertebraes, da coluna anterior, contrasta com a que é formada pelos arcos posteriores das vértebras, parte quasi sempre poupada. E' que nessa abunda o tecido compacto.

Ainda é nas vértebras da região dorsal e nas da região lombar onde a referida freqüência se torna mais vulgar.

Pelo que respeita a idades, é sobretudo nos novos que o «Mal de Pott» se manifesta, atacando especialmente os individuos de 2 a 15 anos; pelo contrario nas idades avançadas, sobretudo depois dos 60 anos, parece não se têr encontrado.

Rauenbusch calcula que cêrca de 70 % dos casos se observam durante os primeiros anos da existência. De facto, é notavel o numero de creanças atacadas entre nós, de «Mal de Pott», comparado com o de adultos.

Com relação às outras manifestações da tuberculose, apresenta-se o «Mal de Pott» numa proporção elevada. Lannelongue em 1.113 casos de tuberculose interna encontrou cêrca de 180 de «Mal de Pott», isto é, perto de 16 %. A colxagia entra na percentagem de 26 %.

Sintomatologia

A triade sintomática do «Mal de Pott», formada pela giba, paralisia e abcesso frio, constitue a sintomatologia pela qual habitualmente esta doença se nos apresenta, a seguir a um periodo de dôres mais ou menos irradiadas e de rigidês da coluna.

Se bem que muitas vêzes sêja esta a ordem de aparecimento dos sintomas, deve notar-se que são freqüentes os casos em que tal não succede. Nuns não aparecem e noutros observam-se só bastante tarde, quando a lesão se encontra já em notavel estado de desenvolvimento. Ocasões hà em que primeiro se acusa a paralisia, que nem sequer chega a manifestar-se em outras. A giba cede o passo, quer à paralisia, quer ao abcesso, o que succede freqüentemente no adulto, não sendo raros os casos em que se observa a sua falta completa.

Notamos, pois, os limites e a latitude da variabilidade dos sintomas no momento do seu aparecimento e segundo a ordem pela qual se sucedem, e agora propomo-nos passar em revista cada um

dêstes factores para os apreciar nas suas diversas modalidades, embora num breve e rápido estudo sintético.

O «Mal de Pott» póde deixar de se apresentar aos olhos do médico e a sua evolução produzir-se duma fôrma latente durante longo tempo, sem a manifestação de qualquer sintôma clínico que no-lo revêlé.

Superfluo se torna fazer salientar a vantagem que poderá obter-se dum exame minucioso, tendente à descoberta da lesão que prosegue a ocultas a sua obra destruidora, continuando a sua acção de desgaste num organismo em que estamos longe de supôr a sua existencia; raras vêzes, porém, opéra ella em silencio, pois se manifesta e, por vêzes ruidosamente, dando o alerta para a intervenção clínica, de cuja oportunidade tanto depende o bom resultado do método therapeutico a empregar; é então que vamos em auxilio do organismo, lutando com elle contra o inimigo comum.

Um dos primeiros sintomas a procurar é a *dôr local, espontanea e provocada*. Não é difficil a pesquisa da dôr provocada, pois a pressão directa sôbre as apófises espinhosas fará sentir ao doente esse sintôma primitivo e frequênte. A percussão ligeira das mesmas apófises também lhe causará uma dôr carateristica que igualmente se manifesta quando se comprimem os corpos vertebraes uns contra os outros, fazendo saltar o doente duma cadeira ou exercendo uma pressão brusca de cima para baixo sôbre a cabeça e espáduas, processo este que não deve praticar-se, pelos riscos de rotura que oferece a vértebra cariada.

A simples posição de pé ou sentado que obriga o pêso do tronco a incidir normalmente sôbre a coluna, bastará para revelar a dôr em muitos casos.

Dada a curva de inflexão que toma a coluna lombar, dependente da posição do doente, em cifose, quando sentado e em lordose, mantendo-se de pé, é mais facil ao padecente estar de pé no caso de «Mal de Pott» lombar, do que sentado; contudo, seja qual for o ponto onde se localise a lesão, a posição mais favoravel á atenuação dos seus sofrimentos é a de deitado. Uma vez de pé, os musculos da massa sacro-lombar contraem-se afim de aliviar da pressão a parte anterior da coluna.

Torna-se conveniente a mobilisação da coluna em todos os segmentos e o processo geralmente seguido para a creança consiste na sua suspensão pelas pernas, estando ela deitada em posição de decúbito ventral. Nota-se então que a parte lesada constitue com as visinhas uma porção rigida em que o doente sente a sua dôr. Estando de pé, convida-se a apanhar um objecto fazendo uso simultaneamente da mão esquerda e da direita. A maneira como geralmente se conduz é característica; a flexão dá-se quasi totalmente á custa da articulação da anca e do joelho, conservando-se as vértebras da coluna imoveis em relação umas às outras; a mão corre ao longo da côxa, servindo o braço de suporte ao tronco cujo peso obrigaria a fletir a coluna sem este auxilio, por vêses indispensavel.

Temos feito considerações àcêrca da dôr provocada. Ocupemo-nos agora da dôr espontanea,

tão freqüente também nos doentes atacados de «Mal de Pott».

Estas dôres acham-se localisadas na região doente ou apresentam-se com irradiações; dão origem, por vêzes, pela confusão a que se pres-tam, a êrros de diagnóstico. Assim, o «Mal de Pott» cervico-dorsal pode sêr tomado por um reumatismo do pescoço ou da espádua e ao ni-vel do torax pode julgar tratar-se duma nevral-gia intercostal. Se a dôr se apresentar à altura dos ultimos espaços intercostaes, atribuem-se aos rins e tomam-se como cólicas nefríticas ou como litíase renal, sendo permanentes. As nevralgias pélvicas lembram-nos afecções dos anexos; a ne-vralgia sciática de que também revestem aspe-cto, reumatismo e mesmo tabes.

Estas dôres apresentam-se muitas vêzes surdas sob a forma de pancadas isócronas com o pulso e localisadas na profundêsa do torax e do abdomen. As exacerbações noturnas são freqüentes. No mal dorsal as creanças queixam-se de dôr na região esternal e levam a mão ao umbigo quando é de localização dorsal inferior ou lombar. Nas que não falam ainda, é difícil em certas ocasiões de-terminar a sua localização, o que vem dificultar o diagnóstico.

*

*

*

A giba resultante da proeminência posterior da apófise espinhosa da vértebra ou vértebras le-sadas, pôde aparecer em qualquer dos segmentos da coluna.

Em geral manifesta-se lenta e gradualmente e, se umas vêses se nos revela formando um angulo mais ou menos fechado e constituindo coto-vêlo, em outros casos fôrma, como dissemos, apenas uma curvatura de raio variavel. Quasi sempre depende o seu aspêto do numero de vértebras atacadas, uma ou duas no primeiro caso e, mais, no segundo.

A sua localisação é freqüentemente média em relação ao plano sagital, mas pôde variar segundo a lesão mais se acentuar ou fôr exclusiva dum dos lados do corpo vertebral.

Casos dêstes foram citados por Kirmisson, Phocas e Forgue nos seus trabalhos.

E' então que, com a cifóse, nos aparece a curvatura escoliôtica; pôde, contudo, aparecer-nos isoladamente, sem a cifóse, quando a lesão se encontrar no seu inicio e, se não estiver ainda destruido o corpo vertebral de modo a explicá-la, é porque a isso a levou a contratura dos musculos dum lado da coluna.

Depende muito do segmento da coluna em que a lesão se manifesta, a revelação da giba; assim, no pescoço e na região lombar em que a coluna apresenta curvaturas com concavidade posterior disfarça-se à vista e cresce pouco. Na região dorsal, em que a curvatura se faz em sentido contrário, é ela sempre mais nítida, tomando com freqüencia grandes proporções no seu desenvolvimento. Por outro lado a saliência aumenta, devido às lordoses compensadoras se fazerem a distância, e a estatura do doente sófre um encurtamento notavel, por motivo das curvaturas cifótica e de compensação se acentuarem.

Nos casos em que a giba se manifesta na parte dorsal média, o torax toma um aspéto especial — torax de polichinelo — alargando os diâmetros antero-posterior e transversos, e diminuindo o vertical, ao mesmo tempo que o externo avança.

Casos há em que sem haver giba, se nota, contudo, uma certa saliência ao nível da porção lesada e que é devida apenas a uma infiltração inflamatória das partes moles do ráquis.

*

*

*

O aparecimento do abcesso não costuma sêr o primeiro sintôma a revelar-se-nos, pois em geral vem alguns meses após o comêço do «Mal de Pott»; succede por vêzes que antes da giba êle nos aparece e isto quasi exclusivamente nos adultos.

Os sintomas gerais da supuração concorrem por vêzes em auxílio do diagnostico, bem como a elevação de temperatura para a tarde, o emagrecimento gradual, o mau aspéto do doente, que são elementos que nos podem levar a suspeitar da sua aparição.

Uns evoluem duma fôrma mais ou menos aguda mas, outros, e é a regra geral, evoluem lentamente, demorando a sua aparição que se revela de variadas fôrmas, conforme a localização e o trajéto seguido na migração que executam.

A principio nota-se uma tumefacção com flu-

tuação e indolor, sob um tecido de aspéto normal e só depois é que surgem a vermelhidão, adelgaçamento da pele, a sua perfuração e a evacuação do pús.

Os abcessos da região dorsal apresentam menos tendencia para a migração.

Os cervicais que se formam na região retro-faríngea verificam-se pela inspeção e palpação bucal, podendo também mostrar-se pelas perturbações de deglutição e respiração, que provocam; os que ocupam a região lateral do pescoço causam geralmente nevralgias ou paresias dependentes do plexo braquial.

Dentre os varios pontos usados na investigação da descoberta do abcesso, deve ligar-se especial atenção à fôssa iliaca onde é frequente a sua existencia.

A posição da anca, a côxa em flexão, são indício muitas vêzes dum abcesso do psôas que, pelo processo inflamatório a que está submetido, assim se acha em estado de relaxamento e, por isso, menos incomodo para o doente.

Vem a proposito uma nota de S. Artault àcêrca da frequência dos abcessos no «Mal de Pott», o qual diz que em 108 casos por êle observados em pessoas de 15 a 35 anos, apenas num doente de 30 anos verificou a formação do abcesso de flutuação.

*

*

*

Como já vimos, as perturbações de origem nervosa, posto que geralmente precedidos da gi-

ba, podem em alguns casos aparecer antes desta; apresentam a evolução especial aos acidentes de compressão medular, e manifestam-se raramente duma forma brusca.

Pelo contrario, surgem com evolução lenta e progressiva começando por perturbações de ordem subjéctiva devidas à irritação das raízes e dos nervos raquideanos, seguindo-se depois os phenomenos propriamente medulares ao cabo de mais ou menos tempo, revelados pela paralisia motora e sensitiva.

A paralisia devida ao « Mal de Pott » é a principio flácida. Os músculos paralisados relaxam-se e só depois é que se accusam as contraturas, tornando-se espasmódica. Estas a principio são clónicas, isto é, apresentam-se sób a forma de sobresaltos, de espasmos que se manifestam principalmente quando da mudança de posição e, depois, tónicas. E' neste ultimo caso que os membros ficam em extensão contínua nos primeiros tempos, seguindo-se mais tarde a flexão.

Um sinal precoce é o exagêro dos reflexos; pode-se verificar muito antes da paraplegia aparecer, quando o doente sente apenas um pouco de fadiga na marcha.

Os reflexos rotuliano e aquiliano são exagerados, o clónus do pé manifesta-se.

Entre as paralisias flácidas e as paralisias com contraturas, Delbet considera uma paralisia intermediaria em que existe o exagêro dos reflexos e a trepidação epileptoide que se produzem sem lesões bem profundas da medula. Nas paralisias com contraturas em que o fascículo piramidal está degenerado, obtem-se o sinal de Babinski.

As perturbações dos esfíncteres vesical e anal são frequentes, incluindo uma forte obstipação.

Observa-se correntemente que no tipo paraplégico ordinario, um dos lados do doente é mais atacado do que o outro.

As perturbações de sensibilidade que se accentuam de preferencia na raiz dos membros, vindas da extremidade, costumam aparecer depois das perturbações da motilidade e iniciam-se por retardamento das percções, dando-se a seguir a hiperestesia e, por fim, a anestesia completa.

Os diversos autores não estão de acordo no modo pelo qual são afetadas as diferentes sensibilidades, pois não existe uma regra absoluta na sua ordem. Assim, Michaud diz que a sensibilidade tátil é a primeira a desaparecer e, por sua vez, Van Gehuchten e Charcot opinam que primeiramente desaparece a sensibilidade à temperatura e à dôr e só depois chega a vez à sensibilidade tátil.

Em certos casos citados por Brissaud e Dejerine, pôde verificar-se a dissociação seringomiélica.

As modificações objetivas da sensibilidade nunca se manifestam isoladamente, pois são acompanhadas de perturbações subjetivas e de fenómenos dolorosos nos mesmos territorios. Ainda mesmo nos casos em que as lesões são unicamente medulares e as raízes não participam da compressão, a topografia das perturbações sensitivas é radicular.

Do mesmo modo que a sensibilidade superficial, a sensibilidade profunda pôde sêr modificada, os sentidos musculares, a noção de posição e a sensibilidade óssea.

Manifestam-se também diversas perturbações tróficas, cutâneas, musculares e articulares; como manifestações cutâneas: erupções bulhosas, penfigos, etc.; musculares: atrofias de graus diversos; articulares: hidartrose, artropatias, especialmente da anca e do joelho.

De todas estas perturbações tróficas uma há de capital importancia, a escara, que aparece nos locais submetidos à pressão e cuja gravidade depende principalmente das complicações inféciosas a que pode dar origem, servindo de exelente porta de acêssio a todo o organismo, cujas condições de resistencia são precárias.

O sacro, as nádegas, os trocanteres, os maléolos, são pontos prediletos para a sua localização, visto serem os mais sujeitos a pressões prolongadas sobre o leito, aquelles que, por isso, são mais defeituosamente irrigados.

Acêrca da explicação da fórma como se produzem as lesões medulares no «Mal de Pott», divergem as diversas opiniões.

Vulpian, Kraske, Lannelongue e Chipault, attribuem-nas às pressões exercidas pelas vértebras que penetram no canal raquideano no ponto da deformidade. Charcot e Michaut são da mesma opinião quanto à pressão; julgam-na, porém, exercida pelo espessamento das meninges situadas proximo das vértebras afectadas. Já Fickeler as attribui às perturbações da circulação que se passam na espessura da medula por motivo das lesões vasculares produzidas pelas vértebras e meninges junto ao processo.

Surgem depois algumas opiniões acêrca dos vasos lesados. Assim, Ziegler quer que a princi-

pal alteração pertença às artérias, Hahler aos linfáticos e às veias. Finalmente, Schnaus liga-as ao edêma tóxico devido à acção tóxica do germen. E' provavel que todos tenham razão, pois qualquer dos factos apontados é susceptivel de produzir a lesão medular e algumas vêzes deve sêr causada pela soma de alguns dêles.

VI

Diagnóstico

Nem sempre o diagnostico do «Mal de Pott» se nos apresenta sem grandes dificuldades.

Quantas vêzes o clinico se encontra em frente dum doente portador da doença em que a observação mais atenta e o mais minucioso exame na investigação da sintomatologia nada lhe indicam que o esclareça sôbre a natureza do mal?

Nem os seus antecedentes pessoaes e hereditarios lhe fornecem luzes para poder penetrar nesse obscuro recôndito onde o mal vai lavrando às escondidas, nem tão pouco se lhe descobre qualquer dos outros factores predisponentes e freqüentemente observados.

E é então que surgem os verdadeiros embaraços, as esperas, as contemporisações mais ou menos longas, mas sempre prejudiciais, na instituição dum tratamento apropriado, os erros de diagnostico.

Como dissemos, nem sempre aparecem a giba, o abcesso ou a paraplegia e, por conseguinte, para se fazer um diagnostico não devemos esperar por

qualquer desses sintomas que nos denunciam já um estado avançado do mal quando se manifestam. O diagnostico deverá fazer-se com a maxima precocidade possivel, pois nisso ha toda a vantagem para o doente.

Pondo de parte os casos em que a sintomatologia mal se nos depara esboçada e nos não dá, por isso, direito a tirar dela um diagnóstico, sequer, provavel, vamos referir-nos ás doenças que podem provocar certa confusão pela semelhança dos sintomas, e fazer a destrinça dos respeitantes a cada uma delas.

*

*

*

Principiaremos pelos desvios do ráquis e, especialmente, pelo escoliose essencial dos adolescentes.

Entre uma e outra destas lesões alguns sintomas são comuns. As curvaturas da coluna, laterais na escoliose, podem-no sêr também, como vimos, no «Mal de Pott»; no entanto, o mais freqüente neste caso é apresentarem-se no sentido antero-posterior, em obediencia à regra geral. Contudo, quando assim não suceda, lembrar-nos-hemos que na escoliose ela aparece quasi sempre com a sua convexidade para a direita; as dôres não existem e o estado geral do doente é bem diferente.

Quando a escoliose é devida ao «Mal de Pott» aparece a dôr à pressão localizada na apófise trans-

versa da vértebra que se deslocou, bem como a rigidês da coluna e a contratura dos musculos das goteiras, o que não acontece na escoliose essencial.

Na coluna manifestam-se também dôres chamadas de crescimento que existem especialmente nas raparigas, e dôres de que são acompanhadas certas escolioses no seu comêço. Umas e outras são geralmente passageiras e no momento da sua eclosão a coluna não se torna rígida.

*

*

*

Nas crianças aparece algumas vêzes uma laxidão articular da coluna no periodo de crescimento que pôde trazer uma curvatura acentuada ao tronco, fazendo lembrar à primeira vista uma cifose devida ao «Mal de Pott». Com alguma atenção notaremos as diferenças que existem. Apresenta-se com uma fôrma regular, em arco que vai do occipital à bacia sem que haja bossas; por outro lado, é movel, não provocando dôres o seu movimento e pôde fazer-se desaparecer desde que se suspenda a criança pelas espáduas.

*

*

*

Estamos em presença duma criança fraca dos membros inferiores, com claudicação e queixando-se de dôres no ráquis, nos rins, no tronco e

até nas pernas. Podemos julgar que se trata duma coxalgia, duma paralisia infantil, duma simples nevralgia. Vejamos como se hà-de orientar o nosso diagnostico.

*

* *

Na coxalgia, a posição do membro inferior que é fixo, torna-se característica; qualquer movimento que se tente imprimir-lhe provoca dôres. Se, apesar disso, o levarmos além do limite por elas consentido, notamos que a bacia o acompanha na sua evolução como que constituindo com êle uma peça única.

No « Mal de Pott » o membro toma qualquer posição e é geralmente movel. Póde encontrar-se fletido e mais ou menos fixo quando existe um abcesso do psôas; mas, nesse caso, explorando o flanco, lá se irá encontrar o abcesso que obriga a posição semelhante mais favoravel ao relaxamento daquêle músculo. A pressão sôbre os trocânteres é indolor, não aparecendo a dôr na articulação do joelho que na coxalgia é tão vulgar.

*

* *

Pelo que diz respeito à paralisia infantil, sabemos que não imobilisa a coluna. A atrofia dum grupo muscular é freqüente e quasi sempre se chega a descobrir nos antecedentes do doente uma enfermidade infeciosa aguda.

*

*

*

Dentre as nevralgias, uma que se presta a confusões é a nevralgia espinal (de Brodie) ou raquialgia histérica que aparece em individuos nervosos, de preferencia em mulheres novas e que se caracteriza por sofrimento ao nivel do ráquis dorsal ou lombar, provocando dôr a palpação duma ou mais apófises espinhosas dessas regiões. Essa dôr, porém, revela-se antes pelo simples contacto dum corpo sôbre a pele do que pela pressão, que não é dolorosa.

As pessôas dotadas de tão apurada sensibilidade possuem, no entanto, mais pontos dolorosos em diversas outras regiões; têm sinais de pitiatismo, mas não se lhe encontra exagêro dos reflexos nem rigidês vertebral.

Esta raquialgia não é mais do que uma manifestação histérica, facilmente revelavel pelos sintomas que a acompanham e que caracterisam esta nevrose.

*

*

*

As nevralgias intercostais devidas a uma lesão hepatica ou renal podem também a principio causar um certo espirito de confusão que em breve desaparece; basta atender ao caracter da dôr e observar os órgãos doentes.

O doente não toma nesses casos a attitude

característica do «Mal de Pott» quando se lhe ordena que apanhe um objecto.

*

*

*

Nos casos em que predomina o abcesso, e que não são raros, sucedem-se por vezes os erros de diagnostico. A redutibilidade é uma das suas características, mas nem sempre ela se produz, ou seja porque a comunicação se encontre fechada, ou por ser muito estreita e então pôde ser tomado por um abcesso frio vulgar.

Um simples abcesso ganglionar tuberculoso, um epiplocele e até mesmo uma colecção purulenta perinefrética que vá ao longo da coluna, podem prestar-se a confusões. Num exame cuidadoso notaremos, todavia, os gânglios periféricos ao abcesso ganglionar engorgitados e o endurecimento especial da periadenite.

Faremos o diagnostico do epiplocele quando pelo exame da fossa iliaca não descobrirmos a bolsa purulenta comunicando com a região inguinal; e ainda se levantando o doente, esta bolsa não nos apparecer aumentada de volume. Recorreremos mesmo à punção exploradora nos casos em que as dúvidas não desapareçam. Finalmente, o abcesso perinefrético ser-nos-há posto a descoberto, explorando o rim com cuidado, examinando as urinas e vendo a marcha da doença.

*

*

*

O abcesso pôde aparecer-nos na região costal e aí sêr tomado por uma osteoperiostite costal; mas, neste caso faltar-lhe-ia a redutibilidade e haveria um ponto na costela onde existiria dôr sensível à pressão, ponto nitido, apresentando-se a colecção cercada por um bordalete indurecido constituindo como que uma espécie de *godet*.

Ora no «Mal de Pott», como sabemos, teríamos a coluna vertebral dolorosa à pressão e com os movimentos, o que ali se não observava. Além disso, nesta localização costumam os abcessos seguir o trajeto das costelas, exteriormente; mas, quando esse trajeto se faça pelo lado de dentro da cavidade toraxica, teremos as perturbações dos órgãos do mediastino, a disfagia, a dispnea, etc., que o interrogatorio do doente nos virá mostrar.

VII

Terapeutica

No tratamento do «Mal de Pott», como manifestação tuberculosa que é e caracterizada por um conjunto de fenómenos gerais e locais, devemos atender ao tratamento da diatese tuberculosa e propriamente ao da osteíte, intimamente ligados. E' preciso têr sempre em vista, contudo, que deve sêr antes de mais nada um tratamento geral, base da sua terapeutica, visto que qualquer ação local tendente a limitar ou a fazer desaparecer a giba, a paraplegia e os abcessos ossifluentes, seria sem efeito não sendo acompanhada dum levantamento do organismo colocando-o em condições de bem poder reagir, o que se torna indispensável para se conseguir algum resultado da nossa intervenção.

Por outro lado, há tôda a vantagem em actuar o mais precocemente possível e duma maneira prolongada, durante mêzes, durante anos.

*

*

*

No tratamento da tuberculose em geral, lançaremos mão do que mais convêm a estes doentes cujo organismo se encontra a maior parte das vezes num acentuado estado de depressão fisiológica; bom ar, boa alimentação, residência no campo, permanência à beira mar e em altitudes, são práticas a seguir dum incontestável valôr e duma eficácia manifesta, sendo principalmente praticadas a tempo e obedecendo às regras indispensáveis da sua aplicação.

O ar deve sêr puro, o local longe de cidades e de povoados onde a aglomeração da população e existência de indústrias não se faça sentir. Torna-se necessária uma boa hematose. Para isso é indispensável a ausência de agentes que o tornam um ar impuro, um ar insalubre.

O campo e, de preferência, o mar são os lugares onde o doente o encontrará com essas qualidades tão vantajosas para a sua cura.

O ar, é um dos variados componentes que entram na constituição dum clima; em lugar, pois, de a êsse agente nos referirmos em separado, afirmemos de preferência que os enfermos carecem dum clima propício, dum clima bom e vejâmos as condições a que o factor climatérico tem de obedecer para sêr considerado bom, isto é, benéfico ao nosso doente.

Duma maneira geral, sêr-lhe-há útil de prefe-

rência o clima marítimo que lhe facilitará, além da purêsa do ar, uma elevada pressão atmosférica, temperaturas com pequenas variações, um estado higrométrico elevado, clorêto de sódio, iodo em vapôres e moderação nas variações de pressão, de temperatura e do estado higrométrico.

Poderá também colher vantagens para a sua cura dos climas de altitudes, particularmente excelentes tendo febre.

Caracterisa-se êste clima pela rarefiação do ar, pelo estado higrométrico, purêsa da atmosfera, luminosidade, radioactividade, ausência de ruídos e pela temperatura, elementos estes que como é evidente, dependem dum certo número de condições de localização em relação às montanhas, de exposição, de altitude, etc. Podemos dividi-los em climas de pequenas altitudes, que são os de logares situados a 500 metros; de médias altitudes, 500 a 1.000 metros e de grandes altitudes, situados a 1.000 e mais metros acima do nível do mar.

Deve ter-se em consideração, porém, que nem todos os doentes obterão bons resultados com o clima de altitudes, pois para muitos esses climas são contra-indicados. Estão nêste caso os que apresentam também extensas lesões pulmonares, os que têm insuficiência cardíaca, os que não suportam bem o frio, os que apresentam febre de consunção e os excitáveis. Para estes últimos deve sêr preferível um clima de planície.

Não se deve esquecer que qualquer que sêja o logar de permanência do doente, ou montanha, ou planície ou ainda beira-mar, convêm que o lo-

cal se encontre abrigado dos ventos do norte, largamente exposto e aberto ao sul, fortemente batido pelo sol e livre de mudanças bruscas de temperatura. Além disso deve passar tódo o tempo possível e compatível com as condições atmosféricas da ocasião, ao ar livre e o quarto onde dorme será convenientemente arejado deixando uma janella aberta para facilitar a renovação do ar.

Pelo que diz respeito a alimentação deve esta obedecer a dois princípios basilares: sêr substancial e de facil digestão.

Ao mesmo tempo que precisamos de alimentar bem o doente cujo organismo necessita mais do que nunca de estimular a sua vitalidade, pois tem de reparar os desgastes originados pelo bacilo, não podemos perder de vista que, também mais do que nunca, o seu aparêlho digestivo precisa de ter um bom funcionamento, estar em ótimas condições para nos auxiliar nos reparos a fazer a êsse organismo que sem eles caminhará fatalmente para o aniquilamento.

Dar-lhe o máximo de nutrição com o menor dispendio das suas energias, fortalecê-lo tanto quanto possível, mas poupando-o sempre, eis o que não devemos esquecer.

Para isso temos de atender não só à especie de alimentos a ministrar ao doente mas, também à maneira como se ministram, isto é, tomar um certo número de precauções tendentes à observancia duma regular higiene alimentar adequada ao nosso caso. E, assim, devemos escolher alimentos com grande quantidade de princípios nutritivos, facilmente assimilaveis, e a sua administra-

ção deve ser por quantidades moderadas, embora dadas com intervalos curtos.

Procurar-se-hà evitar os medicamentos, pôr de parte, pelo menos, o seu emprêgo sistematico que tantas vêzes se torna prejudicial; quando muito uzar os preparados de iodo no verão e o oleo de figado de bacalhau no inverno, desde que se reconheça que não perturba a digestão. Os fosfatos, os recalçificantes, são por vêzes úteis.

Se bem que se tornem em muitas ocasiões um auxiliar poderoso, cuja aplicação trás bons resultados, a verdade é que os medicamentos pôdem vir a sêr um elemento nocivo, dando resultados contrários aos que se pretendem obter, quer fatigando o organismo pela sua saturação, quer prejudicando-o com as perturbações que acarretam aos variados aparêlhos e, em especial, ao digestivo.

*

*

*

Nutrir o organismo e fortalecê-lo empregando os meios naturais ao nosso alcance e de preferencia aos medicamentos, é a melhor prática.

*

*

*

Como tratamento do «Mal de Pott» não quero deixar de falar no processo da seroterápia,

por vêzes experimentado por vários autôres, mas, infelizmente, sem que obtivessem os resultados desejados.

Os trabalhos francêses de Monod e de Catz e os estudos de Schnöller levaram Gouraud e Roeder a pacientes investigações utilizando o sôro de Marmorek na cura de afecções de tuberculose externa, entre as quais se achavam incluídos alguns casos de «Mal de Pott».

São eles que confessam sentirem-se a princípio animados pela impressão de vigôr que observavam nos seus doentes que logo retomavam o apetite, experimentando o seu organismo uma forte reação geral. Confessam, porém, terem verificado que depois duma fase de melhoras em seguida ao tratamento pelo sôro de Marmorek, sobrevinha bruscamente o agravamento do estado do doente. Têm, contudo, o seu processo como mais eficaz do que quaisquer outros, embora aconselhem que a ele se recorra simplesmente depois daqueles terem falhado, visto o seu emprego não ser duma inocuidade absoluta.

*

*

*

Como processo terapeutico excelente para o qual estão hoje convergindo todas as atenções e que constitue a verdadeira pedra de toque no tratamento das baciloses, especialmente cirurgicas, abertas ou fechadas, conta-se a helioterápia cuja aplicação tem sido objéto de estudo por parte de

numerosos e proficientes investigadores que sentem a satisfação de ver coroados do melhor exito os seus esforços.

Rollier, Rosselet, Armand-Delille, De Quervain, Witner, Chantemesse, Jaubert et Rivier, Malgat e tantos outros nomes illustres na sciencia médica, trabalharam afincadamente para conseguir obter os resultados maravilhosos hoje tão largamente preconizados da cura solar de que Finsen, de Copenhague, foi o verdadeiro iniciador.

*

*

*

Se é verdade que só recentemente nos foi dado conhecer alguma coisa sobre a energia solar, não resta dúvida de que os povos doutras éras, de civilizações longincuas que desapareceram e os povos primitivos, possuíam idéas pouco precisas, é certo, mas incontestaveis ácerca das forças do sol.

A historia duns é nebulosa e confusa; doutros nem quasi existe. Dessas épocas remotas, todavia, de que nos separam incomensuraveis distancias, alguma coisa nos fala do sol, da influencia que exerceu sobre os povos antigos, como sejam as reliquias preciosas que através dos tempos chegaram até nós, constituídas por legendas, inscrições, templos e túmulos em ruínas, documentos estes dum inestimavel valor.

Foi o sol adorado por quasi todos os povos da antiguidade sob variados nomes nos seus pan-

teons e templos, tendo o maior culto na bacia do Mediterraneo que foi o berço de todas as civilizações. Os egipcios invocavam-no como o seu deus bemfasejo tendo cada povoação o seu culto, ora sob o nome de *Thom* como em Héliopolis, *Phtah* que era representado por *Apis*, sua fôrma viva e por *Sokaris*, sua fôrma morta em Memphis, *Osiris* e *Anhour* em Abidos, *Montou* em Hermonthis, etc.

Entre os filósofos do Egipto, da Babilonia e da Assíria reinava a seguinte teogonia: existiam os deuses superiores que eram o princípio macho dos dogmas teológicos de Héliopolis e as suas esposas, as deusas, que representavam o princípio fêmea. Eram eles que davam origem aos animais, aos homens e ás coisas; constituido o mundo, um deus solar local conservava a vida e a saude, dava a abundancia aos campos e tinha interferencia sobre as coisas e sobre os homens. Por vezes a deusa sua esposa tomava parte tambem nos actos de bemfeitoria do deus; chamava-se a dama da vida e da morte a *Goula*, mulher de Ninib, que foi padroeira dos médicos.

Nergal, deus de *Kouta* e sua mulher são considerados como divindades creadoras da vida.

Gibil, filho de *Bel* é o deus solar que protege os homens contra a peste e contágio, deus amigo que os cura.

Na Grecia *Zeus*, o pai dos deuses, foi o deus solar de Creta onde presidia à vegetação; *Apolo* o deus solar de Délos, o deus da luz na Lacedemonia, foi, sobretudo, um deus curador.

O deus solar de Roma foi tambem *Apolo* que os romanos tomaram à Grecia e ali foi introdu-

zido no ano 431 antes da era cristã, com o fim de combater uma epidemia.

Ainda hoje no Japão se consagra ao culto da deusa do sol um dos mais famosos santuarios ali existentes.

Na China subsiste o culto pelo sol e acendem-se fogos diante dos templos votados ao deus da Geração.

Passando em revista todos os povos das antigas épocas e alguns das modernas, vemos o culto pelo sol sobressaindo sempre dentre os outros numerosos cultos, o sol criador, o sol que dá saude, o sol que cura, o sol que fertilisa os campos, que preside à sorte dos homens e dos rebanhos, que impera sôbre os outros deuses povoadôres dos céus e seus mensageiros, deuses secundarios, como o vento, a tempestade, o relampago, a chuva, etc.

Era ao astro-rei que no sistema planetário se attribuia o poder de curar as doenças e não se póde tomar este facto como simples coincidência abrangendo ao mesmo tempo tantos povos tão distantes uns dos outros e de épocas tão afastadas. E' que não desconheciam já que a luz e o calor do sol exerciam uma influencia benéfica sôbre a sua saude e ignorando o que a sciencia de hoje nos veio revelar àcêrca do valôr dos seus raios, para eles inexplicaveis, fizeram-no um dos seus deuses.

*

*

*

Nos poemas da antiguidade encontram-se relatos que indicam bem a sagacidade do espirito observador daqueles povos. Abundantes são as citações higiénicas, conselhos salutaes referentes ao sol, à luz, que neles se nos deparam. Numa dessas narrações lê-se esta frase cheia de verdade — *a tua luz é a alegria, a tua luz é a saude* — Conheciam a sua acção nas doenças dos olhos e aproveitavam para o seu tratamento as primeiras horas do dia em que os raios solares são pouco actínicos e possuem um poder tónico notavel. Era utilizando-se desse poder tónico que os portadores de afecções oculares ligadas ao escrofismo, ao raquitismo, à tuberculose, à debilidade, obtinham a sua cura. Sabiam que iguais resultados não poderiam colher do sol do meio-dia em que os seus raios perpendiculares, pela abundancia de elementos químicos, lhes eram contra-indicados e que o máximo proveito em ocasiões de epidemias provinha deles pelo seu poder desinfetante. Tornava-se, contudo, necessario evita-los nos desertos onde com frequência os casos de insolação dizimavam as caravanas.

Conheciam, pois, os seus efeitos, embora não tivessem a idêa da energia solar como nos ensina hoje a sciencia moderna.

*

*

*

Já para os filósofos da Escola de Heliopolis as suas concêções míticas representavam fôrças da naturêsa; eram confusas, sem precisão, mal definidas, mas consideravam-nas como fôrças.

O sol passou depois a não ser tido como um deus mas sim como uma fôrça activa, segundo as ideas do filósofo Thales, de Milleteo, que viveu 640 anos antes de cristo.

A par de concêções atômicas várias defendidas pelos filósofos gregos como Leucipe, creador da teoria abderiana que concebia a divisão da matéria em partículas infinitamente pequenas, em átomos, seguida por Heraclito que attribuía ao átomo a posse da energia, causa de todo o movimento e que já previra a natureza vibratória do calor e da luz, numerosas foram as teorias com que atravez de todos os tempos se tentou explicar a idea que faziam da luz solar e em todas é bem patente a noção de fôrça, a noção de movimento.

Uns tinham a luz como um conjunto de membranas que destacando-se do fóco luminoso vinham impressionar os olhos (Democrito, Empedocle, Epicuro); o proprio Newton possuía a sua teoria da emissão em que comparava a acção luminosa à dos corpúsculos que dimanando das flores vinham impressionar a pituitária e Platão julgava que as emanações partissem dos nossos

olhos para ir sondar os objéto, tornando-os assim de nós conhecidos.

*

*

*

Só depois do século XVI é que se torna possível estabelecer uma certa relação entre as idéas dos philosophos grêgos e os factos scientificos em que hoje assentam os nossos conhecimentos acerca da energia solar, visto que durante um longo espaço de tempo que precedeu esse século se deu uma interrupção na sequência dos trabalhos dos homens de sciencia cujas atenções incidiam sobre outros campos, para os quais naquelas épocas eram atraídos os espiritos, que, de resto, se não occupavam muito com factos dum rial valor.

A preocupação predominante dos químicos consistia na pesquisa da pedra filosofal; a física experimental não existia; a philosophia não assentava sobre nenhuma base sólida e a iniciativa exercia-se no âmbito limitado duma rotina improdutiva.

Foi depois, com Descartes, que o método experimental entrou em evolução e desde esse momento tem sido a experiencia a fonte donde emanou a sciência de nossos dias nos ramos da física, da química e da mecânica.

Aparece-nos o sol como motor único, gerador directo ou indirecto de todo o movimento no decorrer do século XVII; estabelecem-se provas sobre a constituição da matéria, a existencia e maneira de ser do éter, e as relações entre o sol e a maté-

ria por seu intermédio, isto é, a origem do movimento e o lugar onde ele se passa.

A partir dessa época inúmeros foram os trabalhos feitos no estudo das energias solares e as experiencias de Huyghens, de Joung, de Fresnel, demonstram-nos que a luz solar não passa dum movimento do éter que viria sensibilisar a nossa retina para produzir a sensação visual, á semelhança das ondas vibratórias do ar que impressionam o nosso aparelho auditivo. E', pois, a luz um movimento vibratório das particulas dos corpos que se transmite pelas ondas vibratórias do éter e cuja velocidade está calculada em 300.000 quilómetros por segundo.

*

*

*

Foi, porém, nos fins do seculo XIX e começos do actual que verdadeiramente se compilaram os trabalhos que vinham sendo feitos desde o seculo XVI e então se obtiveram ensinamentos práticos que nos levaram ao conhecimento da fórma como as energias solares actuam sobre o organismo humano e á sua applicação na cura não só das várias tuberculoses cirúrgicas, mas, tambem, da tuberculose pulmonar crónica. Chegou-se a isso depois de prolongados trabalhos sobre a fisiologia comparada que esclareceu os estudos da fototobiologia dos animais; assim a acção da luz sobre as plantas veio esclarecer o problema da acção da luz sobre os animais. A variedade dos fenómenos mecâni-

cos, o fototropismo, as relações entre as radiações solares e o crescimento, a acção química da luz sobre as plantas, como a sua influencia sobre a clorofila, a teoria da assimilação do carbono, a clorovaporisação, a adaptação ao meio, etc., são pontos dum capital interesse cujo conhecimento contribuiu eficazmente para o desenvolvimento da sciencia médica.

E' conhecida a maneira pela qual o sol exerce hoje algumas das suas acções, embora não saibamos o *porquê* dessas acções. Não ignoramos do seu efeito sobre o organismo, das suas propriedades analgésicas, esclerogeneas, oxidantes, microbicidas, excitadoras do sistema nervoso, vaso dilatorias e tónicas, etc., e que a sua acção não se limita a um efeito superficial como julgava Finsen, professor dinamarquez e seus discípulos, que não supunham poder a luz química do sol penetrar além das primeiras camadas da pele.

Está averiguado que se introduz profundamente no corpo humano e, dos efeitos que dela resultam é que o medico lança mão como meio terapeutico, utilizando os banhos de sol. Faz-se hoje a sua applicação com segurança, visto que assenta em bases scientificas de valor. Conhecem-se as propriedades fisiologicas do sol como sejam a sua acção sobre os tecidos, sobre o sistema nervoso, a nutrição, o aparelho circulatório, a respiração, pigmentação da pele, etc. Não se ignora a sua acção sobre as bacterias e conhecem-se mesmo as suas propriedades patológicas e, finalmente, as suas propriedades terapeuticas.

*

*

*

Como é notorio, o banho de sol não é mais do que a exposição do organismo aos raios solares; pódem ser parciais ou totais conforme é todo ou só uma parte exposta.

E' necessario distinguir o banho de sol quente, do banho de sol frio. Diz-se banho quente quando a temperatura solar é superior à temperatura do corpo, e banho frio, quando se dá o contrario, isto é, quando o termómetro marca uma temperatura do corpo superior á temperatura solar.

No banho quente é o corpo que recebe a acção calorifica vinda do sol, ao passo que no frio representa êle o fóco calorífico irradiador do calor.

Ha a distinguir, ainda, no banho frio, três casos:

O 1.º—Aquêlê em que a temperatura interior do organismo é superior á solar, mas em que a temperatura tegumentar é inferior a esta, que fica intermediaria ás duas.

O 2.º—Dá-se quando, sendo a temperatura do meio interno superior à solar, esta é igual à temperatura externa da péle.

E o 3.º—O caso da temperatura interior e da temperatura exterior serem ambas superiores à dos raios solares que sobre o organismo incidem.

*

*

*

De qualquer das propriedades luminosa, calorífica e química dos raios solares tiramos benefícios para a cura solar, pois desde os raios ultraviolêtes aos infra-vermelhos do espectro nos utilizamos como meio terapeutico, estudando e applicando em cada caso os mais convenientes para colhermos o melhor resultado da intervenção destas forças da naturêsa que tantos e tão relevantes benefícios prestam à humanidade.

Sabendo nós que os raios vermelhos exercem sobre o sistêma nervoso uma acção excitante e que contrariamente, as azues, verdes e violêtes, uma acção sedativa, resulta dêsse conhecimento a applicação adequada a cada caso particular em que empregaremos ora uns, ora outros, utilizando os processos mais práticos para a sua applicação.

Alguns casos nos bastam para provarmos a acção dos diferentes raios do espectro sobre o sistema nervôso; temos, por exemplo, os relatados pelo Dr. Douza que por meio da luz corada tentou curar certos psicopatas.

Conta o afamado clinico que introduzindo n'um quarto forrado de vermelho, e de vidros igualmente vermelhos, um lipemaniaco que de ha muito andava cabisbaixo e de aspecto taciturno, comendo poucas vezes por sua livre vontade, algumas horas depois do seu encerramento

foi encontrá-lo sorridente, alegre e pedindo comida.

Um outro caso se deu também com um lipemaniaco que passava o dia com as mãos na boca com o fim de evitar a entrada do ar que tinha como envenenado. Foi encerrado também n'um quarto de luz vermelha e no dia seguinte notava-se-lhe excellente disposição, comendo com appetite. Passada uma semana foi dado como curado.

Um terceiro caso ainda do mesmo auctor refere-se a um maniaco excitado cujo estado exigia o emprêgo da camisa de forças. Foi metido num quarto de luz azul e era manifesta a calma que uma hora depois se lhe notava. O mesmo succedeu com um outro doente também excitado e que foi sujeito a uma iluminação violêta. Curou-se num dia, ficando a passar bem daí em diante.

Provas identicas obteve o Dr. Dor com respeito ao poder excitante da luz vermelha e ao poder sedativo da luz vêrde.

Chegou a provocar nos neurasténicos excitações que iam até á vertigem quando os obrigava a fixar uma superficie vermelha, o que não succedia com a côr verde que nenhuma alteração lhes produzia.

O Dr. Féré obteve também resultados semelhantes nos seus trabalhos e outro tanto aconteceu ao Dr. Raffegau no estabelecimento hydroterapico de Vésinet.

*

*

*

Da sua acção sobre a nutrição, diz-nos Bou-

chard: «Le système nerveux par ses extrémités périphériques puise dans les radiations solaires, les éléments de force qu'il transmet en suite aux organes suivant les besoins de la métamorphose organique» e, assim, as radiações solares actuam sobre as células animais, influyendo no seu trabalho indispensavel ao desenvolvimento e conservação do nosso organismo.

E' de prática corrente em algumas regiões utilizar-se o poder nutritivo de certas radiações solares, as violêtes, as mais nutritivas das que compõem a luz branca e as que maior acção exercem sobre a célula, sob o ponto de vista da nutrição, para apressar a engorda dos animais, iluminando os estábulos com luz violête.

Ronchi e Fubini afirmam serem as oxidações mais intensas sob a acção da luz, havendo um aumento, segundo Molescholt, que regula por cerca de 15 % de gaz carbonico.

*

*

*

Não se ignora o efeito que a luz exerce sobre o aparelho circulatório; a vida nos logares obscuros, mal iluminados, provoca quasi sempre perturbações mais ou menos graves no campo da circulação, sendo frequente a anemia pela alteração dos glóbulos vermelhos tanto no seu numero como na quantidade de hemoglobina que encerram. E' que a luz obscura contém abundantes raios infra-violêtes, cuja acção sobre o

pigmento sanguíneo, como sôbre a clorofila, se torna desfavoravel, pois que o destroe; além disso luta-se ainda com a agravante da falta das outras radiações que lhe anulavam os seus efeitos destruidôres e que viriam prestar uma contribuição benéfica pela sua propria acção.

Póde combater também as perturbações menstruais como o conseguiu Cason de la Carrière que regularisou aquella função em algumas mulheres que de hà muito padeciam, sem que empregasse qualquer outro meio terapeutico.

Um curioso facto se passa com os povos do norte, nos quais não se produz a menstruação enquanto dura a noite que entre êles é de seis mêses. A amenorrêa é, pois, provocada pela falta de luz.

O trabalho da ovulação e a hemorragia que a acompanha sofrem também e largamente, a influencia da luz solar.

*

*

*

Exerce, igualmente a luz, modificações sôbre o aparelho respiratorio elevando o número dos movimentos e aumentando a eliminação do anidrido carbonico, etc.

*

*

*

Pigmenta a pele e esta pigmentação confere-lhe uma imunidade contra as acções microbia-

nas, defende o organismo contra os excessos de luz e as variações da humidade como o verificou Solger.

O panno gravídico ou pigmentação que vem á face durante a gravidês em certas mulheres, tem sido tomado como meio de protecção e de resguardo contra as variadas doenças que costumam atacar as grávidas por ocasião desse estado.

Do mesmo modo à pigmentação do mamilo e à auréola se attribuiu o papel de defesa contra as infecções a que está sujeita a pessoa que amamenta e provocadas pela criança durante a amamentação.

Malgat diz-nos o seguinte a respeito da pigmentação:

«Fait remarquable, à proportion que la peau se pigment, chez les tuberculeux insolés, on constate que leurs forces augmentent e que leur état général s'améliore. La marche des tuberculeux vers la guérison est dans en rapport constant avec les progrès de la superpigmentation.»

*

*

*

Das perturbações orgânicas que a falta de luz produz, é testemunho interessante a narração dum cirurgião belga de volta duma expedição ao pólo sul, que nos relata o seguinte:

«L'obscurité de la nuit polaire, l'isolement, l'emploi des aliments de conserve, le froid continue avec tempêtes fréquentes et l'humidité pene-

trante finissait à nous réduire à ce que nous avons appelé l'anémie polaire. Nous étions devenus pâles avec une teinte verdâtre . . .

L'estomac et tous les organes étaient devenus paresseux et refusaient le travail. Les plus dangereux étaient les troubles cérébraux et cardiaques. Le cœur semblait avoir perdu son régulateur: il battait faiblement mais ses battements ne devinrent plus fréquents que lorsque d'autres symptômes dangereux eurent fait leur apparition. Durant tout la nuit polaire il fonctionnait d'une manière irrégulière et faible; on ne pouvait plus compter absolument sur lui.

Les symptômes psychiques étaient moins marqués. De façon générale cependant, les hommes ne pouvaient concentrer leur pensée et celle-ci était incapable d'un effort prolongé. L'un des malades arriva jusqu'aux confins de la folie, mais avec le retour du soleil il guérit.»

*

*

*

A insuficiência de luz é, pois, prejudicial e não só aos homens e animais como às próprias plantas; estas não podem viver numa obscuridade absoluta, onde se estiolam e, assim como no homem uma luz defeituosa provoca o desequilíbrio das suas funções orgânicas, e com o desequilíbrio todas as consequências funestas que dêle resultam, também a planta se resente na sua vitalidade. E os efeitos duma luz insuficiente estão na razão direta da sua insuficiência.

Necessitamos duma boa iluminação para podermos gosar uma boa saúde.

*

*

*

Reconhecidas as propriedades da luz e estudados os seus numerosísimos efeitos sobre o organismo, natural era que se tirassem vantagens práticas de todo o árduo trabalho que a taes resultados nos levaram; e essas vantagens encontramos nos banhos de sol a que já nos referimos quando falamos na sua aplicação como agente terapêutico que hoje está tão vulgarizado tanto na clinica hospitalar, de que ha estabelecimentos modelos com solários e outras instalações apropriadas, como na clinica particular.

E' com elles que o tratamento da tuberculose entrou numa nova fase e especialmente da tuberculose denominada cirúrgica, em que se encontra incluído o «Mal de Pott».

A sua administração tem de sêr cuidada, doseada como qualquer medicamento farmaceutico, visto que constitue uma verdadeira fórmula composta de elementos que gosam de propriedades diferentes. E' necessario também conhecer a sua técnica com rigôr, porque da sua má execução podem advir não só efeitos nulos, mas até prejudiciais para o doente e, assim, um mau banho constitue um mau medicamento.

Depois de passar em revista alguns dos processos de tratamento local do «Mal de Pott»,

referir-me-hei aos banhos solares que constituem um processo de tratamento local e geral pelo seu efeito sôbre a lesão e sôbre todo o organismo, expondo a sua técnica. Para isso o deixo propositadamente para o encerramento deste capítulo de terapeutica, complemento do meu trabalho.

*

*

*

Diz Mouchet que o fundo do tratamento local consiste no repouso em horisontalidade. Na verdade é êle duma enorme vantagem, pois por si só já trás grandes benefícios ao doente, mitigando-lhe as dôres, suprimindo a contratura muscular e eliminando a acção do pêso que se exercia sôbre as vértebras lesadas. E' isso de observação corrente e os proprios doentes o utilizam sem qualquer indicação que não sêja a que lhes provêm do seu melhor passadio quando o põem em prática. Deve, porêm, algumas vêzes sêr acompanhado de imobilisação e de extensão continua para que dos seus efeitos se consigam mais proficuos resultados.

No repouso horisontal podemos empregar as duas posições de decúbito, dorsal e ventral; uma e outra se opõem à produção da giba.

Para a posição de decúbito dorsal é costume empregar-se o leito de Lannelongue modificado por Menard, de improviso facil e de preço economico. Com êle conseguimos também a inobilisação. Um taboleiro retangular de madeira con-

tendo um colchão, e um colête de tecido forte com algumas corrêas, será o material suficiente. Esse taboleiro de comprimento superior ao do doente, deverá ter 50 centímetros de largura aproximadamente. Nêle se introduz o colchão que deverá sêr um pouco duro. Deitado o doente trataremos de o fixar a fim de evitar os movimentos: do colête de que está provido partem dois pares de corrêas em diagonal, um, das partes superiores junto aos braços, que se vai prender proximo aos angulos superiores do taboleiro; outro, das partes inferiores e que vai aos angulos inferiores. Desta fórma ficará com o tronco imobilizado. Torna-se conveniente às vêzes imobilisar-lhe também os membros inferiores e, para isso, empregaremos uma faixa larga de pano que, por meio de tiras, se irá fixar lateralmente dum e doutro lado do taboleiro.

Como acima dizemos, pôde-se também colocar o doente em decúbito ventral, posição esta que é vantajosa como preventivo da giba; difficil se torna, porém, sujeitar as crianças a ela. E' preciso notar, todavia, que o partido a tirar de qualquer d'estas posições de decúbito, empregadas sem mais nada, reside na sua utilização nas fórmas ligeiras do mal, especialmente nas fórmas lombares, ou no seu início.

Com respeito à imobilisação que temos como processo indispensavel a seguir, divergem as opiniões dos diferentes auctores na apreciação da sua utilidade.

Assim, ao passo que Bonnet, Delpech e Ferdinand Martin se manifestavam a favor da imobilidade absoluta; Boyer, Sanson, Nélaton e Bou-

vier aconselhavam a marcha e um exercício moderado.

Finalmente, havia quem tivesse uma opinião mixta, como Duplay, que dizia sêr êsse processo util nos dois primeiros períodos da doença, isto é, a partir do momento em que começa a inflamação ossea e articular das vértebras e quando do apagamento e destruição do tecido osseo, ou, desde o comêço da doença até à formação da giba e só mais tarde, depois desta constituida e das duas superficies do osso entrarem em contacto, permitia ao doente um exercício moderado, que tinha como vantajoso para activar a hematose, estimular a nutrição geral e com ela os phenomenos reparadores. Citava-se, mêsmo, como argumento desta prática, o facto de se verem freqüentemente creanças com gibas accentuadas que conseguiram restabelecer-se no seu estado geral e local, e, evolucionando para a cura à vontade, sem prescrição alguma. Desde que podiam mover-se, logo que as dôres os não estorvavam, ninguem os retinha no leito.

Pelo contrário, outros, submetidos à imobilisação, retidos dentro de casa nos seus leitos, definhavam cada vêz mais chegando até ao limite em que a resistência orgânica não podia já opôr-se à acção da infecção.

E' que não se atendia a maior parte das vêzes aos fatores cuja importancia é supérfluo enaltecer — a luz, o ar e as condições higiénicas da habitação em que os pobres soffredôres se achavam encerrados.

Não desconhecemos a fôrma como as classes

populares encaram as práticas higiênicas e lhe são rebeldes.

Sendo a tuberculose externa uma doença social para que as classes menos abastadas, as classes pobres, concorrem com pesados tributos, só a poderemos atribuir à falta de observação de preceitos higiênicos de tódia a ordem; e dessa falta resulta, necessariamente a miséria fisiológica.

Mencionamos a extensão contínua como um auxiliar a empregar, por vèzes, no tratamento do «Mal de Pott». E' restrito o seu uso devendo empregar-se apenas num limitado número de casos, naquêles em que se necessita vencer as contraturas musculares que o simples repouso não póde anular. Quando a lesão se produz nas regiões cervical ou dorsal superior em que mais freqüentemente é preciso actuar para vencer as contraturas que aí se produzem, torna-se então util o seu emprêgo.

Na região cervical servimo-nos duma tira passando por debaixo do queixo e doutra pela nuca que se reúnem um pouco acima da orêlha; Dêsse ponto de reunião vão prender-se a um travessão, uma alavanca interfixa de cujo ponto fixo parte um cordão que, passando por uma roldana prêsa na cabeceira da cama do doente a altura conveniente, sustenta pêsos que exercem a trácção. A contra extensão é feita pelo pêso do corpo que deve assentar num colchão duro, sem travesseiro e um pouco levantado para o lado da cabeça de modo a formar um plano inclinado.

Dentre os vários processos de imobilisação da coluna um existe ainda correntemente empregado e que utiliza os aparêlhos gessados que, diga-se de passagem, não são isentos de inconvenientes.

Tivemos ocasião de vêr alguns doentes durante o nosso curso, especialmente na consulta de ortopedia do Hospital da Misericórdia, a quem foram applicados.

O colête gessado de Sayre é um dos mais empregados; duma construção não difficil necessita, contudo, de cuidados especiais. Nem sempre os doentes o suportam bem, tornando-se necessário evitar quanto possivel as perturbações que da sua má confecção possam resultar.

Resumidamente são os seguintes os detalhes da técnica da sua construção:

Depois de lavado o corpo do doente com água e sabão, friccionado com alcool e polvilhado com talco, veste-se-lhe uma ou duas camisolas de maneira a ajustarem-se ao corpo para evitar espessamentos. No caso de existencia de costuras nas camisolas, torna-se conveniente vestir do avesso a que ficar em contacto directo com a superficie cutânea.

Feita a calda onde se deverão embeber as tiras de gase a utilizar, constituida por 5 partes de gesso e 3 de agua, e colocado o doente na posição mais conveniente, ou deitado em decúbito ventral sobre dois travesseiros que permitam a lordose da columna, ou suspenso por um auxiliar ou aparelho especial de suspensão, procede-se propriamente à applicação e modelagem do colête, envolvendo então o torax (quando applicado sómente ao torax) pelas faxas que sucessivamente se vão desenrolando. Nesta adaptação utilisam-se alguns artificios tendentes a evitar espessamentos que seriam prejudiciaes, produzidos pela sobreposição das tiras.

Antes que o aparêlho seque, trata-se de o modelar ajustando-o aos relêvos e depressões do corpo por meio de pressões exercidas pelo bordo cubital das mãos ou radial dos polegares que por todo êle vão deslizando. Quando pelo aquecimento, pelo endurecimento e som especial, se reconhece estar bem sêco, procederemos ao aperfeiçoamento dos rebordos, à formação de aberturas julgadas convenientes, como sejam as da parte anterior do torax e as do abdômen (quando desce até baixo) e, no caso de giba, ao seu nível. As do torax e abdômen apresentam a vantagem de consentir a expansão livre destas duas regiões; por outro lado evitam que uma tão grande porção do corpo do doente fique subtraída à acção do ar e lhe sêja dificultada a tão necessaria eliminação dos produtos que para isso se servem da via cutânea. A da giba já tem outro fim. Costuma revestir a fôrma quadrada ou retangular, conforme aquella é mais ou menos extensa, e serve para se exercer por seu intermédio uma compressão lenta mas contínua sôbre a parte proeminente, a fim de a reduzirmos. Para isso utilisamos pedaços de gase que recortamos com dimensões um pouco superiores à da abertura constituindo a janela e, submetendo-os aos seus rebordos a fechamos, ao mesmo tempo que vamos com êles exercer uma certa pressão. Esta irá aumentando à medida que se julgar necessario, por meio de novos quadrados que de vêz enquando se sobreporão àquêles.

Com um bisturi ou qualquer outro instrumento cortante colocado perpendicularmente, cortaremos camada por camada até se atingir as

camisolas, mas tendo o maximo cuidado quando da sua aproximação em não ferir o doente; e assim se conseguirá praticar as aberturas. São de muita vantagem as grandes janelas, ventral e torácica, como fica dito; contudo deve-se notar que deixará a vantagem de subsistir, anulando-se ou transformando-se até, em desvantagem para o doente, em alguns casos. Desde que este se conserve deitado, como as melhores práticas indicam, tudo irá bem; porém, já assim não succede se andar a pé. Neste caso, achando-se a localização da lesão na região dorsal, a projecção do abdómen consentida pela abertura iria lordosar mais ainda a coluna na região lombar e, portanto, facilitar a produção da giba ou o seu desenvolvimento.

Com as localizações da lesão variará o modelo do aparelho a empregar havendo, ainda, para algumas delas modelos diferentes. Se a localização fôr nas regiões dorsal superior ou média, é necessario o colete com gola alta; nas regiões cervico-dorsal ou cervical, o colête com uma parte que abranja a base do crâneo, com minerva de que existem variedades como os de Drutel e Blanc (de Lyão), de Charrière, etc., na região lombar uma simples cinta que se apoia sobre a bacia bastará. Deve-se de quando em quando fazer a substituição do aparelho, pelo menos quatro ou cinco meses depois da sua applicação. Mouchet, declara que é conveniente fazê-la e, sobretudo, sobrevivendo qualquer complicação que impeça o seu tão prolongado uso.

Será definitivamente tirado quando se reconhecer que o estado do doente o permite ou quando mais nada houver a esperar da sua acção.

Os aparêlhos gessados não são isentos de inconvenientes, afirmamos nós; e de facto assim é. Se bem que lhes reconheçâmos que possuem vantagens, e sem duvida, de importancia, muitas vêzes, porém, servem para agravo à miseria orgânica do doente, privando-o de certos elementos com que muito teria a lucrar e trazendo-lhe, por isso, perturbações graves pondo-lhe a vida em risco. A frase de Poncet denominando-os *voiles de misère*, está plenamente justificada.

Quantas vêzes não são êles os culpados de perturbações orgânicas cuja reparação se torna difficil de fazer e por vezes impossivel?

Tiram a pele ao contacto do ar e da luz, tornam-na escamosa, sêca, produzindo o seu espessamento, provocam atrofias musculares, adelgacam os ossos que se desmineralisam, tornam-se frageis e ficam sujeitos a fraturas expontâneas, provocam edemas, etc. N'este estado muitas vezes encontramos as partes do côrpo que por êles são recobertas.

*

*

*

Na nossa exposição fizemos já algumas referencias ao tratamento da giba falando dos colêtes gessados. E' por meio deles que se obtem um dos processos de redução, comprimindo-a lenta e suavemente; hoje o emprego da intervenção cruenta que teve partidários como o americano Hadra, Chipault, Calot, Langue, Whilman, etc., pôde considerar-se posto de lado. Hadra e Chi-

pault, utilisavam um processo que consistia na união das apófises espinhosas umas ás outras por meio de fios de prata, depois de terem reduzido lentamente a giba e quando já não existia anquiloze. Não produziu, porém, resultado; os fios davam causa a osteites rarefacientes nos contactos, as ligaduras distendiam-se, a giba reproduzia-se e agora com os inconvenientes da intervenção. Langue não foi mais feliz, pois chegou quasi aos mesmos resultados. Este empregava para conservar a coluna em bôa posição, talas metálicas que fixava em cima e em baixo, colocando-as ao longo das apófises espinhosas.

O processo de Whitman tambem se baseava em fixar a coluna por meio de talas, mas com a diferença destas serem ósseas. Dispunha dum e doutro lado porções de osso arrancadas á tibia e cobertas de pèriósseo.

O mesmo fez Albée em 911 e tambem não foi mais feliz nos seus resultados, bem como o Dr. L. Ombredanne que ia buscar a porção óssea ao bordo espinal do omoplata.

Gibbs tinha um outro processo dautoplastia cujos resultados divulgou em cerca de 50 observações. Este serrava incompletamente as apófises espinhosas na sua base, fazendo sobrepôr cada uma de cima á parte serrada da inferior. A's laminas vertebraes cortava tambem uns pedaços que ficavam adherentes pela base e egualmente as sobrepunha aos espaços subjacentes.

Os progressos de tal processo também não foram longe.

*

*

*

Alguns abcessos póticos podem sofrer espontaneamente a sua absorção. Tivemos ocasião de presenciar alguns casos, um deles numa doente de 20 anos que conseguiu libertar-se do seu abcesso, reconhecível junto à crista ilíaca esquerda.

Quanto ao seu tratamento, não devemos abri-los e devemos evitar que êles se abram por si; é este o preceito fundamental a seguir.

Se, porém, pela localização ou pelo seu tamanho trazer graves perturbações ao funcionamento dos órgãos visinhos, torna-se necessária a nossa intervenção. Assim sucede por vêzes nos abcessos de localização cervical e nos retro-faríngeos, por exemplo, em que o doente corre o risco da asfixia.

Abrir um abcesso, é facilitar a infecção do organismo que lhe faculta uma excelente porta de entrada para um terreno reunindo todas as condições para que a infecção referida progrida com facilidade.

E' verdade que se faz asepticamente e o risco de infecção pelo acto operatório desaparece, mas o que nem sempre desaparece é o da infecção provocada pelo próprio doente, pela enfermagem, etc., e por isso impõe-se a maxima reserva, atendendo ao estado de fraca resistencia em que a maior parte das vêzes se encontra o organismo do doente.

Apesar das contingências a que o expõem, vários autôres como Volkman, Schede, Sayre e Gross preconizam a operação e alguns pretendem que se faça precocemente e, até, que se avance ao ponto de origem da supuração.

Será ir muito longe. Sejamos menos arrojados e limitemo-nos ao processo das punções, seguidas de injeções modificadoras que alguns resultados têm produzido.

Utilisemo-nos para isso do *trocant* do aparelho de Potain, por exemplo, para a extração do pús e introdução do produto modificador. Faz-se a punção obliquamente num ponto afastado do abcesso para evitar a formação de fistulas e deixa-se sair o pús pela propria pressão a que está submetido, sem aspiração.

Ter-se-há o cuidado prévio de fazer uma rigorosa desinfecção no local de aplicação do *trocant*, convindo provocar também a insensibilidade por meio do clorêto de étio para não martirisar o doente a quem devemos poupar todo o sofrimento.

São diversas as fórmulas empregadas para a injeção modificadora. Verneuil usava a de eter iodoformado a 5 %; Lannelongue a de azeite iodormado (azeite esterilizado, 90 gramas; éter, 40; iodoformio, 10; e creosota, 2) também aconselhada por Fergue, mas em percentagens um pouco diferentes (azeite esterilizado, 70 gramas; éter, 30; iodoformio, 10; e creosota, 6). Ha quem faça uso igualmente da glicerina iodoformada a 10 %. Menard utiliza o timol cânforado (uma parte de timol para duas de cânfora) que produz sobre a parêde do abcesso uma acção irritativa e

emulsiona o seu conteúdo; e Tribes, o azeite gomenolado a 20 %.

Os abcessos fistulados tratam-se pela injeção da pasta bismutada de Beck, constituída por subnitrito de bismuto e vaselina que se emprega a $\frac{1}{3}$ (33 de subnitrito para 67 de vaselina), a $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{5}$ e $\frac{1}{10}$, conforme as dimensões menores ou maiores dos trajetos; estas variantes de percentagem teem por fim evitar os accidentes tóxicos. Além dêstes, um outro inconveniente desta pasta consiste nas infeções. O número de injeções modificadoras a empregar é variavel e o seu uso deve sêr espacado dez dias pelo menos.

*

*

*

Teem sido experimentados varios tratamentos para os accidentes paraplégicos que acompanham o «Mal de Pott» e desde a correção brusca da giba tão sujeita a perigos graves, até à intervenção sangrenta de que se tem feito recurso, parece ainda o mais conveniente o que diz respeito ao tratamento ortopédico acompanhado da hélioterapia que igualmente incide sôbre a giba e perturbações paraplégicas.

As intervenções cirúrgicas como hoje se praticam, devem utilizar-se apenas em ocasiões excepcionais.

Teem sido preconisados dois processos—o da *laminectomia*, por Israel, Mac Ewen e Trendelenburg e o da *costo-transversectomia*, principalmente por Menard.

Segundo afirma Chipault, o primeiro causa cerca de 30 % de casos fatais e consiste em extrair juntamente com as lâminas respétivas, duas ou tres apófises espinhosas das vértebras no local da lesão.

O segundo processo, pelo que nos diz o próprio Menard que relata não ter tido um único caso fatal e apenas dois malogros em 23 operações, parece já mais favorável, mas não isento ainda de graves riscos.

O processo de Menard foi seguido por varios cirurgiões como Wassilief (d'Odessa) Gooldmann, Neumann, etc.

Em conclusão diremos que o verdadeiro tratamento das paraplegias como, de resto, de qualquer outra manifestação do «Mal de Pott» é o que se pratica logo desde o início, obstando assim á sua progressão e facilitando a regeneração orgânica. E' o tratamento propriamente do «Mal» que, feito a tempo e horas, evitaria a aparição de tantos accidentes por vezes irreparáveis.

*

*

*

Voltemos à helioterápia, ao capítulo mais importante da therapeutica das tuberculosas cirúrgicas para expôrmos, como nos propozemos, alguns detalhes respeitantes à sua applicação, à técnica dos banhos de sol, dêsse elemento revigorizador dos meios naturais de defesa do organismo.

Necessitamos habituar os nossos doentes à

acção dos raios solares, mas duma maneira lenta e moderada. E' preciso acostuma-los ao ar e à luz que também poderiam causar-lhes perturbações, se não houvesse método na sua aplicação; por isso devemos têr tódo o cuidado em não lhes consentir que abruptamente, sem a adaptação indispensavel, sejam submetidos à acção enérgica dos raios solares.

Nêste tratamento económico que dispensa instalações de vulto, podendo sêr feito mesmo em casa, seremos orientados sempre pelo estado dos doentes e sem deixarmos nunca de seguir as modificações de pigmentação da pele, que constituirá como que um barómetro registrador dos efeitos benéficos que eles irão sentindo.

Nas tuberculoses cirúrgicas a cura solar deve fazer-se sôbre tódo o corpo em completo estado de nudez, conservando-se apenas a cabeça à sombra. Sendo o mal geral, visto que podemos tomar a tuberculose local como manifestação local duma tuberculose generalisada, tornar-se-ia de muito restritas vantagens, senão inutil, um tratamento incidindo sómente sôbre o ponto onde a osteíte se produziu.

Eis, duma fôrma resumida, a técnica a empregar:

Colocado o doente sôbre um canapé ou sôbre um colchão, num local abrigado do vento e bem assoalhado, faremos incidir os raios solares sôbre os pés; essa insolação que no primeiro dia será apenas de 5 minutos, torna-se conveniente que sêja praticada mais duas vêzes com intervalos de meia hora.

No segundo dia exporemos as pernas durante

5 minutos e os pés durante 10. No terceiro já as côxas serão expostas durante 5 minutos, as pernas durante 10 e os pés durante 15. No quarto insolaremos também o abdomen durante 5 minutos, as côxas durante 10, as pernas durante 15 e os pés durante 20. No quinto dia, o torax durante 5 minutos, o abdomen durante 10, as côxas durante 15, as pernas durante 20 e os pés durante 25.

E, assim, iremos aumentando de cinco minutos por dia a insolação de cada segmento do corpo durante quinze dias; depois, a partir do sexto dia poderá ir até seis horas se o doente suportar bem o banho e não arrefecer.

As primeiras sessões de cura deverão sêr praticadas com as vidraças corridas, de modo ao sol não exercer logo acção de comêço sôbre o corpo sem atravessar os vidros. Assim, enfraquecemos um pouco a energia solar, o que é conveniente para adaptarmos os doentes a um método tão salutar.

A temperatura ao sol deverá sêr moderada, pois de contrario seria contraproducente a sua acção, que acarretaria perturbações.

Prognóstico

Na generalidade podemos considerar hoje o «Mal de Pott» com um prognóstico favorável, pelo que diz respeito, não só à sua evolução como também aos resultados finais.

As aplicações das forças da natureza no seu tratamento, vieram beneficiar em grande escala os doentes, diminuindo sensivelmente a sua mortalidade e deixando um menor número de estigmas reveladores da passagem pelos seus organismos.

A sua evolução outrora tão lenta, arrastando-se por longo tempo, é hoje menos demorada e faz-se sem se submeter o doente a práticas tão custosas como então e a que por vezes lhe era impossível resistir. A hélioterapêutica é por eles aceite com agrado pelos benefícios que logo colhem dela e dia a dia e vão acentuando: aliviam-se-lhes as suas dores, abre-se-lhes o apetite, experimentam o aumento das suas forças pelo revigoração do organismo, vindo-lhes também a boa disposição e alegria, voltam, numa palavra, à vida.

E' preciso não esquecer, porém, que a oportunidade da intervenção, o estado geral do doen-

te, as complicações que acaso surjam, são factores importantes a influir no resultado final.

*

*

*

E para terminar este nosso despretencioso trabalho apresentaremos alguns casos por nós mais de perto observados e a que ligamos mais especial atenção, não deixando aqui de frisar as vantagens que colheram com o tratamento instituido e em que a helioterápia figura num logar de destaque.

OBSERVAÇÕES

I

M. J. S., viuva, costureira, de 28 anos, entrou para a enfermaria 7, sala do Senhor Jesus, em 5 de fevereiro de 1916.

Estado atual:

Dôres na coluna, que lhe vão até à cabeça, constituídas por uma simples moedeira contínua, estando deitada, mas avivando-se-lhes com os movimentos a ponto de gritar.

Dôres, formigueiros e picadas na parte externa dos membros inferiores.

Dôres no peito e nas costas.

Dispnea, cançando-se ao mais pequeno esforço.

Pouco apetite.

Apresenta também dôres à pressão nas regiões dorsal e lombar, assim como nas regiões lombo-iliacas direita e esquerda; é, contudo, mais dolorosa a direita, onde apresenta uma tumefação com flutuação, constituindo abcesso, e na região lombar.

Uma pequena pressão na parte anterior do torax provoca-lhe dispnea.

Na região externa dos membros inferiores apresenta diminuição de sensibilidade ao tacto, á pressão e á dôr. Nesta região está também enfraquecido o sentido do logar, demorando as respostas e hesitando quando se exerce pouca pressão; as zonas em que estas alterações se manifestam estendem-se até á cintura.

A sua posição no leito é semi-deitada ou deitada; quando deitada, sempre com a cabeça alta, sôbre o lado direito e com as pernas meio fletidas.

Faz com custo o movimento de se sentar na cama, movimento que lhe provoca dores vivas e, depois de sentada, necessita apoiar-se para não cair.

Tem o pé direito mais em extensão do que o esquerdo, não o assentando completamente quando na posição vertical.

Consegue andar alguma coisa, mas com marcha lenta; se tenta acelera-la, prendem-se-lhe os movimentos, especialmente os da perna direita, desequilibrando-se.

A marcha lateral é também muito lenta e difícil.

Na execução do movimento de flexão, para apanhar um objecto, fa-lo com dificuldade, tendo para isso de se apoiar na côxa e pratica-o á custa das articulações da anca e joelho.

Os movimentos activos dos membros inferiores são limitados, o mesmo se dando com os passivos que, sendo tentados, lhe provocam dores.

O seu estado de magrêsa não é grande e não apresenta atrofias musculares nem perturbações vesicaes ou retaes.

Apresenta gânglios inguinaes e retrocervicaes.

Tem suores, principalmente à noite, mas não muito abundantes.

Não tem giba.

O torax não está deformado e o seu exame dá-nos:

do lado direito, anteriormente: submacissês junto ao vértice; broncofonia, vibrações aumentadas, expiração soprada na mesma região; a respiração diminue à medida que nos aproximamos das bases;

do lado esquerdo: respiração aumentada para o vértice, diminuindo para a base;

atrás: lado direito, respiração diminuida e vibrações aumentadas; do lado esquerdo, respiração diminuida.

Faz pequenas temperaturas.

Pulso fraco e pequeno = 72.

Reflexo rotuliano exagerado.

Ausência de reflexo plantar.

História da doença:

Principiou a sentir dores, ha 4 anos, na coluna, especialmente na região lombar, tendo tido nessa ocasião arrepios e calôres; tornaram-se mais fortes ha 2 anos, depois dum parto.

Foi-se sentindo enfraquecer, não podendo trabalhar e tendo cada vez mais dores, que lhe impediam os movimentos, até que deu entrada no hospital.

Antecedentes pessoais:

Teve um filho ha 2 anos, que apenas viveu 1 hora.

Constipa-se facilmente, sentindo falta de ar, com opressão, principalmente do lado esquerdo, onde lhe costuma aparecer uma pontada.

Teve ha 6 anos uma pneumonia.

Duas vezes o sarampo.

No maléolo externo da perna direita apresenta a cicatriz dum foco supurativo que curou só ao fim de 1 ano e no indicador da mão esquerda teve um panarício.

Antecedentes hereditários:

Mãe: de 46 anos, padece dos intestinos e do peito; duas pneumonias, costuma sentir pontadas, expectoração sanguinolenta.

Pae: falecido aos 39 anos; padecia de bronquite asmática, tinha também expectoração sanguinolenta.

O marido morreu tuberculoso. De 16 irmãos tem três vivos, dois dos quais sofrem de bronquite. Dos outros sabe que um morreu aos 16 annos, tendo tido uma pontada e que deitava sangue pela bôca e o outro sofria de bronquite.

Terapêutica:

Durante a sua estadia no hospital teve a seguinte medicação:

Algumas séries de 10 injeções de cocodilato de sódio.

Glicero fosfato de cal.

Fez uso, algumas vezes do hidro-soluto de dionina, da poção de estricnina, de gotas amargas, da antipirina e foram-lhe feitas algumas injeções modificadoras de Calot, com extracção prévia do pus do abcesso.

Saiu um pouco melhorada.

Em casa seguiu a helioterapia e passado pouco tempo pôde, sem grande dificuldade, vir ao hospital, para o que teve de fazer um certo tracto a pé. Encontra-se hoje em boa evolução.

II

J. P. B., de 13 anos, solteiro. trôlha; deu entrada a 11 de dezembro de 1917, na enfermaria 7, sala N. S. da Conceição.

Estado atual:

Anemia e emaciação geral.

Dôres de cabeça.

Pequenas temperaturas.

Diurese reduzida.

Urinas sem albumina.

Ventre timpanizado.

Macissês hepática subida á direita e estendendo-se á esquerda também um pouco mais que o normal.

Apresenta do lado esquerdo da coluna vertebral, na região dorsal, uma tumefação com flutuação.

Giba na região dorsal, constituida principalmente pelas 13.^a, 14.^a e 15.^a vértebras dorsaes.

O esterno e a coluna vertebral encontram-se desviados da sua posição normal, apresentando o esterno, visto de perfil, a forma de um S.

O doente não toma no leito a posição de decúbito dorsal completo, que lhe provoca fortes dôres.

Na marcha apoia as mãos sobre os joelhos.

Cabeça imovel para a flexão e rotação, em virtude da contração dos músculos da nuca.

O movimento de flexão para apanhar um objecto faz-se á custa das articulações da anca e joelhos.

A auscultação do torax dá-nos: a diante e á direita: respiração rude, expiração prolongada e inspiração intercisa; no vértice á esquerda: expiração prolongada e rude e inspiração intercisa; atraz e á direita: sarridos crepitantes na parte média do pulmão, mas só nas inspirações fundas e atritos pleurais na metade inferior da pleura; á esquerda: atritos pleurais na parte média da pleura.

Não tem tosse nem expectoração.

A parede torácica vibra fortemente devido ao choque da ponta do coração que é comprimido pela coluna, cuja giba é dorsal.

Os ruídos cardíacos estão aumentados.

O pulso é taquicárdico, hipotenso e regular.

A sensibilidade à dor, calor, tacto e todos os reflexos estão normais.

História da doença:

Há cerca de 4 meses o doente principiou a sentir dores na região dorsal que se irradiavam para a frente. Essas dores foram-se tornando cada vez mais fortes e à medida que aumentavam «sentia-se dobrar para diante», tendo de se apoiar com as mãos nos joelhos para poder andar.

Assim passou um mês até que teve de ir à cama e então apareceu-lhe febre, dispnêa, suores abundantes, especialmente durante a noite, tosse, a princípio seca e depois com expectoração abundante e não tinha apetite.

Quando foi hospitalizado apenas conservava ainda um pouco de febre, tendo desaparecido a outra sintomatologia.

Antecedentes pessoais:

Nunca esteve doente até à data do aparecimento das dores na coluna.

Antecedentes hereditários:

Pae: falecido aos 56 anos com uma apoplexia, sofria de bronquite asmática.

Mãe: viva, sendo saudavel.

Irmãos: Tem 12 todos saudáveis; morreram-lhe já dois não sabe de que doença.

Terapeutica:

Durante o seu internato no hospital, quasi um mês, fez uso do xarope iodo-tânico e de lactofosfato de calcio, assim como do glicero-fosfato de calcio.

Em casa tem feito uso da helioterapia, com a qual tem sentido melhoras.

III

C. M., 10 anos, appareceu pela primeira vêz à consulta de Ortopedia do Hospital de Santo António, em 25 de dezembro de 1914.

Estado actual:

Apresenta uma saliência angular da coluna na região dorso-lombar constituida pela 12.^a dorsal, 1.^a e 2.^a lombares e dolorosa à pressão.

Os reflexos rotulianos estão diminuidos.

Não pôde estar de pé.

Perna esquerda em flexão.

História da doença:

Ha 3 anos, depois de ter estado doente com o sarampo, principiou a queixar-se da região dorso-lombar. As dôres foram-se acentuando a ponto de nestes ultimos onze meses se não poder abaixar para apanhar um objeto.

Foi em meados do mês de junho que a saliência angular da região dorso-lombar lhe appareceu.

Nessa mesma ocasião tornou-se-lhe dolorosa também a perna esquerda, sentindo já então dificuldade em manter-se de pé.

Therapeutica:

Até esta data já esteve á beira mar fazendo o tratamento pelo repouso e helioterapia acompanhado pelo uso do xarope iodo-tanico.

27—XII—914.—Foi-lhe feita a applicação do aparelho gessado de tipo médio, com larga janela anterior, janela dorsal e compressão da giba por quadrados de algodão.

Principiou desde esta data a tomar o óleo de fígado de bacalhau.

25—III—915.—Tornou-se necessario tirar-se-lhe o aparelho, em virtude duma escoriação produzida sobre a vértebra mais saliente, onde lhe foi applicada a pomada de óxido de zinco.

Medicou-se nesta altura com a poção de nóz vómica.

5 — XI — 915. — A doente está curada da sua incurvação dorso-lombar, comendo também já com apetite.

25 — V — 916. — Posto que esteja com bom aspecto, tem anorexia, havendo dias em que só toma leite.

As vértebras lesadas ainda são dolorosas à pressão.

Apresenta um leve esbôço de trepidação epileptoide.

28 — VI — 916. — Tem melhorado muito do seu estado local.

Observa-se ainda uma ligeira trepidação epileptoide do membro, mas já se eleva a certa altura sem auxílio dos braços.

Vae nesta ocasião fazer uma estação de alguns meses na aldeia, onde seguirá também a helioterapia.

10 — XI — 916. — Os reflexos rotulianos aumentaram e persiste ainda uma ligeira dôr à pressão na apófise transversa da 12.^a vértebra dorsal.

22 — I — 917. — Posto que com certa dificuldade, a doente já marcha de pé. Actualmente nota-se-lhe uma inflexão escoliôtica da coluna dorsal de concavidade direita, bastante exagerada.

IV

A. C. F., doente de clinica particular, observada pela primeira vez no dia 20 de fevereiro de 1916 — 7 anos de idade, sexo feminino.

Estado atual:

Apresenta esta doente um pouco de proeminencia das 2.^a e 3.^a vértebras lombares.

A pressão nesta região é dolorosa.

A posição de pé fatiga-a bastante, pelo que ela prefere estar deitada.

Caminha com dificuldade.

O seu aspecto é de criança fraca e apresenta-se um tanto emaciada.

Respiração debil.

Tem pouco apetite.

Reflexos rotulianos exagerados.

História da doença:

Ha cerca de 2 anos e meio principiou ela a sentir dolorosa a região dorsal, mas não localizando bem o sitio da dôr. Já anteriormente se fatigava facilmente deixando de brincar.

A familia fez-lhe então algumas fricções, chegando mesmo a empregar a tintura de iodo e o que é certo é que a criança se sentia aliviada.

Nesta situação ela esteve algum tempo e por fim foi-se acentuando cada vez mais a dificuldade da marcha, as dôres aumentando e com elas principiou de aparecer uma pequena saliência da coluna na região dorsal.

Antecedentes pessoais:

Teve a coqueluche aos 4 anos e o sarampo aos 6 e tem sido sempre fraca. Enquanto de peito, teve nma amamentação muito irregular, que por vezes lhe foi substituida por alimentação mixta.

Foi amamentada, durante ano e meio, por três amas, uma das quais, a segunda, amamentava ao mesmo tempo o seu filho.

Antecedentes hereditários:

Pai saudavel.

A mãe sofre dos intestinos.

Tem dois irmãos, um dos quais é bastante fraco também.

Teve uma tia que morreu aos 24 anos tuberculosa.

23—II—916.—Foi-lhe feita a applicação dum colête de gêsso com janela para compressão da giba e medicada com óleo de figado de bacalhau.

Repouso em decúbito dorsal.

20—III—916.—A criança suporta bem o colête.

Principiou a fazer uso do xarope iodo-tanico.

3—V—916.—Nóz vômica; tem falta de appetite.

Aumentou-se-lhe a compressão.

6—VI—916.—Tem bom aspêto e appetite.

14—VII—916.—Foi-lhe tirado o colête. A giba encontra-se muito reduzida.

Vai fazer helioterapia marítima.

7—X—916.—Sente-se bem.

Encontra-se na aldeia onde continúa com a helioterapia.

2—1—917.—Continua bem, notando-se ainda vestígios da giba, mas menos dolorosa.

5—v—917.—A criança tem engordado.

7—x—917.—A giba tem desaparecido e não sente senão leves vestígios de dores à pressão.

2—1—918.—Encontra-se curada, mal se notando a giba sem os vestuários.

Come com apetite.

O seu aspéto é bom, adquirindo côres sãdrias.