

ALGUMAS PALAVRAS

SOBRE

MAL DE POTT

7919 EHC

812

Dupl.

MANOEL FERREIRA MACHADO JUNIOR

ALGUMAS PALAVRAS

SOBRE

MAL DE POTT

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

PAPELARIA E TYPOGRAPHIA MORGADO

27, Passeio da Graça, 31

—  
1895

7919 EMC

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

DR. WENCESLAU DE LIMA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

## CORPO DOCENTE

### Professores proprietarios

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia descriptiva geral . . . . .                                 | João Pereira Dias Lebre.            |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira—Physiologia . . . . .  | Antonio Placido da Costa.           |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .         | Illydio Ayres Pereira do Valle.     |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia externa e therapeuticamente externa . . . . .             | Antonio Joaquim de Moraes Caldas    |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina operatoria . . . . .  | Pedro Augusto Dias.                 |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos . . . . . | Dr. Agostinho Antonio do Souto.     |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia interna e therapeuticamente interna . . . . .             | Antonio d'Oliveira Monteiro.        |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica medica . . . . .   | Antonio d'Azevedo Maia.             |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica cirurgica . . . . .  | Eduardo Pereira Pimenta.            |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia pathologica . . . . .                                      | Augusto Henrique d'Almeida Brandão. |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia . . . . .   | Ricardo d'Almeida Jorge.            |
| 12. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica . . . . .            | Maximiano A. d'Oliveira Lemos.      |
| Pharmacia . . . . .  | Nuno Dias Salgueiro.                |

### Professores jubilados

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| Secção medica . . . . .    | { Dr. José Carlos Lopes.   |
|                            | { José d'Andrade Gramacho. |
| Secção cirurgica . . . . . | Visconde de Oliveira.      |

### Professores substitutos

- |                            |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | { João Lopes da Silva Martins Junior. |
|                            | { Vaga.                               |
| Secção cirurgica . . . . . | { Candido Augusto Correia de Pinho.   |
|                            | { Roberto Belarmino do Rosario Frias. |

### Demonstrador de Anatomia

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

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

(Regulamento da Escola de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)

*A meus paes*

A meu irmão

e

a minha cunhada

# À MEMORIA

DOS MEUS

AMIGOS E ANTIGOS CONDISCIPULOS

*José Augusto de Campos Brito*

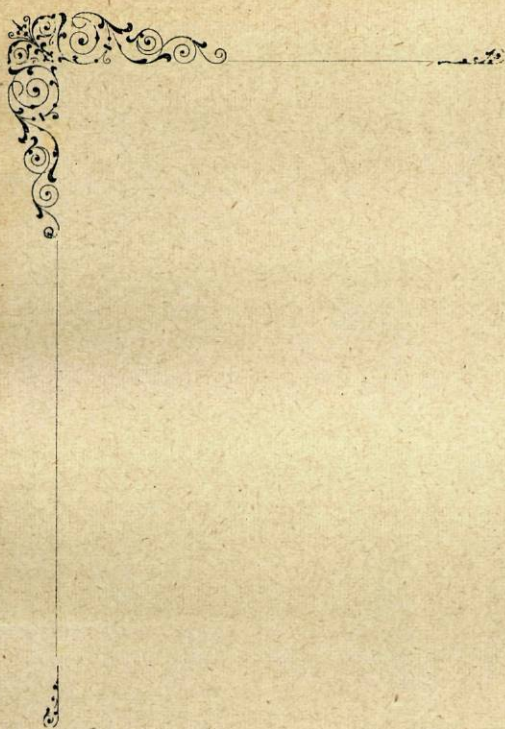
o

*José Montinho Mendes de Vasconcellos*

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

o Ex.<sup>mo</sup> Sr.

Dr. Candido Augusto Correia de Pinho



O Regulamento da Escola Medico-Cirurgica do Porto diz no art. 154.º: « Servirá de objecto do Acto grande uma Dissertação sobre qualquer materia de cirurgia, escolhida pelo candidato, e seis proposições medicas ou cirurgicas igualmente da sua escolha ».

É, pois, em cumprimento da lei que eu me vejo forçado a apresentar este modesto trabalho, que por certo se resente da carencia de recursos intellectuaes e cabedaes scientificos do seu auctor.

O primeiro embarço que encontra quem chega ao fim do curso medico é a escolha do assumpto para a dissertação inaugural.

A escolha que fizemos do **Mal de Pott** foi-nos suggerida por alguns casos que observamos d'esta doença durante o nosso tirocinio hospitalar, tanto na enfermaria de clinica medica, como na enfermaria a cargo do ex.<sup>mo</sup>

snr. dr. Nogueira, onde tivemos occasião de assistir á abertura e curetagem d'alguns abscessos por congestão. Se não apresentamos algumas observações, é porque a falta de tempo nos não permite colligir apontamentos que temos dispersos.

Para mostrar a importancia do estudo do **Mal de Pott**, basta dizer que esta doença occupa o segundo lugar, em frequencia, nas tuberculoses cirurgicas, attender á complicada symptomatologia e á difficuldade do diagnostico no periodo inicial, quando um tratamento bem dirigido póde prestar altos serviços.

Pena é que tal assumpto seja tratado por quem tem tão pouca competencia; sirvam-nos, porém, de desculpa as palavras de Bruyère: «celui qui va remplir un devoir dont-il ne peut s'exempter, est digne d'excuse, dans les fautes qui pourra commettre».

## HISTORIA

---

A sciencia antiga conhecia a coincidência de certos symptomas com as lesões do rachis; a gibbosidade, a paralytia, os abscessos por congestão, que são os symptomas capitaes d'esta affecção, não podiam com effeito passar despercebidos. Assim se lê em Hippocrates (*Traité des Articles*, traducção de Mery, tomo II, pag. 221): « Les gibbosités sont souvent suivies d'affections des reins, de la vessie, de dépôts lents et difficiles à tarir, qui percent dans les aines et les lombes sans résolution quelconque ». Falla da pequena estatura dos portadores de gibbosidades, das poucas probabilidades que teem de attingir uma idade avançada e da gravidade do prognostico.

As mesmas noções, mais ou menos obscurecidas pelas diversas doutrinas medicas, se encontram em todos os livros antigos desde Galeno até Guy de Chauliac e A. Paré. Todos os tratadistas faziam a descripção da gibbosidade de causa interna, mas pouco accrescentavam ao que tinha dito Hippocrates.

No seculo XVII, Severin descreve detalhadamente os tuberculos das vertebrae e insiste sobre a gravidade da doenca. Em 1671 Wedel publica uma observação de gibbosidade vertebral acompanhada de paralyasia dos dois membros inferiores, que explica por compressão dos nervos.

Não obstante as repetidas descrições do *mal vertebral* que se encontram nos auctores antigos, vê-se que elles conheciam sómente a coincidência dos symptomas com as lesões do rachis, mas não a relação da causa com o effeito; podemos mesmo dizer que, para certos symptomas, o effeito foi tomado pela causa.

Foi Ledran (*Obs. de Chirurg.*, tomo II, pag. 101, 1731) que estabeleceu d'um modo mais ou menos preciso a relação da causa com o effeito entre os abscessos por congestão e a carie vertebral, esforçando-se por mostrar que esta é a causa d'aquelles.

O cirurgião inglez Percival Pott, cujo nome a posteridade ligou a esta doenca, em substituição do de mal vertebral, teve o merito de mostrar a relação entre as gibbosidades e as paralyasias, como Ledran fizera 50 annos antes para os abscessos por congestão.

Pott fez a historia do mal vertebral, e nas suas duas memorias publicadas em 1779 e 1783 traçou com mão de mestre o quadro clinico da doenca, insistindo nos seus tres symptomas capitaes e na relação que entre elles existe.

Estes trabalhos trouxeram muita luz, mas estava reservado a este seculo e em grande parte aos cirurgiões francezes, completar o estudo das lesões anatomicas, determinar d'uma maneira definitiva a natureza da doenca, procurar a justa interpretação de cada symptoma e por fim deduzir d'estes conhecimentos os principios d'um tratamento racional. Delpech, Nichet,

Nélaton e Tavignot provam pela clinica e principalmente pela anatomia pathologica que o mal vertebral de Pott é uma localisação tuberculosa.

Nichet e Nélaton, inspirando-se na doutrina de Laennec, fazem para a tuberculose ossea o que este tinha feito para o pulmão e, ao lado do tuberculo enkystado conhecido desde sempre por tuberculo escrofuloso, reconhecem a granulação cinzenta, o que os leva a descrever a fórma infiltrada do tuberculo.

Esta doutrina ficou n'uma certa obscuridade, principalmente a que se referia á infiltração tuberculosa, cuja existencia não foi geralmente admittida.

Se a unidade e a especificidade da tuberculose pulmonar, creadas por Laennec, foram por mais de cincoenta annos o assumpto de acerrimas discussões antes de prevalecerem definitivamente, com maioria de rasão a duvida existiu a respeito da tuberculose ossea; a opinião de Delpech, Nichet e Nélaton foi combatida pelo maior numero de cirurgiões, e as entidades morbidas chamadas *carie* e *necrose* foram conservadas para designar certas modalidades da affecção que nos occupa.

Os trabalhos histologicos e a descoberta do bacillo especifico resolveram o problema da unidade da tuberculose. O mal de Pott, descripto ainda ha pouco, e hoje mesmo, por muitos classicos, ora como tuberculo, ora como carie, ora como inflammação dos ossos e das cartilagens, não corresponde na realidade senão a uma especie morbida d'origem bacillar, affectando, é certo, aspectos diversos em clinica, mas tendo em todas as suas variedades uma marcha geral sempre identica e um character homogeneo.

Para chegar a este resultado muito concorrem acaloradas discussões, tornando-se principalmente

notavel a que se travou entre Broca e Bouvier na Sociedade de Cirurgia de Paris em 1858.

Broca esforçou-se por estabelecer que anatomica e clinicamente existiam muitas especies de mal vertebral, e, restringindo momentaneamente o seu trabalho á distincção da carie e do tuberculo, recorreu successivamente aos dados da historia, da anatomia pathologica e da cirurgia. A sua argumentação é um repositorio de investigações bibliographicas, contém factos habilmente agrupados e argumentos ardentemente deduzidos. Mas forçoso é dizer que, apesar das provas em apoio da pluralidade do mal vertebral fornecidas pela anatomia pathologica, não ha nada de solido nos dados que resultam das investigações historicas e das observações clinicas; o proprio Broca parece confessal-o nas seguintes palavras extrahidas da sua memoria: « Je serais fort embarrassé, si j'étais obligé d'écrire un chapitre complet, pratique et précis sur le diagnostic de toutes les lésions qui peuvent altérer la continuité de la colonne vertebral. Ce travail ne me paraît pas possible dans l'état actuel de la science; il ne pourra le devenir qu'à la faveur d'observations ulterieures, et c'est pour hâter ce résultat que je m'efforce de combattre l'unité du mal vertébral » (*Gaz. des Hôpit.*, 1858, pag. 190).

Bouvier, baseando-se na analyse de cento e vinte observações, não teve difficuldade em destruir palavra por palavra, a maior parte dos caracteres *soi-disant* distinctos do tuberculo e da carie rachidiana admittidos por Broca. Apoiando-se sobre os dados da estatistica, reduziu a nada as differenças etiologicas, symptomáticas, etc. Depois d'uma longa e brilhante argumentação termina esta solida refutação pelas seguintes palavras:

« Ces conclusions finales ne me permettent pas,

on le comprend, de modifier mon opinion première sur l'unité du mal vertébral, expression que je veux bien accepter sous la réserve d'une interprétation capable de prévenir toute équivoque. L'affection vertébral n'est pas une, en tant qu'elle résulte de lésions de nature différent. Il ne peut être question ici que d'une unité symptomatique, de l'unité des effets semblables produits par des lésions diverses» (*Gaz. des Hôp.*, 1858, pag. 300).

A unidade da affecção sustentada por Bouvier é hoje aceite por todos os cirurgiões. Lannelongue em 1880 demonstra que as paredes dos abscessos por congestão são tuberculosas, e conclue da natureza tuberculosa da affecção ossea; os trabalhos de Kiener e Poulet, que estabelecem a identidade da osteite tuberculosa e da carie, lançaram sobre o assumpto verdadeira luz.

G. Feurer na Allemanha constatou tambem a natureza tuberculosa das caries vertebraes.

Emfim modernamente, sob o nome de tuberculose vertebral, o professor Lannelongue deu do mal de Pott uma descripção magistral.

Foi em nossos dias que o estudo das perturbações nervosas, tão bem descriptas nas memorias de P. Pott, recebeu um complemento anatomo-pathologico e clinico que marca uma éra verdadeiramente progressiva. Se os trabalhos de Louis e d'Ollivier forneceram dados anatomicos importantes, a sua interpretação faltava.

Para coroar a serie de trabalhos sobre mal de Pott, vieram os escriptos do eminente Charcot e a notavel memoria do professor Bouchard sobre degenerescencias da medulla que prestaram relevantes serviços á clinica.

## DEFINIÇÃO

---

Sob o nome de mal de Pott ou mal vertebral descreve-se *uma lesão do rachis, caracterisada por uma gibbosidade podendo acompanhar-se de paraplegia e d'abscessos por congestão.* (Kirrnisson, *Traité de Chirurgie*, pag. 714, tomo III).

«C'est-lá un complexus symptomatique qui, pendant longtemps, n'a pas répondu à une maladie parfaitement définie; on y faisait rentrer des états anatomiques différentes sous le nom d'ostéite, de carie et de tubercules des os.

Aujourd'hui, à la faveur des idées modernes sur la tuberculose chirurgicale, on tend à rapporter à la tuberculose toutes les lésions anatomiques du mal vertebral. Telle est l'opinion du professeur Lannelongue, pour qui l'expression de tuberculose vertebral est synonyme de mal de Pott. Au point de vue symptomatique, il en est du mal de Pott comme du complexus symptomatique auquel on donne le nom de mal de Bright.

Dans ce dernier, l'un des trois termes qui le constituent, lésion rénale, albuminurie, oedeme, peut faire défaut. Il est, en effet, des maux de Bright sans oedeme.

De même, dans le mal de Pott, la paraplégie ou l'abcès par congestion peut ne jamais se manifester.»

Sem queremos agora discutir a serie de lesões que modernamente se englobam sob a denominação de mal de Bright e a maneira de diagnosticar hoje esta doença por uma symptomatologia fina e delicada de mais, em relação ao tempo de Bright, em que apenas se fazem referencias nitidas aos grossos symptomas; sem queremos tampouco discutir aqui a latitude que se tem dado á doença, conhecida sob a denominação de mal de Pott, vamos comtudo apreciar as palavras de Kirmisson.

Apesar da difinição se nos apresentar desfraldando o classico trilogo symptomatico que caracteriza a doença, é uma definição errada para o nosso tempo.

Para o auctor do artigo do *Tratado de Cirurgia*, o que caracteriza o mal de Pott é a gibbosidade, porque — *la paraplegie ou l'abcès par congestion peut ne jamais se manifester.*

Que a gibbosidade, pela sua fórmula e pelos seus caracteres, seja o symptoma clinico mais importante para a confirmação do diagnostico do mal de Pott, concordamos; mas que o caracterise, de fórmula nenhuma; pela razão simples e plausivel de que é frequente encontrar-se mal de Pott sem deformação de rachis.

Tillaux, mais decisivo e pretendendo tirar conclusões mais seguras, erra quando diz:

« Todavia o conjuncto d'estes signaes não se produz fatalmente; certos individuos escapam ás compli-

cações do lado da medulla e aos abscessos por congestão, *mas a gibbosidade deve ser considerada como constante* e fica um estigmata indelevel d'um mal de Pott anterior.» (*Trat. de Cir. Clin.*)

Respondamos com as palavras de Lannelongue (tuberculose vertebral):

« La gibbosité peut manquer au cou et même au dos... (pag. 171).

« La gibbosité, qui fait quelque fois défaut... (pag. 178).

« La gibbosité aussi manque souvent, surtout dans la region lombaire proprement dite, où elle se montre fort peu accentuée.....

« Lorsqu'une solution de continuité se produit dans la colonne antérieure, la gibbosité apparait, quelque soit la region.....

« Cependant à la region lombaire, e surtout chez l'adulte, la gibbosité do mal de Pott est plus inconstante (pag. 188 e 189).

« La deformation rachidienne n'étant pas constante (elle manque assez souvent dans le mal cervical et dans le mal lombaire, surtout chez l'adulte), on peut n'avoir à sa disposition pour etablir le diagnostic que la paralysie et les abcès symptomatiques (pag. 205) ».

Vemos, pois, que segundo Lannelongue a gibbosidade não é um signal *constante*, seja qual for a séde do mal de Pott.

A's palavras do insigne professor francez podemos juntar os numeros seguintes tirados da estatistica da Bouvier:

Em 10 casos de mal de Pott na região cervical, 7 não tem gibbosidade; em 55 casos na região dorsal,

10 não teem gibbosidade; em 36 casos na região lombar, 16 não teem gibbosidade.

Estes numeros são bastante expressivos para oppôr ás affirmações de Kirmisson e Tillaux.

Para Lannelongue mal de Pott é synonymo de tuberculose vertebral.

Seja em respeito ao cirurgião inglez, mas seja só por isso, porque Lannelongue descreve fórmas clinicas de tuberculose vertebral que nunca passaram pela mente de Percival Pott. Lannelongue livra-se de dar uma definição, no que anda perfeitamente, pois que definir em clinica, é nem mais nem menos muitas vezes, do que tentar um impossivel. Na clinica não ha doenças, ha doentes. É velha a phrase, mas deixai-a passar porque é valiosa, porque é expressiva e porque traduz os factos de todos os dias.

O mal de Pott, é uma doença especifica e infecciosa, com uma symptomatologia mais ou menos propria, com predominio d'este ou d'aquelle symptoma conforme os individuos, as resistencias, e o terreno em que se desenvolve.

D'outro modo: O mal de Pott tem um bacillo unico, sempre igual a si mesmo, mas que ataca individuos varios, no mesmo individuo tecidos differentes, no mesmo tecido diversos elementos. D'aqui as differenças nas lesões anatomo-pathologicas, d'aqui, a variabilidade de symptomas e o predominio d'este ou d'aquelle signal sobre os outros.

Resumindo diremos: não se póde definir com rigor mal de Pott nem este é verdadeiramente synonymo de tuberculose vertebral; esta é mais extensa.

Para nós, — mal de Pott é a tuberculose vertebral anterior desfraldando os tres symptomas gibbosidade, perturbações medulares e abscessos por congestão.

## Etiologia

Não vae longe o tempo em que o mal de Pott era attribuido ás causas mais banaes: a escrofula, o rheumatismo, a syphilis, as affecções nervosas, os traumatismos etc, teem sido successivamente invocados.

Hoje a anatomia pathologica, a inoculação dos productos, a pesquisa e a cultura dos bacillos, teem amplamente provado a natureza tuberculosa do mal de Pott. Mas n'esta, como em todas as doenças, ha causas predisponentes, ha circumstancias que favorecem o seu desenvolvimento. Entre ellas citaremos:

**Idade.** — O mal de Pott é mais frequente nas pequenas idades; é raro nos adultos e torna-se excepcional na velhice. Segundo uma nota de Lannelongue, em 180 casos em individuos até aos 16 annos, encontraram-se: antes dos 2 annos, 14 casos; de 2 a 5 annos, 91 casos; de 5 a 10 annos, 59 casos; de 10 a 15 annos, 16 casos.

Vê-se que o maximo de frequencia corresponde ao periodo que vai dos 2 aos 5 annos. Antes e depois d'esta idade os casos tornam-se cada vez menos numerosos.

**Hereditariedade.** — É esta uma das condições pre-disponentes que merece mais attenção. Pondo de parte a debatida questão de transmissão directa, de paes a filhos, do elemento infectuoso, ou do contagio posterior ao nascimento, o que é certo é que na investigação dos antecedentes hereditarios d'um portador de mal de Pott, se encontram geralmente manifestações tuberculosas diversamente localisadas.

**Condições hygienicas.** — As condições hygienicas defeituosas contribuem altamente para a formação das constituições lymphaticas, terreno favoravel para a implantação do mal de Pott. Deve, pois, merecer bastante cuidado aos candidatos á tuberculose tudo o que diz respeito á alimentação e á hygiene das habitações.

**Traumatismos.** — Muitos auctores, e principalmente Sayre, dão grande importancia aos traumatismos; é certo que muitos doentes e sua *entourage* ligam a gibbosidade a uma queda ou a um accidente; mas este modo de interpretar os factos não póde ser admittido.

Um traumatismo não gera um foco tuberculoso, a não ser que o individuo traumatizado seja já um tuberculoso e portanto um terreno proprio para o desenvolvimento do tuberculo, com as causas mais banaes.

Este modo de vêr é justificado pelas experiencias de Schüller sobre animaes tuberculizados por inoculação.

Todas as causas que enfraquecem o organismo, augmentando as probabilidades de receptividade do agente tuberculoso, predispõem para o mal de Pott.

O mal de Pott considerado na sua pathogenia pôde ser primitivo ou secundario, isto é, pôde mostrar-se como symptoma inicial da diathese tuberculosa, ou como manifestação secundaria n'um individuo que apresenta já outras localisações externas ou visceraes da tuberculose.

## Anatomia pathologica

O capitulo da anatomia pathologica é um dos mais interessantes e complicados do mal de Pott. Só depois que os estudos anatomo-pathologicos tomaram um certo desenvolvimento, é que se chegou verdadeiramente ao conhecimento etiologico e á verdadeira interpretação d'alguns phenomenos observados n'esta doença. O estudo d'este capitulo demanda trabalhos prolongados e largos conhecimentos; serve de base ao tratamento.

Na nossa dissertação apresentaremos resumidamente e d'um modo geral o que ha assente sobre este assumpto e seguiremos principalmente os trabalhos de Lannelongue e Michel.

Tres ordens de lesões devem considerar-se na anatomia pathologica do mal de Pott.

- 1.º Lesões e deformações do rachis;
- 2.º Lesões da medulla e dos nervos rachidianos;
- 3.º Lesões visceraes que podem mostrar-se como complicações a distancia.

**Lesões osseas.**—As alterações do rachis no mal de Pott como nós o definimos, isto é, tuberculose vertebral anterior, affectam duas fórmas principaes: o mal de Pott, profundo com gibbosidade — *fórma limitada cavernosa*, e o mal de Pott superficial sem deformação apparente — *fórma diffusa superficial*.

Na fórma cavernosa as lesões osseas dão-se n'uma só vertebra ou n'um pequeno numero d'ellas que, desaparecendo mais ou menos completamente, interrompem assim a columna dos corpos vertebraes, dando logar a uma curvatura para diante e a uma saliencia angular ou arredondada para traz — *bóssa ou gibbosidade*.

Para que isto se dê, é preciso que actuem as duas causas seguintes: o processo tuberculoso que destruiu, e a influencia mecanica que produziu o desvio.

Na fórma diffusa superficial, ou carie superficial de Boyer, as lesões são contrariamente mais extensas e menos profundas, ás vezes estendem-se a quasi toda a columna vertebral; aqui não ha destruição ossea profunda nem divisão do rachis em dois segmentos.

Por vezes o mesmo individuo apresenta lesão profunda com gibbosidade e em pontos mais ou menos proximos, lesões superficiaes da carie; mas as lesões osseas são, em geral, exclusivamente superficiaes ou profundas.

---

## Alterações profundas do rachis

---

Na tuberculose profunda o foco de destruição tem o seu centro ao nível do angulo reintrante correspondente á gibbosidade; se as alterações se prolongam a uma certa distancia para cima ou para baixo, ficam mais superficiaes.

A extensão da porção destruida varia segundo os casos. Geralmente a alteração profunda comprehende uma parte ou um corpo vertebral em toda a sua espessura, mas póde attingir 2,3...6,8, etc.

Se a interrupção do rachis é limitada a uma só vertebra, o corpo vertebral é destruido transversalmente, desapparecendo ás vezes por completo; quando muitas vertebraes são attingidas, podem tambem desapparecer completamente.

Em regra, ha um só centro de infecção tuberculosa, com uma só solução de continuidade da columna, mas se excepcionalmente ha dois focos, estes estão a certa distancia e as vertebraes intermediarias são sãs ou superficialmente alteradas.

A destruição ossea pára habitualmente d'um modo brusco, ou ao nível d'um disco intervertebral que fica intacto, o que é raro, ou em pleno tecido osseo no meio d'um corpo vertebral. Acima e abaixo tudo está no estado normal. Esta delimitação nitida observa-se mais frequentemente nas crianças.

No adulto, um certo numero de vertebraes dos dois segmentos apresenta por vezes alterações superficiaes até uma certa distancia do foco principal.

**Angulo reintrante e gibbosidade.** -- A solução de continuidade dos corpos vertebraes arrasta quasi sempre a inflexão do rachis.

Os dois segmentos vertebraes encontrando-se ao nível do foco de destruição, formam para diante o *angulo reintrante*; para traz a *gibbosidade*. O trabalho de reparação torna esta deformação invariavel e definitiva.

A inflexão rachidiana é limitada pelo contacto dos dois segmentos do rachis. Isto, porém, nem sempre assim é; ás vezes dá-se a penetração d'um segmento no outro. O superior cava no inferior uma goteira mais ou menos profunda onde se aloja.

A inflexão faz-se geralmente para diante, mas por excepção, póde dar-se lateralmente; é uma especie de luxação. A luxação lateral é sempre formada pelo deslocamento do segmento superior; não se deve confundir com a inflexão lateral que póde existir sem luxação.

A formação do angulo reintrante tem como consequencia a gibbosidade que é a marca mais frisante do mal de Pott.

A gibbosidade é posterior e mediana; é este o seu

caracter principal, o mais util para distinguir a gibbosidade do mal de Pott dos outros desvios vertebraes e particularmente da scoliose.

O grau da gibbosidade differe segundo os casos; umas vezes é uma leve saliencia formada por uma só ou por um pequeno numero de apophyses espinhosas; outras vezes o tronco fórma uma curva muito pronunciada. A variedade da curva depende do numero de vertebraes atacadas, do grau mais ou menos profundo da sua destruição e do abaixamento mais ou menos consideravel do segmento superior do rachis.

A existencia da gibbosidade traz consigo deformações secundarias, vindo em primeiro logar as curvas de compensação do rachis e seguindo-se depois as deformações do thorax e da bacia.

As curvas de compensação são em geral duas: uma superior, outra inferior á gibbosidade; produzem-se ambas na mesma direcção e opposta á da gibbosidade; são, portanto, concavas para traz.

O fim d'estas curvas é restabelecer o equilibrio do tronco sobre novas bases. As curvas de compensação desenvolvem-se muito mais nos individuos novos por causa da sua extrema mobilidade do rachis.

Ao lado das curvas de compensação que existem d'um modo constante, ha deformações secundarias do thorax e da bacia que só apparecem em certas condições; dão-se nos individuos novos duranté o desenvolvimento do esqueleto.

O thorax só é deformado quando a séde da lesão é na região dorsal e principalmente na parte superior; se é na região dorsal inferior, o thorax toma a fórma globulosa. Ha muito tempo que os gynecologistas teem feito estudos sobre as bacias dos individuos portado-

res do mal de Pott e para estas deformações tem grande importancia a séde da lesão tuberculosa. D'um modo geral sabe-se que ha augmento dos diametros do estreito superior e diminuição dos do estreito inferior. A deformação da bacia é symetrica nos casos ordinarios.

#### **Alteração do canal vertebral e buracos de conjugação. —**

O canal rachidiano não é retrahido seja qual fôr o grau e a fórma da gibbosidade, mas é deformado. A parede anterior do canal soffre uma mudança brusca de direcção e ás vezes apresenta uma aresta transversal no ponto onde se encontram os dois planos osseos. A parede posterior é arredondada em abobada regular.

A medulla, assentando sobre a aresta cortante da parede anterior, póde, por este motivo, soffrer alterações sem que haja compressão medullar. A medulla curva-se e deprime-se transversalmente pelo seu proprio peso, mas as lesões medulares teem na maioria dos casos outra origem.

No maior numero de casos, os buracos de conjugação conservam as suas dimensões ou podem mesmo ser augmentados, porque os pediculos das vertebraes podem ser invadidos e corroidos pela tuberculose ou mesmo destruidos; n'este ultimo caso, dois ou tres buracos podem ser reunidos n'um orificio de contorno recortado.

#### **Lesões tuberculosas das vertebraes — Tuberculos enkystados e infiltração tuberculosa. —**

O exame attento dos corpos vertebraes proximos da gibbosidade mostra, ás

vezes, alterações iniciaes cuja evolução conduz a vastos focos; notam-se dois estados: infiltração e enkystamento; mas os estudos histologicos mostram que um e outro tem a mesma origem; a sua differença não está no elemento infectante, mas na invasão mais extensa e mais rapida n'um caso que n'outro. O enkystamento e a infiltração combinam-se de diversos modos. A fórma infiltrada póde unir-se secundariamente á fórma enkystada ou esta áquella, e a presença d'um sequestro d'infiltração n'uma caverna cheia de materia caseosa é a melhor prova d'esta alliança.

**Fórma enkystada.** — Ha muito tempo que se conhece a granulação tuberculosa dos ossos e a sua semelhança á granulação de qualquer outro ponto. A granulação é já uma lesão adulta e complexa. E' formada pela reunião d'elementos tuberculosos mais simples — os nodulos; corresponde a uma infiltração nodular limitada; é uma infecção n'um só ponto. Se a neoplasia nodular é mais extensa, fórma-se uma mancha descorada, cinzenta a que Nélaton chamou infiltração; mas em qualquer dos casos trata-se primitivamente d'uma infiltração nodular; a differença está na extensão, limitada n'um caso e provavelmente mais lenta, mais diffusa no outro.

A granulação tuberculosa dos ossos, como a de qualquer outra parte, privada na parte central de elementos nutritivos, e soffrendo talvez uma especie de necrose, funde-se no seu centro e transforma-se n'uma cavidade cheia de productos de degeneração cellular, isto é, de substancia caseosa. Esta cavidade augmenta, e novos nodulos se produzem na superficie externa da granulação; ha assim um trabalho, em sentido in-

verso, de neoformação celular no exterior e de destruição dos nodulos nas camadas internas.

**Caverna tuberculosa.** — O tuberculo augmentando, augmenta a cavidade que o contém; a zona d'osteite que se fórma em volta, é muito limitada, mas o osso apresenta muitas vezes a uma certa distancia, ou osteite ou folliculos tuberculosos. A massa tuberculosa augmenta e modifica-se; fica contida na espessura dos corpos vertebraes, tomando particularmente a fórma enkystada.

A caverna ossea é regular ou sinuosa. As anfractuosidades são devidas á desigualdade da infiltração da zona tuberculogene, ou ao encontro e á fusão de muitos tuberculos vizinhos. O conteúdo das cavernas é constituido por uma materia amarellada, umas vezes solida, outras vezes mais ou menos liquida; apertada entre os dedos, revela a existencia de particulas osseas, algumas vezes mesmo sequestros.

A parede da caverna vertebral é revestida d'uma membrana de espessura variavel.

Esta membrana tem um papel importante no processo de invasão; na sua face externa formam-se folliculos que caminham excentricamente; na sua espessura formam-se pequenos focos miliares, cujo conteúdo se derrama na cavidade e augmenta a massa de substancia caseosa. Esta parede constitue uma verdadeira zona de infiltração.

**A infiltração tuberculosa.** — A infiltração tuberculosa apresenta-se sob a fórma de manchas cinzentas, opalinas e semi-transparentes. Estas manchas tem um

tamanho variavel e os seus contornos são bem distinctos pela differença de côr entre ellas e o tecido são. Desde muito que se conhecem estas manchas, mas a sua interpretação tem variado. Hoje, graças aos trabalhos histologicos, está averiguada a sua natureza tuberculosa e que entre a granulação cinzenta e a infiltração não ha senão uma questão de extensão.

Na granulação o processo é limitado; as partes visinhas ficam sãs, ou não apresentam senão a osteite rarefaciente, em virtude da qual os tuberculos se reabsorvem á medida que a lesão progride excentricamente; mas esta progressão é lenta e conduz á ulceração ou á caverna.

A infiltração é mais extensa podendo occupar todo um corpo vertebral. Os capillares existentes no foco de infiltração são obstruidos; a reabsorção do osso não se faz ou é muito limitada; a consistencia não é diminuida, é antes augmentada pela formação de novas camadas de osteoplastas em volta dos tuberculos.

Na segunda phase da infiltração, toda a zona de infiltração soffre a regressão tuberculosa, mas por falta de trocas nutritivas sufficientes, a reabsorção das partes solidas do osso não se dá, e em vez da materia tuberculosa caseiforme, fórma-se o sequestro. Na periphèria do sequestro fórma-se um sulco que o separa das partes vivas. Pelo exame feito ao nivel d'este sulco de separação, reconhece-se, do lado do sequestro, o tecido osseo condensado, do lado de fóra, o tecido normal ou levemente modificado pela osteite propagada; e por fim, a zona de osteite rarefaciente intermedia. O tecido novo que se produz n'este ponto, em breve apresenta granulações tuberculosas em todos os graus de evolução.

É esta a marcha do processo de infiltração que, na essência, não differe do que conduz á caverna tuberculosa. Não ha, pois, razão como quer Nélaton, para mencionar duas fórmas distinctas em clinica — o enkystamento e a infiltração; uma e outra se encontram, por vezes, associadas e se combinam de varios modos.

**Fórma diffusa superficial.** — A fórma diffusa superficial, ou carie superficial de Boyer, é uma fórma nova de tuberculose vertebral, e por muito tempo esteve na téla da discussão pelo que diz respeito á sua origem.

Modernamente, devido á descoberta do agente especifico, unificaram-se as opiniões, até ha bem pouco ainda desconhecidas. Para chegar a este resultado muito concorreram os trabalhos de Ollier que affirmava a perfeita semelhança entre a evolução das lesões da carie e da granulação tuberculosa. Uma e outra apresentam a mesma tendencia á degeneração gordurosa, ao reamollecimento, á suppuração; o mesmo processo de invasão, a mesma ausencia de trabalho reparador.

A fórma diffusa estende-se geralmente a muitas vertebraes, podendo, comtudo, estar limitada a uma só vertebra ou a um pequeno numero d'ellas.

Os corpos vertebraes estão desnudados e a sua superficie é, em geral, rugosa, irregular, tendo pequenas excavações sinuosas. O tecido osseo posto a nú é irregular, apresentando asperezas e depressões que lhe dão o aspecto de carunchoso; está despojado de periosseo e recoberto, aqui e além, de fungosidades molles e cinzentas, algumas vezes mesmo banhadas

de pus. Este pus é de má natureza e tem um cheiro pronunciado.

No que diz respeito á possibilidade d'estas lesões poderem debutar pelas articulações intervertebraes, como pertendem Rippol e Broca, os factos não o demonstram e Lannelongue combate energicamente esta opinião, não negando d'uma maneira absoluta que possam apparecer primitivamente elementos tuberculosos nos discos intervertebraes.

## Lesões da medulla e dos nervos rachidianos

---

As lesões d'ordem nervosa no mal de Pott, devem-nos merecer muita atenção, já pela importancia dos órgãos atacados, já pela sua frequencia; veem, pois, em primeira plana nas lesões de visinhança, as lesões da medulla e dos nervos rachidianos.

A estructura e as funcções do eixo medullar podem ficar intactas mesmo quando as lesões são profundas e extensas e os abscessos por congestão teem um volume consideravel. Pelo contrario, phenomenos paralyticos apparecem ás vezes com lesões do esqueleto as mais insignificantes: não ha, pois, correlação entre a inflexão vertebral e a paralyisia.

As meninges e a medulla podem ser alteradas pela compressão e pela invasão tuberculosa, quer estas influencias actuem em separado quer juntamente.

**Compressão medullar.**—A compressão medullar é devida a disposições multiplas. Se não ha gibbosi-

dade, a compressão póde ser devida á pachymeningite ou a um abscesso por congestão desenvolvido no canal rachidiano. O mecanismo da compressão é o mesmo. Comprehende-se facilmente que a dura-mater cuja espessura póde ir até mais d'um centimetro, exerça uma acção compressiva, lenta sobre a medulla. Igualmente o desenvolvimento d'um abscesso, cuja tensão se eleva, produz o mesmo resultado. Se estes factos são excepçoes, não deixam de ter valor, pois põem fóra de toda a duvida a existencia da compressão sem gibbosidade.

A gibbosidade provoca a compressão, não tanto pelo aperto do canal rachidiano, mas pela aresta ossea existente na parede anterior ao nivel do angulo reinterante.

A pachymeningite é um dos agentes frequentes da compressão medullar; Charcot mostra a sua importancia.

Dois factores importantes da compressão medullar são: os *abscessos* e as *fungosidades*.

Os abscessos, principalmente os intra-rachidianos, comprimindo a medulla contra a parede do canal osseo, provocam as suas perturbações funcçoes. Não ha duvida que isto se passa assim; a clinica mostra ás vezes que depois da abertura d'um abscesso por congestão no mal de Pott, a paralyisia dos membros inferiores que existia anteriormente, desaparece.

A volta do movimento coincide com a evacuação do pus e não póde ser attribuida a outra circumstancia.

A compressão medullar em vez de ser produzida pela tensão dos liquidos, póde sê-lo pelo desenvolvimento de fungosidades na direcção do canal.

Em resumo, a compressão medullar no mal de

Pott é um phenomeno complexo não dependendo sempre d'um factio exclusivo, mas podendo ser produzida por um conjuncto de causas actuando simultaneamente.

**Alterações das meninges.** — A dura-mater rachidiana é susceptivel de se tuberculisar; toma ás vezes uma grande espessura e a sua face externa apresenta uma camada de pus caseoso, emquanto que a face interna fica perfeitamente intacta. Diversos cirurgiões teem observado isto e apresentado os seus trabalhos; Depuch, Cornil, Taignot, Ollivier e outros, publicaram diversas observações e fizeram descrições muito detalhadas das alterações meningeas no mal de Pott; mas foi o eminente professor Charcot, seguido por Michaud que melhor aclararam este assumpto e deram a esta fórma particular de inflammação meningeia o nome de *pachymeningite externa caseosa*.

É principalmente na parte anterior ou nas regiões antero-lateraes da dura-mater que estas alterações são mais frequentes.

A causa d'esta localisação é a seguinte: pouco a pouco o ligamento vertebral commum posterior ulcera-se, a materia tuberculosa proveniente do foco osseo doente põe-se em contacto com a face externa da dura-mater, irrita-a, d'ahi fungosidades, placas vegetantes e a producção da suppuração.

A tuberculose inocula-se pouco a pouco na dura-mater e a pachymeningite toma o character tuberculoso.

Esta pachymeningite externa é muitas vezes limitada á ulceração, mas póde prolongar-se para cima e para baixo por producções fungosas invasoras, ou mais

vezes por um abscesso desenvolvido no interior do canal rachidiano. A parede tuberculosa n'este caso confunde-se em parte com a dura-mater em todo o comprimento do abscesso.

As lesões da pachymeningite externa avançam e ganham os elementos próprios da dura-mater, que se alteram e se dissociam. Lesões irritativas a princípio, depois específicas, apparecem na sua espessura e na face interna.

A pachymeningite interna junta-se á pachymeningite externa. Na face interna da dura-mater formam-se neomembranas, correspondendo ás lesões externas.

Charcot e Michaud descreveram na espessura da dura-mater dissociada, e nas camadas internas, pequenos focos de degenerescencia caseosa cuja presença indica que ha alli uma verdadeira infiltração follicular.

A extensão da pachymeningite interna, no sentido da circumferencia, é variavel; pôde estender-se a todo o contorno.

Em alguns casos a pachymeningite interna apresenta-se sob a forma d'uma sementeira de granulações tuberculosas na face interna da dura-mater.

**Alterações da medulla.** — As alterações da medulla d'origem compressiva são as mesmas, qualquer que seja o genero de compressão. Não consistem só n'uma deformação d'origem mecanica; sob a influencia da compressão o tecido da medulla reage por um trabalho inflammatorio. Uma myelite parcial é a consequencia quasi obrigatoria da compressão espinal.

A medulla apresenta modificações de forma, de consistencia e de volume. Sofre a mesma mudança de direcção que o canal rachidiano. A consistencia é

muitas vezes diminuida n'uma certa extensão no ponto onde as meninges estão alteradas; este reamollecimento pode ir até ao estado diffuente. Pelo contrario, nos casos antigos, a medulla é ás vezes dura e de apparencia fibrosa.

A medulla é diminuida de volume por effeito da compressão. E' raro, porém, que as lesões exteriores cerquem a medulla em todo o contorno; mas se esta disposição se produz, o volume é de tal forma diminuido que ha um verdadeiro estrangulamento.

O exame histologico permite constatar, no ponto doente, uma atrophia dos elementos nervosos, uma producção abundante de corpos granulosos, ao mesmo tempo que o reticulo fibrillar intersticial se espessa e termina com o andar dos tempos n'uma sclerose mais ou menos extensa.

As lesões da medulla não se limitam ao ponto occupado pelo mal de Pott; teem como consequencia, degenerações secundarias que irradiam para cima e para baixo do foco inicial da myelite. A existencia e o modo de distribuição das degenerações secundarias foram postas em evidencia pelos trabalhos de Turck, Charcot, Vulpian e Bouchard. A sclerose é ascendente para os feixes posteriores e descendente para os feixes antero-lateraes. Estas degenerações são eguaes ás dos nervos isolados dos seus centros trophicos.

**Alterações dos nervos.**—Os nervos rachidianos e as suas raizes podem ser alterados no mal de Pott em todos os pontos do seu trajecto desde a sua origem medullar até uma certa distancia do rachis.

Na cavidade arachnoidea, as raizes podem participar das alterações das meninges e da medulla. Ao ni-

vel do orificio da dura-mater, nos buracos de conjugação, e fóra do rachis, os nervos encontram-se frequentemente em contacto com as fungosidades, os abscessos ossifluentes, que comprimem os troncos nervosos e determinam phenomenos de nevrite intersticial parenchymatosa. Algumas vezes os troncos nervosos podem mesmo ser reduzidos a delgados filetes.

As lesões da medulla e dos nervos trazem consecutivamente perturbações trophicas como: atrophia e degenerescencia gordurosa dos musculos, zona, tendência ás ulcerações e ás escaras, abaixamento de temperatura, etc.

---

## Abscessos por congestão

---

Os abscessos por congestão apresentam as maiores variedades pelo que respeita ao numero, fôrma e situação. Estes abscessos eram conhecidos dos antigos, mas o seu modo de apparição não estava esclarecido. Ha muito que se designaram d'um modo geral os abscessos frios pelo nome de abscessos por congestão em opposição aos abscessos inflammatorios. Gerdy, tendo em vista a sua origem e a tendencia em se abrirem longe d'ella, deu a estes abscessos o nome de ossifluentes e de abscessos emigradores.

A natureza d'estas collecções era quasi completamente ignorada. Via-se que o seu conteúdo era constituido por materia caseosa, chamada tambem tuberculosa; mas isto não despertava a lembrança de que o abscesso fosse tuberculoso. Conhecia-se a membrana que forra a cavidade, *membrana granulosa* de Terrier, mas nunca se lhe tinham attribuido caracteres especificos. Hunter fez a sua descripção, Delpech cha-

mou-lhe pyogenica; era simplesmente um tecido de proliferação em tudo semelhante á camada grânulosa que cobre a superficie das feridas. Lannelongue veio mostrar que esta membrana limitante é a parte essencial, a parte activa dos abscessos por congestão; tem o papel principal na evolução do abscesso, é ella que o faz progredir. São as modificações que ella soffre que produzem uma paragem n'esta progressão, trazendo a regressão e a cura. O conteúdo é habitualmente inerte n'este ponto de vista.

A distincção feita pelos auctores antigos, em abscessos frios das partes molles e abscessos ossifluentes, simplesmente para designar o seu ponto de desenvolvimento, mas não indicando nenhuma differença de natureza, não tem razão de ser. Está hoje assente que a lesão essencial e primitiva do abscesso frio, ossifluente ou não, é o elemento tuberculoso.

A membrana granulosa merece o nome de tuberculogene; é constituida por um tecido embryonario infiltrado de tuberculos adultos, de folliculos reamolecidos, suppurados na zona adjacente á cavidade. Estes tuberculos derramam o seu conteúdo na cavidade.

A zona externa da membrana é a zona activa ou de infiltração; é formada por tecido conjunctivo embryonario no meio do qual se encontram, n'um ou n'outro ponto, cellulas gigantes e cellulas dos nodulos tuberculosos. Em conclusão, a membrana degenera pela sua face cavitaria, prolifera e progride pela sua face externa, adherente aos tecidos adjacentes. O abscesso, frio nasce, pois, por degenerescencia do tecido dos tuberculos; é, propriamente fallando, um tuberculoma.

A existencia dos abscessos por congestão no mal de Pott é a regra; mas muitas vezes só pela autopsia

se toma d'elles conhecimento. Lannelongue diz que em mais de cem autopsias só uma vez deixou de encontrar abscessos. Muitas vezes os abscessos são pequenos ou ficam profundamente situados na cavidade thoracica, não sendo reconhecidos em vida. Podem penetrar no canal rachidiano, desenvolvendo-se entre a parede ossea e as meninges n'uma direcção descendente ou mesmo ascendente, o que é raro; d'esta situação nascem perturbações nevrosas a que já me referi.

Ordinariamente os abscessos nascem e desenvolvem-se na parte anterior do rachis, fazem saliencia adiante ou aos lados da cavidade tuberculosa intravertebral; a principio são arredondados e sesseis, depois augmentam, tomam a forma alongada em cylindro irregular ou em forma de pera; mais tarde existe um trajecto estreito, partindo das vertebraes doentes e fazendo-as communicar com a parte dilatada do abscesso. Os abscessos por congestão podem tomar tal volume que encham uma fossa iliaca, deslocando os orgãos da pequena bacia, fazendo saliencia na raiz da coxa, etc. Vê-se muitas vezes um abscesso por congestão tendo origem n'uma lesão vertebral afastada, apparecer exteriormente na fossa iliaca, tomando ahi um grande volume, e passar depois á coxa levantando a pelle e tendendo a abrir-se.

**Emigração dos abscessos.** — Nelaton apresentava como causas da emigração dos abscessos, a resistencia das partes onde o pus se forma, a contracção dos musculos e a acção da gravidade; estas causas todas tem o seu valor, mas não tanto como se julgava.

A acção da gravidade não tem a importancia que

muitos lhe attribuem, pois muitas vezes os abscessos tomam uma direcção contraria; em todo o caso os abscessos são em regra descendentes.

O papel essencialmente activo no desenvolvimento dos abscessos por congestão pertence á membrana tuberculogene; já vimos a evolução d'esta membrana. A sua actividade domina a rapidez do desenvolvimento do abscesso.

O tecido conjunctivo é o que melhor se presta para a invasão e nos pontos em que elle é abundante e laxo, a progressão do abscesso é rapida.

Assim se explica a influencia das disposições anatomicas; os abscessos seguem, com effeito, muitas vezes as bainhas dos nervos, dos vasos, dos musculos, isto é, os espaços conjunctivos; ao passo que as membranas fibrosas ou aponevroses resistem á infiltração. O pus do abscesso não se infiltra nas laminas do tecido conjunctivo; mas a membrana tuberculosa que limita a collecção, invade pouco a pouco os tecidos mais favoraveis á infecção tuberculosa. E' esta membrana que regula a direcção dos trajectos e que explica os factos que se afastam da disposição commum.

As aberturas anormaes tornam-se assim faceis de interpretar, taes são: a abertura na vagina, na bexiga, no intestino, no estomago, nos bronchios, etc.

As influencias physicas devem, pois, ser postas em segundo lugar; não fazem mais do que modificar a actividade do desenvolvimento dos tuberculos n'uma ou n'outra direcção. Não é, portanto, o pus, que caminha como um liquido que se infiltra, é a tuberculose que progride pouco a pouco.

A marcha que tomam os abscessos no mal de Pott, nas diversas regiões, é bastante curiosa e o seu estudo tem muito interesse para a clinica; porque se-

gundo a região, assim se manifestam symptomas diferentes devidos á compressão d'este ou d'aquelle órgão; tal é o oedema do membro inferior motivado pela compressão da veia iliaca, etc.

No nosso pequeno trabalho, porém, estudamos os factos d'um modo geral.

Além dos abscessos ha ainda no mal de Pott outras complicações a distancia, merecendo particular menção a infecção ganglionar e as alterações dos vasos.

**Infecção ganglionar.** — E' frequente, é quasi constante, ver nas proximidades das lesões osseas ou dos abscessos por congestão os ganglios alterados, algumas vezes mesmo uma cadeia ganglionar estendendo-se até certa distancia. A propagação faz-se d'um ganglio a outro, seguindo os canaes lymphaticos. O exame dos ganglios engorgitados mostra que elles encerram elementos tuberculosos em diversos graus de desenvolvimento; os ganglios tuberculisados são o ponto de partida para nova infecção d'outros ganglios, proximos ou distantes.

Não se trata d'uma particularidade do mal de Pott, mas d'uma propriedade geral ligada á affecção tuberculosa.

**Alterações vasculares.** — As lesões dos vasos, consecutivas ao mal de Pott, constituem uma terrivel complicação. E' vulgar encontrar-se uma parede arterial ou venosa em contacto com a parede d'um abscesso por congestão. O vaso está assim exposto á acção invasora dos tuberculos; d'aqui resulta o enfraqueci-

mento e mesmo a ruptura do vaso, e n'este caso uma hemorragia que por vezes é mortal.

Lannelongue cita o seguinte caso: Um doente portador de mal de Pott, ainda não reconhecido, teve um dia uma syncope, e uma tumefacção dolorosa se formou do lado esquerdo do abdomen, estendendo-se desde o diaphragma até á espinha iliaca anterior e superior; o tumor era pulsatil; não se conseguiu fazer o diagnostico, o estado do doente era cada vez mais grave; tres diás depois morreu. A autopsia revelou uma carie da face anterior das duas ultimas vertebraes dorsaes; o tumor era formado por um enorme coagulo sanguineo; a aorta apresentava ao nivel das vertebraes cariadas uma perfuração.

Em razão das relações especiaes da arteria vertebral com as vertebraes do pescoço, comprehende-se que a ulceração d'este vaso tenha sido observada no mal de Pott cervical.

Se a terminação pela ruptura dos vasos não se observa com frequencia, é porque as tunicas arteriaes são como as aponevroses, bem organisadas para resistirem á invasão tuberculosa.

Ao lado das ulcerações arteriaes, e mais frequentes do que ellas, collocam-se as deformações da aorta.

A aorta acompanha as mudanças de direcção do rachis, apresenta, como elle, um angulo aberto para diante, mas não é raro que uma massa de fungosidades ou um abscesso desloque para diante ou lateralmente o angulo aortico.

As deformações exteriores teem como consequencia modificações do calibre do vaso.

Ao nivel do angulo de inflexão e na parede anterior do vaso forma-se interiormente uma prega, o calibre do vaso é reduzido a uma especie de fenda val-

vular transversal, ou a um achatamento. Todas estas modificações dão em resultado um obstaculo á circulação e uma modificação no apparelho circulatorio. Varios cirurgiões e principalmente Lannelongue teem encontrado hypertrophia do ventriculo esquerdo. A veia cava soffre as mesmas alterações e desvios que a aorta.

**Lesões visceraes.**— Não teem nada de especial no mal de Pott. São as que se encontram sempre, como consequencia de suppurações prolongadas; consistem em degenerescencias, affectando sobre tudo o figado e os rins.

## Reparação das lesões osseas e medulares

---

A reparação das lesões osseas não foi sempre admittida; depois dos trabalhos de Bouvier é que este assumpto tem chamado mais a attenção dos cirurgiões. O modo de reparação é differente, segundo as lesões são superficiaes ou profundas.

Os ossos reparam-se por ankyloses completas ou incompletas. Estas ultimas podem ser centraes ou periphericas.

Quando a destruição d'uma ou mais vertebrae tem sido completa, em regra a soldadura faz-se mediante a inclinação d'umas vertebrae sobre as outras, estabelecendo-se um angulo reintrante para diante e uma gibbosidade para a parte posterior. A soldadura das vertebrae faz-se não só nos corpos mas tambem nos arcos vertebraes. A ankylose pode dar-se n'uma posição muito viciosa; mas curvas de compensação, ás vezes muito accentuadas, corrigem, até certo ponto, as deformidades.

A paraplegia do mal de Pott pode chegar a curar-se. N'estes casos a medulla acha-se reduzida a um delgado cordão sclerosado e o reaparecimento das suas funcções explica-se pela regeneração dos tubos nervosos, restabelecendo a continuidade entre os topos medulares, onde apenas tenha chegado a lesão destruidora.

«E' por intermedio d'estes tubos nervosos, diz Charcot, que se effectua, durante a vida, a transmissão normal das ordens da vontade e das impressões sensitivas». (Charcot, *Lições sobre doenças do systema nervoso*).

## Symptomas

---

O estudo clínico do mal de Pott comprehende um conjuncto de signaes que se referem, uns directamente ás deformações do rachis, outros ás alterações secundarias da medulla e dos nervos, outros finalmente aos abscessos por congestão.

Como já tivemos occasião de dizer, os symptomas dependentes d'estas alterações podem indistinctamente succeder-se ou anteceder-se uns aos outros.

Os symptomas do mal de Pott são muito obscuros no seu principio. Os que primeiro chamam a attenção, são as perturbações da sensibilidade e a difficuldade dos movimentos do rachis. As dôres são espontaneas e provocadas pela pressão sobre as apophyses espinhosas. Estas dôres seguem a direcção do plexo nervoso que emana da região atacada. Uma das mais frequentes é a dôr em cintura, que Nelaton compara á sensação dolorosa que produziria uma chicotada em volta da base do thorax; compararam-na tambem á pressão d'um torno, a uma queimadura, etc.

Estas dôres são mais frequentes nos indivíduos novos; segundo Lee, em 100 doentes, faltam apenas 6 vezes. São vivas, lancinantes, raras vezes tomam um typo continuo; são geralmente intermittentes ou remittentes com accessos de tarde ou de noite, perturbando o somno dos doentes. Sob a influencia das vicissitudes atmosphericas, estas dôres apparecem bruscamente e cessam ás vezes tambem d'um modo brusco; o menor movimento as provoca, o repouso as acalma.

Estas dôres irradiam, como já disse, para os membros e, em lugar de seguirem o sciatico, seguem ás vezes o nervo crural; perturbações analogas se dão nos membros superiores.

As dôres não são ás vezes bem nitidas nem bem localizadas; consistem, por exemplo, n'umas dôres irraticas e fugazes no epigastro, mesmo verdadeiras crises gastricas, dôres sobre a massa sacro-lombar, no angulo posterior das costellas, etc., as quaes dão por vezes logar a erros de diagnostico. A persistencia e a repetição successiva d'estas dôres, cuja explicação se não encontrá, deve-nos fazer prever a origem rachidiana.

Com o apparecimento da gibbosidade e da paralytia, os phenomenos nevralgicos desapparecem na maioria dos casos.

Ao lado das perturbações nevralgicas, observam-se muitas vezes sensações anormaes periphericas que parecem ligadas á compressão da medulla, taes como picadas, formigueiros, caimbras, sensação de frio nas extremidades, dôres percorrendo subitamente o tracto dos nervos, etc.

Desde que estes signaes apparecem, é indispensavel explorar o rachis directamente, procurando pela

pressão a sensibilidade de cada vertebra da região suspeita. A pressão deve ser feita gradualmente e deve ser repetida muitas vezes para evitar qualquer erro sobre a origem e caracter da dôr.

Muitos outros meios de despertar a dôr rachidia-na teem sido aconselhados; mas todos elles são muito menos fieis que a pressão methodica, teem um valor muito secundario e por isso me abstenho de os apresentar.

N'esta epocha inicial da doença e conjunctamente com as dôres, nota-se difficuldade nos movimentos do rachis, que se traduz pela rigidez d'uma porção da columna vertebral, funcionando como uma só peça nos movimentos de extensão e flexão.

A rigidez particular da região doente está ligada á contractura das massas musculares das goteiras vertebraes. A' simples vista se nota muitas vezes uma saliencia anormal de cada lado da linha media, ou d'um só lado. A palpação mostra que a consistencia dos tecidos é maior n'este ponto e que a espessura muscular augmentou.

Não se julgue que é sempre facil ou mesmo possível reconhecer a lesão vertebral no seu principio. A indolencia pode ser absoluta e os primeiros symptomas apreciaveis serem já a gibbosidade e os abscessos por congestão; estes casos são, todavia, raros.

Algumas vezes o mal de Pott annuncia-se por crises epileptiformes. Lannelongue, Vulpian e Michaud referem casos d'esta ordem. Comprehende-se, pois, a grande difficuldade que ha em fazer o diagnostico n'estas condições; para isso a exploração vertebral pela compressão é um valioso recurso.

**Gibbosidade.** — Designa-se sob este nome a inflexão anormal do rachis devida á destruição da sua continuidade. A gibbosidade apparece em geral d'uma maneira lenta e progressiva em individuos tendo ou não apresentado dôres ou outros symptomas iniciaes.

A appareção subita da gibbosidade é um facto excepcional. Um individuo na occasião d'um esforço, transportando ou levantando um peso, sente um estalido brusco ao nivel do dorso ou dos lombos e sente encurvar-se; ás vezes no mesmo instante apparece uma paralyisia dos membros inferiores. Nelaton cita d'estes casos.

O character essencial da gibbosidade, no mal de Pott, é ser posterior e mediana, comtudo uma ou outra vez se tem observado lateralmente. Acima e abaixo da gibbosidade formam-se curvaturas de compensação; quando a gibbosidade não é mediana, pode haver difficuldade em a distinguir da scoliose; esta distincção faz-se em presença d'outros signaes clinicos e da historia do doente.

Se a gibbosidade é d'antiga data, não ha dôr ao seu nivel, ou é muito pouco notada. A gibbosidade rachidiana determina a producção de deformações no rachis e nos ossos visinhos; já fallamos das curvas de compensação com o fim de restabelecer o equilibrio, das deformações do thorax, principalmente do esterno; das deformações da bacia e da importancia que o seu estudo tem para os parteiros; e dissemos tambem que estas deformações se dão durante o periodo do desenvolvimento do esqueleto.

**Paralysias.** — Este symptoma chamou de tal modo a attenção de P. Pott que fez o assumpto das suas

memórias, mostrando elle n'uma que a paralyisia dos membros inferiores está ligada a uma lesão vertebral e traçando n'outra, com grande rigor, o quadro clinico d'este notavel symptoma.

Apesar da distancia que nos separa do auctor inglez, só ha poucos annos, pelos progressos da anatomia pathologica, se entrou verdadeiramente no conhecimento das paralyisias, pelo que diz respeito á sua pathogenia, na doença de que tratamos.

As perturbações da innervação não estão em relação directa com a gibbosidade, podem faltar com uma deformação muito notada, e pelo contrario, mostrar-se, ás vezes, com ausencia de deformação. Estas perturbações funcionaes dividem-se em tres grupos: perturbações da sensibilidade, da motilidade e da nutrição.

✓ Em geral a motilidade é atacada mais vezes que a sensibilidade. Habitualmente a gibbosidade precede a paralyisia, mas ás vezes, sem que tenha havido qualquer outro signal ou, quando muito, tendo-se notado umas dôres vagas, manifesta-se a paralyisia dos membros, como primeiro symptoma do mal de Pott.

As alterações medullares podem não ser a consequencia da compressão produzida pelas vertebraes deslocadas, mas antes consequencia da invasão do canal rachidiano pelo foco tuberculoso; e, como esta invasão pode ter logar antes da formação da gibbosidade ou durante o periodo da sua producção, d'aqui resulta a paralyisia precoce ou tardia, sendo esta a mais habitual.

✓ Algumas vezes a paralyisia apparece de repente, mas isto dá-se principalmente quando a gibbosidade se forma tambem d'um modo brusco; ordinariamente o principio da paralyisia é lento e mesmo insidioso.

A paralyasia póde ser completa ou incompleta. A paralyasia completa póde depois d'algum tempo retrogradar em parte, reaparecendo alguns movimentos, ás vezes d'um só lado.

Geralmente, no fim d'um certo tempo, á paralyasia segue-se a contractura dos musculos paralyçados. Os doentes com uma mudança de posição ou sem nenhuma excitação exterior experimentam sobresaltos, caimbras nos membros; mais tarde uma contractura continua succede a estes espasmos. Os membros tornam-se rigidos e a sua flexão faz-se á custa de grandes esforços e de dôres violentas para o doente. No principio dá-se a extensão completa, mais tarde vem a flexão.

As contracturas variam desde uma leve rigidez até á rigidez absoluta e invencível.

A abolição dos movimentos voluntarios com estado flaccido dos membros indica uma interrupção na continuidade physiologica dos feixes brancos (conductores) da medulla. Os espasmos e as contracturas são phenomenos d'actividade medullar, em connexão com uma irritação da substancia cinzenta.

Durante o periodo das contracturas dá-se, em geral, a atrophia dos musculos e outras perturbações trophicas. Estes symptomas não são, comtudo, d'um prognostico desesperado. Alguns doentes, depois de muitos mezes de contracturas, recuperam as funcções dos membros.

As perturbações de sensibilidade são de duas ordens, segundo se manifestam no principio ou no periodo d'estado. As primeiras consistem em phenomenos dolorosos, pseudo-nevralgias de Charcot, devidos á nevrite das raizes rachidianas de que já demos uma leve descripção.

Entre as perturbações ulteriores, umas são hypersthesicas -- picadas, comichões, dôres fulgurantes; outras dysesthesicas — sensação penosa ao contacto d'um corpo frio, etc., que se propagam algumas vezes ao ponto symetrico do lado opposto (sensações associadas de Charcot); emfim certos phenomenos anestheticsos determinam o retardamento na transmissão das sensações.

O retardamento e a perversão das sensações indicam uma alteração organica da medulla.

↙ A sensibilidade é, como já dissemos, sempre menos alterada que o movimento, e, quando ella é atacada, só o é posteriormente. Tem-se explicado a successão dos dois symptomas, paralyisia motora e anesthesia, do seguinte modo: os feixes brancos, conductores dos movimentos, estão situados adiante na espessura da medulla, expostos a soffrer primeiro as alterações pathologicas, emquanto que as columnas cinzentas, que são consideradas como as conductoras principaes da sensibilidade, são protegidas pelas camadas brancas e portanto atacadas mais posteriormente.

Observam-se tambem perturbações da bexiga e do recto no mal de Pott, mas são em geral menos notadas que nas paralyusias traumaticas; uma retenção ou uma incontinençia d'urina persistentes são muito raras.

A estas perturbações da sensibilidades e da motilidade juntam-se no mal de Pott, como nas lesões traumaticas da medulla, perturbações da nutrição, atrophia, degenerescencias, fibrosa e gordurosa dos musculos, arthropathias, erupções diversas, escaras, etc.

**Abscessos por congestão.** — Os abscessos por conges-

tão são sempre o resultado da suppuração de focos tuberculosos e a sua marcha clinica é analoga em todos os casos. Constituem uma das complicações mais terrives do mal de Pott. Aparecem, em geral, depois que as alterações osseas e as perturbações nervosas se teem manifestado; ha, porém, casos em que o symptoma abscesso se manifesta ao mesmo tempo ou mesmo antes dos seus companheiros — gibbosidade e paralyisia.

Foi Ledran que restabeleceu a relação entre o abscesso por congestão e a lesão vertebral; designou os abscessos pelo nome de *collecções de pus*. Boyer deu-lhes depois o nome de *abscessos por congestão* que foi accete e corre ainda hoje em todos os livros. Modernamente Lannelongue, considerando que a parede do abscesso contém elementos especificos e se infiltra nos tecidos á maneira dos neoplasmas, propõe a denominação de *tuberculomas* aos abscessos por congestão, o que é bom, o que é racional, o que satisfaz á sciencia e á clinica. Realmente os abscessos por congestão differem de quaesquer outros pela origem, modo de desenvolvimento, progressão, prognostico e tratamento.

O abscesso por congestão póde ficar sessil, mas geralmente emigra e apparece superficialmente a uma distancia maior ou menor do seu ponto d'origem.

O seu trajecto, estreito em certos pontos, dilata-se n'outros, formando vastas collecções ao nivel de obstaculos á sua progressão.

Unicos ou multiplos, os abscessos não se revelam sempre, no seu principio, por signaes faceis de reconhecer. Ordinariamente determinam na sua séde uma dôr branda, fixa, que augmenta pela pressão; quando os abscessos caminham para a superficie, cêdo apre-

sentam caracteres que não permitem duvida; mas, quando estão situadas nas partes antero-lateraes dos corpos vertebraes, são difficilmente accessiveis e só pela palpação profunda e cautelosa do abdomen se chega a suspeitar d'um abscesso em via de formação.

Quando o abscesso por congestão se torna visivel no exterior, apresenta-se sob a fórma d'um tumor francamente fluctuante, sem mudança de côr dos tegumentos, sem calor, sem adherencias á pelle, indolente, baço á percussão, tendo como signal caracteristico a reductibilidade, que se torna muito visivel nos abscessos da côxa. Applicando a palma da mão sobre a fossa iliaca, abraçando com a outra mão o tumor femoral e exercendo pressões alternadas d'uma mão para a outra, faz-se assim refluir o liquido d'uma bolsa para a outra atravez do aperto formado pela arcada crural.

Quando o trajecto é longo, fórma muitas vezes no seu percurso varias dilatações successivas.

A marcha dos abscessos por congestão é ordinariamente progressiva. O tumor caminha pouco a pouco, augmentando de volume, e, chegado sob a pelle, acaba por se abrir. Esta evolução não é fatal; porque, segundo a parede do abscesso contém elementos em proliferação ou não, assim elle augmenta ou fica estacionario. Em certas condições o abscesso póde retrogradar, o conteúdo reabsorve-se lentamente e a cura dá-se por completo sem abertura. Estes casos são mais frequentes que se julga; todavia o abscesso, quando tomou um certo volume, tende a abrir-se para o exterior ou para uma cavidade visceral.

Aberto o abscesso e posta a cavidade em communição com o exterior, dão-se fermentações, trazendo a septicemia aguda ou chronica. Se o abscesso se não

esvasia completamente, os liquidos retidos soffrem a fermentação putrida e manifesta-se a septicemia; apparece febre com exacerbações vesperaes, suores, diarrhéa, emmagrecimento progressivo e os doentes succumbem.

Se a abertura do abscesso se faz para uma cavidade visceral, o perigo da infecção é ainda maior; por vezes estes abscessos se abrem para a bexiga, para o colon, para o recto, para a trachea, para o esophago etc.

Não se julgue do que fica dito, que a abertura d'um abscesso por congestão é necessariamente mortal; muito ao contrario, se os liquidos se escoam livremente, o trajecto se retrahê, o foco não está em contacto com o exterior senão por um estreito canal, o pus pôde deixar de se formar e o doente recuperar a saude.

## Diagnostico

O diagnostico do mal de Pott é muito differente, segundo a doença está no periodo inicial ou no periodo de estado. Quando o mal de Pott chega ao periodo de estado, apresentando gibbosidade, paralyxia e abscessos symptomaticos ou mesmo quando ha sómente gibbosidade, o diagnostico torna-se facil; mas no periodo inicial, antes do apparecimento dos symptomas capitaes ou pelo menos d'algum d'elles, o diagnostico torna-se difficil e só a marcha ulterior da doença vem muitas vezes confirmar o diagnostico que se apresentára muito duvidosamente.

E' da maior importancia saber reconhecer o mal de Pott no periodo d'invasão. N'esta altura da doença, a dôr em cintura, a dôr viva augmentada pela pressão sobre as vertebraes doentes, a attitude, a marcha, são signaes que nos levam com uma certa segurança a fazer o diagnostico do mal de Pott inicial. A dôr pôde ser tomada comò rheumatismal, como uma nevralgia

intercostal simples, ou symptomatica d'uma doença visceral, (rins, utero, ovarios); pôde tambem nas crianças fazer crêr n'uma coxalgia; mas n'este caso a inerçia interessa um só membro. A dôr em cintura tem sido confundida com a rachialgia hystérica; Andry, Merlin, Charcot e outros citam casos em que a rachialgia foi tomada por mal de Pott; mas na rachialgia a dôr á pressão é muito mais viva e esta pressão produz um *redressement* em toda a columna vertebral, que falta no mal de Pott e muitas vezes a crise hystérica vem demonstrar a verdadeira natureza da affecção.

Poulet tem ainda mencionado a confusão com a lithiase renal acompanhada de colicas nephriticas; mas este erro evita-se, fazendo o exame das urinas.

A frouxidão anormal da columna vertebral nas crianças fracas differe do mal de Pott pela ausencia de curvatura angular e de pontos dolorosos. O diagnostico differencial do rachitismo não apresenta grandes difficuldades; porque o rachitismo da infancia muito raras vezes se limita á columna vertebral; produz ao mesmo tempo deformações dos membros, curvaturas diaphysiarias etc.

No primeiro periodo, principalmente nas crianças, é preciso não perder de vista a tara hereditaria e todos os antecedentes, assim como ter em grande conta todos os symptomas: as articulações dos membros inferiores, a rigidez dos musculos do dorso, as attitudes que o doente toma, concorrendo todas para immobilisar as vertebraes doentes, a percussão, a pressão, a applicação do frio ao longo da columna, permitem reconhecer um foco de osteite tuberculose.

Já dissemos algures que a deformação rachidiana não é constante; pois falta muitas vezes no mal cervical e no mal lombar, principalmente no adulto; po-

demos, por isso, não ter á nossa disposição para estabelecer o diagnostico senão a paralyisia e os abscessos por congestão. Com estes dois symptomas reunidos o mal de Pott é ainda quasi sempre evidente; mas não succede o mesmo, quando ha sómente paraplegia ou abscessos. E' raro que a paraplegia seja um symptoma isolado do mal de Pott e n'este caso não se poderia relacionar com a lesão vertebral senão pela investigação dos mesmos signaes clinicos que servem para estabelecer o diagnostico no principio da doença: dôr á pressão, rigidez do rachis, dôr em cintura etc.

Quanto aos abscessos por congestão, constituem muitas vezes uma manifestação isolada da tuberculose vertebral, particularmente da fôrma designada por Boyer com o nome de carie superficial.

Ordinariamete a situação do abscesso, a sua evolução seguida pelo doente e pelo clinico não deixam duvida sobre o ponto de partida; taes são os abscessos da virilha e da fossa iliaca.

## Prognostico e marcha

O mal de Pott é uma doença cujo prognostico é sempre grave.

Esta gravidade depende da idade do doente, da séde e da extensão da lesão. A cura obtem-se mais facilmente nas crianças que nos adultos.

A séde do foco influe igualmente no prognostico. O mal de Pott da região cervical é menos grave que o da região dorsal ou lombar. Todo o foco que interessa directamente a medulla, pelo contacto ou pela compressão devida ao abaixamento dos corpos vertebraes, aggrava o prognostico.

As grandes curvaturas, signal da affecção de muitas vertebraes, teem um prognostico menos favoravel que as curvaturas angulares, devidas á destruição d'uma só vertebra.

A gibbosidade tem por si uma significação favoravel; denota que os ossos doentes estão em contacto podendo dar-se a ankylose; mas pôde para o futuro

ter graves inconvenientes, pelas terriveis perturbações funcionaes de que póde ser causa. A deformação do thorax, a sua falta de capacidade, compromettem gravemente a respiração e os movimentos do coração. Os gibbosos dorsaes são sugeitos a palpitações, e as affecções bronchicas tomam n'elles uma gravidade não habitual. Estas perturbações cardiacas e pulmonares são a origem d'uma debilidade irremediavel. Os gibbosos devem levar uma vida calma e sem excessos de qualquer ordem, pois que são incapazes d'um esforço violento, d'um exercicio energico e continuo.

As modificações do calibre da aorta, resultando d'uma mudança de fórma e de direcção do vaso, são uma causa de perturbações cardiacas. A aorta apertada n'um ponto, dilata-se acima e consecutivamente dilata-se o coração esquerdo.

A existencia de phenomenos paralyticos e as escaras consecutivas, a presença de abscessos, que uma vez abertos, pódem dar accesso aos germens septicos, os perigos da tuberculisação geral, devem tornar o clinico circumspecto mesmo nos casos de apparencia favoravel.

O mal de Pott tem sempre uma evolução lenta e uma duração longa. A morte dá-se em geral depois de alguns mezes de suppuração, ás vezes depois d'alguns annos. Se se obtém a cura, a restauração não é completa senão depois d'um tempo bastante longo, indo ás vezes até oito ou dez annos. E' impossivel no principio da doença fixar a sua duração, prever a natureza dos accidentes e predizer-lhe o fim; é preciso contar, como já dissemos, com a sède e a extensão da lesão, com o seu modo de progressão, com os incidentes que pódem sobrevir, com a idade e condição social dos doentes.

A resistencia no adulto é menor, o perigo da infecção visceral mais imminente.

Os doentes que não podem viver em boas condições hygienicas perdem o maior numero de probabilidades de cura e por isso a pratica mostra que o numero de curas é maior nos doentes das classes abastadas.

O mal de Pott é muitas vezes uma affecção isolada; mas frequentemente é acompanhado de manifestações em diversos pontos do organismo, principalmente nas visceras.

A estatistica de Bouvier a este respeito dá o resultado seguinte: em 82 casos de mal de Pott, sem distincção de idade, 45 vezes havia lesões tuberculosas n'outros pontos além da columna vertebral; em 78 casos de morte de individuos atacados de mal de Pott, 44 vezes a morte foi devida á lesão rachidiana, 34 vezes devida a outra affecção. É, pois, evidente que, para apreciar justamente a gravidade do mal de Pott, é preciso ter em conta, d'uma parte a lesão rachidiana em si, d'outra parte todas as manifestações concomitantes da tuberculose. Estas duas influencias conduzem á morte em proporções quasi iguaes.

Quando a morte é a terminação do mal de Pott, póde sobrevir em qualquer periodo em virtude d'uma das seguintes causas:

- 1.<sup>a</sup> tuberculose generalizada;
- 2.<sup>a</sup> tuberculose concomitante d'um outro orgão;
- 3.<sup>a</sup> nephrite parenchimatosa, ou degenerescencia amyloide do rim;
- 4.<sup>a</sup> septicemia ou infecção putrida consecutiva á abertura dos abscessos por congestão;

- 5.<sup>a</sup> abertura dos abscessos para as grandes cavidades serosas;
- 6.<sup>a</sup> esgotamento pela suppuração prolongada;
- 7.<sup>a</sup> ulceração de vasos importantes ao nível das lesões osseas ou d'um abscesso por congestão;
- 8.<sup>a</sup> parylisia, principalmente quando o mal de Pott é na região cervical;
- 9.<sup>a</sup> escaras profundas da região sagrada e meningo-myelite ascendente.

A cura é o segundo modo de terminação do mal de Pott; é um facto perfeitamente demonstrado hoje. Póde operar-se em fórmias e graus muito variaveis, segundo a região affectada e a extensão da lesão.

Um ponto dos mais delicados na pratica é o de fixar o momento da cura, isto é, o momento em que o doente póde voltar ás suas occupaões sem receio de novos accidentes. Não se resolve este problema com um simples exame, pois não é facil verificar directamente o grau de consolidação do rachis. A ausencia bem demonstrada de accidentes locaes, a possibilidade do doente fazer uma marcha prolongada sem se fatigar, o bom estado de conservação e nutrição do doente, eis os dados em que nos podemos fundar para fazer com um certo criterio o nosso juizo a respeito d'um caso de cura. Não devemos, porém, nunca esquecer que taes curas nem sempre são definitivas; as recaidas no mal de Pott dão-se algumas vezes.

Em certos doentes julgados curados, apparecem, passado tempo, dôres locaes ou irradiadas, phenomenos paralyticos ou contracturas; n'outros, sem qualquer outra perturbação, apparecem abscessos por congestão; isto não é um segundo estado pathologico, é o prolongamento, com um longo intervallo, do trabalho

primitivo; é o desenvolvimento de antigas sementes tuberculosas que ficaram estacionarias por muito tempo nos primeiros focos.

A recaída torna-se em geral mais grave que o primeiro ataque; porque o doente é então um tuberculoso antigo com uma menor resistencia organica em quem os phenomenos locais são mais accentuados e a marcha da doença mais rapida. Por vezes apparecem com as recaídas novas localizações tuberculosas, que apressam a marcha da doença e que concorrem em grande parte para livrar o doente do pesado fardo da vida.

## Tratamento

---

O tratamento do mal de Pott é medico e cirurgico, obedecendo cada um á sua indicação. O tratamento medico dirigindo-se ao estado geral do doente, emprega-se em todos os periodos da doença com o fim de fortificar o organismo por uma boa hygiene e por uma medicação interna apropriada.

O tratamento cirurgico tem por fim limitar a marcha das perturbações locais. Varia segundo a phase da doença e segundo os symptomas a que se dirige.

**Tratamento medico.** — Sabe-se qual é o importante papel que desempenha a constituição do individuo n'esta, como em todas as doenças. Se o organismo não está em condições de reagir contra as causas de enfraquecimento, de resistir á infecção tuberculosa e aos accidentes septicos, toda a intervenção cirurgica é inutil. Por isso é preciso conservar e excitar a actividade

das grandes funcções, por uma boa hygiene, uma alimentação apropriada, uma medicação tónica e reconstituente, um clima favoravel, etc.

A primeira condição d'uma boa hygiene é a permanencia no campo e em habitações bem arejadas. Não ha incompatibilidade entre o repouso e a reclusão. Fazendo-se uso d'uma cama portatil, o doente póde ser levado para ponto bem arejado e exposto ao sol, onde passará a maior parte do dia.

A alimentação deve ser variada e rica em materias azotadas; o vinho e a cerveja devem ser empregados como excitantes; quando o appetite falta, o emprego do pó de carne presta bons serviços.

As crianças, principalmente, tiram bom resultado, vivendo junto do mar; o clima maritimo deve ser aconselhado sempre que não haja complicações tuberculosas visceraes; aos doentes com taes complicações convém mais um clima quente. As estações d'aguas mineraes, principalmente as chloro-sodicas, são bastante aconselhadas.

Como medicamentos, empregar-se-ha em primeiro logar o oleo de figado de bacalhau, em dóses moderadas, interrompendo o seu uso de tempos a tempos.

Os preparados de iodo, de arsenio, de ferro, a quina, o phosphato de calcio são largamente empregados e, sem terem virtudes especificas, prestam, comtudo, bons serviços.

**Tratamento cirurgico.** — No principio do mal de Pott e durante a formação da gibbosidade, o tratamento deve satisfazer ás duas indicações seguintes:

1.º limitar as desordens locais, contendo a marcha progressiva do foco tuberculoso inicial ;

2.º obstar á formação da gibbosidade, ou reduzi-la ao minimo. Esta proposição é uma dependencia da primeira.

Para limitar o foco tuberculoso não se dispõe até hoje de nenhum meio especifico. Nenhum medicamento ou processo local permite sustar a invasão tuberculosa ou curar os focos iniciaes.

Percival Pott, fallando do emprego dos cauterios, exaggera por certo quando diz : «Os doentes de qualquer idade, que eu tenho tratado no principio da doença, todos se teem restabelecido».

Os cauterios, depois de terem por mais d'um seculo a confiança illimitada de todos os cirurgiões, foram considerados como de nenhum valor curativo e julgados mesmo prejudiciaes, por concorrerem pela suppuração abundante para o enfraquecimento e esgotamento mesmo dos doentes.

O emprego dos cauterios resultava da interpretação falsa d'um facto verdadeiro. Notando-se, como nós já referimos, que ás vezes a paralyisia dos membros inferiores desaparecia depois da abertura dos abscessos por congestão, P. Pott, querendo imitar a natureza, lançou mão dos cauterios cuja apologia fez rasgadamente na sua primeira memoria.

Se os cauterios não teem acção curativa sobre a lesão especifica, o methodo revulsivo tem utilidade contra certas complicações inflammatorias e congestivas, que sobreveem no foco vertebral e particularmente sobre as pachymeningites d'ordem irritativa. No primeiro periodo da doença os revulsivos teem a vantagem de calmar as dôres.

A immobilisação do rachis tem um papel importante no tratamento do mal de Pott; impedindo a região atacada de se curvar, previne a gibbosidade.

**Extensão continua.**— A extensão continua deve fazer-se em condições diferentes segundo a séde da lesão. O methodo da extensão continua é apresentado por Lannelongue e outros, como tendo uma grande superioridade; porque, supprimindo a compressão, diminue a irritação local, limita os focos, favorece a reparação das desordens e tende a localisar uma affecção progressiva.

O principio racional que deve ser posto em pratica, consiste em subtrahir a maior parte possivel do peso do segmento superior e transportar-o abaixo da lesão por qualquer outro meio, que não seja o rachis. O decubito horisontal é o meio mais simples, mas não satisfaz; porque este decubito torna-se difficil ou impossivel mesmo de supportar por muito tempo, e porque o doente faz movimentos de lateralidade do tronco, e qualquer movimento é uma causa de irritação local, bastante para provocar a contractura dos musculos do tronco e esta contractura é uma nova causa de compressão no foco tuberculoso. Portanto, se o decubito suprime, até certo ponto, a influencia nociva do peso do corpo, não faz cessar a compressão ao nivel da região affectada; por isso se vê no mal de Pott apparecer ou augmentar a gibbosidade no decubito horisontal, posto que seja muito menor do que, se o doente se entregar aos exercicios corporaes ordinarios.

Teem-se construido aparelhos destinados á extensão continua, permittindo ao doente a marcha e

uma boa hygiene corporal; mas nenhum d'elles até hoje satisfaz a estas duas condições.

E', portanto, sobre o doente deitado que se deve applicar a extensão continua. Para obter esta extensão teem-se empregado diversos meios, alguns bastante complicados, que em geral são os peiores na pratica.

Todo o apparatus extensor deve apresentar, como condição essencial, um ponto de applicação conveniente para a extensão e a contra-extensão.

Para a contra-extensão, o apparatus toma o seu ponto d'apoio inferior sobre a bacia e sobre os quadris; mas isto não se póde fazer nas crianças antes de dois annos, pelo pouco desenvolvimento da bacia, nem quando o mal de Pott occupa as ultimas vertebrae lombares ou o sacro.

Em cima é menos facil encontrar ponto d'apoio para a extensão.

Os orthopedistas escolhem geralmente o thorax e as axillas construindo colletes mais ou menos complicados.

O thorax é mau ponto d'apoio; porque o collete, comprimindo-o na base, difficulta a respiração, o que é grave para os individuos debedis, como são os atacados de mal de Pott. O ponto d'apoio nas axillas tambem não tem valor. Os colletes são insufficientes, quando são applicaveis, e n'um grande numero de casos não são applicaveis. E' preciso procurar outro ponto d'apoio para a extensão; esse ponto é a base do craneo. A tracção exerce-se em baixo sobre a bacia, em cima sobre a cabeça.

Com este fim Lannelongue emprega um apparatus composto de duas peças: uma cintura pelvica de couro moldado, apoiada sobre o sacro e quadris, e uma especie de colher tambem de couro moldado applicada

atrás sobre a face inferior do occipital e adiante sobre a região supra-hyoidea e maxillar inferior. Estas peças fundamentaes são reunidas uma á outra por duas hastes metallicas, uma anterior, outra posterior, tendo cada uma na parte media uma cremalheira que permite afastar as duas peças do aparelho e, portanto, graduar a extensão continua.

**Repouso.** — O repouso no decubito horizontal não é um methodo novo; já David dizia no tempo de P. Pott que a cura das lesões vertebraes era «obra da natureza, do tempo e do repouso».

Atribuia as curas de P. Pott ao repouso e não aos cauterios.

O repouso é uma condição essencial do tratamento local. Reconhecido o mal de Pott, e antes que exista deformação importante, o doente deve ser posto no decubito horizontal; este meio attenua as complicações inflammatorias que são a origem das contracturas e das dôres.

Alguns cirurgiões (Boyer, Nelaton e outros) contentam-se com uma immobilisação e um repouso relativos; mas a necessidade da immobilisação e do repouso deve ser considerada como uma regra absoluta. A permanência na cama não basta; é preciso juntar-lhe o uso d'um aparelho, como a goteira de Bonnet, que se oppõe a todo o movimento da parte do segmento doente da columna vertebral.

Para que os doentes se não vejam forçados a uma longa permanencia em decubito horizontal, privados assim d'uma certa hygiene, teem-se construido aparelhos que permitem a marcha. sendo o mais impor-

tante o collete gessado de Sayre, que se applica do seguinte modo:

Levanta-se o doente verticalmente pela cabeça e pelas axillas com um aparelho suspensor, cobre-se-lhe o tronco com uma flanela bem justa, desde as axillas até aos trochanteres; applicam-se em volta do thorax e do abdomen faxas de tarlatana gessada, entre ellas collocam-se algumas talas; para não difficultar a respiração empregam-se chumaços de algodão sobre o abdomen e sobre o peito antes da tarlatana.

Os chumaços do abdomen são tirados antes da consolidação completa do gesso; fazem-se recortes, desembaraçando as espinhas iliacas da compressão. Feita a consolidação do gesso, tira-se o doente do aparelho suspensor.

Gibney modificou o collete de Sayre, empregando duas faxas gessadas, uma em volta da bacia, outra do thorax, unidas uma á outra por hastes de ferro com cremalheiras para fazer a extensão continua.

Estes aparelhos, apesar de cautelosamente empregados, difficultam por vezes a respiração, podem produzir excoriações, e muitas vezes ao levantal-os encontram-se escaras e ulcerações profundas. Lannelongue affirma que os colletes gessados não conservam a immobilisação da parte doente e não produzem a extensão permanente. Durante a marcha, os segmentos da columna vertebral teem uma certa mobilidade um sobre o outro.

Estes aparelhos teem a vantagem da facil applicação e da economia, lutam vantajosamente contra a tendencia á gibbosidade; mas, quando esta se produziu, é inutil e mesmo perigoso o emprego de taes aparelhos, correndo-se o risco de despertar o trabalho inflammatorio.

Se o mal de Pott chegou já á segunda phase, apresentando os tres symptomas capitaes juntos, gibbosidade, paralysisa e abscessos, ou combinados, ou qualquer d'elles isoladamente, o tratamento a seguir é differente e em harmonia com cada especie de accidentes. Trataremos das indicações a proposito de cada um d'elles.

**Gibbosidade.**— Alguns cirurgiões não prestam cuidados á gibbosidade; porque a consideram irremediavel; outros teem tentado corrigil-a, empregando para isso varios processos sem d'elles tirarem grande resultado. Já Hippocrates refere infructiferas tentativas, e em todos os tempos e em toda a parte se teem empregado varios processos, já deitando os doentes sobre colchões duros, tendo ao nivel da gibbosidade uma almofada d'ar, já exercendo sobre a deformidade a extensão e a contra-extensão, etc.

Bampfiede fazia deitar os doentes em decubito ventral e fazia extensões momentaneas e pressões brandas e continuas sobre a gibbosidade, combinando todas estas manobras com o repouso. Só o decubito ventral foi bem recebido, as manobras foram regeitadas.

Sayre empregou o seu collete gessado e a suspensão, permittindo a marcha.

Todos os processos teem tido os seus seguidores; mas a gibbosidade resiste, a maior parte das vezes, aos meios empregados; o endireitamento que se obtem é sempre muito limitado e para d'elle se fazer um juizo exacto é preciso attender ás curvas de compensação. Não se tendo prevenido a gibbosidade, o seu endireitamento é uma questão secundaria; todos os

esforços do cirurgião devem tender a limitar as lesões, a favorecer a sua reparação e portanto a consolidação do rachis.

**Paralysis.** — As paralyisias no mal de Pott podem curar-se espontaneamente e progressivamente; algumas vezes a abertura d'um abscesso ou a simples aparição sob a pelle d'uma collecção profunda é seguida d'uma melhora rapida da paralysisia.

Do antigo emprego dos cauterios e da reputação que por muito tempo gosou este meio therapeutico, já fallamos; a cura das paralyisias em taes condições era devida ao repouso no decubito horisontal; com a queda dos cauterios o numero de curas não diminuiu. Comprehende-se que a applicação d'um só cauterio seja inoffensiva; mas já assim não succede quando as cauterisações se contam por dezenas, produzindo fundas ulcerações, quatro ou seis ao mesmo tempo, abertas successivamente durante um ou dois annos. Os revulsivos superficiaes e entre elles as pontas de fogo são aconselhadas; Charcot affirma ter tirado bom resultado de tal emprego. O seu effeito explica-se por uma acção favoravel exercida sobre a pachymeningite e a congestão medullar, que ella arrasta.

O tratamento applicado ás alterações osseas é tambem o que convém á paralysisia; d'aqui vem a vantagem do repouso prolongado e do collete de Sayre, quando apparecem dôres violentas, contracturas nos membros inferiores, um grande enfraquecimento, um ameço de paraplegia, symptomas que, n'esta altura, podem desaparecer completamente.

Se a paraplegia, porém, está definitivamente declarada, não se póde esperar grande beneficio dos ap-

parelhos. A reconstituição dos elementos nervosos faz-se muito lentamente; é auxiliada pelo emprego das preparações de ergotina e de noz vomica e das pontas de fogo sobre as partes lateraes do rachis.

A massagem e as correntes continuas favorecem a reparação dos musculos e combatem a tendencia ás contracturas.

Modernamente, depois dos progressos da cirurgia com os methodos antisepticos, muitas tentativas tem sido feitas para supprimir por meio d'uma operação as causas da paralysisia. N'este sentido muito se tem trabalhado na cirurgia ingleza e allemã.

William White apresenta uma estatistica de dez operações com os seguintes resultados: tres curas completas, quatro curas operatorias com melhoras da paraplegia, tres mortes; mas estes casos, cujo resultado White apresenta como muito animador, não eram todos de mal de Pott. Dercum e White apresentam dois casos operados, dos quaes um se curou; mas durante a operação nada se encontrou na parte ossea; havia simplesmente adherencias entre a arachnoidea e a dura-mater; o outro operado morreu algumas horas depois da operação. Na autopsia encontraram-se lesões tuberculosas extensas, adiante, nos corpos das vertebraes dorsaes e lombares.

Thompson refere um caso de trepanação praticada por A. Wright n'uma criança de sete annos com mal de Pott, apresentando paralysisia completa dos membros inferiores e incontinençia de urinas e de fezes: a melhora foi momentanea, mas dois mezes depois da operação a anasthesia sobe até ao ponto onde estava anteriormente, quasi logo desaparece todo o movimento voluntario dos membros inferiores. O resultado

em qualquer d'estes casos não é pois completamente satisfatorio.

A trepanação praticada por Soulham e referida por William Thorburn, não impediu que o operado morresse 6 annos depois devido a mal de Pott dorsal. Mac Ewen operou uma criança de 9 annos que havia 2 annos tinha uma paraplegia completa; mas 3 annos antes tinha apresentado uma curvatura do rachis entre a 5.<sup>a</sup> e a 7.<sup>a</sup> vertebra dorsal, que tratada pela immobilisação tinha terminado pela ankylose. A ablação das laminas das 5.<sup>a</sup>, 6.<sup>a</sup> e 7.<sup>a</sup> vertebraes dorsaes permittiu reconhecer a existencia, entre a duramater e o osso, d'uma producção fibrosa, espessa, intimamente adherente ás meninges que foi cuidadosamente tirada. No dia seguinte os membros tomavam a côr propria e tornavam-se mais quentes; a sensação do contacto apparecia e no fim de oito dias appareciam os movimentos; os esphincteres tomaram a sua tonicidade e seis mezes depois a criança andava sem precisar de qualquer auxilio. A intervenção aqui foi contra a paralyisia que ficou do mal de Pott, pois que este estava curado no momento da intervenção. Este bom resultado não foi depois continuado em novas operações praticadas por Mac Ewen.

No estado actual da sciencia, sabendo se que as paralyisias, filiadas no mal de Pott, se pôdem curar expontaneamente, ou sob a influencia d'um tratamento apropriado, torna-se difficil, mesmo impossivel, fazer affirmações absolutas sobre o valor de trepanação do rachis em taes paralyisias: é preciso esperar, e a trepanação só será justificada quando tenham fallhado todos os outros meios therapeuticos.

Devemos sempre recear a impossibilidade de tirar toda a lesão tuberculosa e temer a generalisação da

doença, como por vezes succede depois d'uma intervenção. De mais, o valor da operação está ligado ao mecanismo da paralyisia; se esta fôr devida a uma compressão puramente mecanica, a trepanação tem todo o valor.

Forest Willard diz que a operação só é admissivel quando, depois d'um tratamento por muito tempo continuado, pela suspensão e immobilisação, a paralyisia completa do movimento e da sensibilidade persiste, com contractura dos musculos e diminuição ou perda dos reflexos, primitivamente exaggerados.

Por tudo isto nós parece que a trepanação do rachis muito embora venha a ter um largo futuro, não tem ainda actualmente firmada a sua reputação.

**Abscessos por congestão.** — Não ha uma conducta invariavel a seguir no tratamento dos abscessos por congestão; varia segundo a marcha das collecções. O que é preciso não esquecer são os dois principios seguintes:

- 1.º os abscessos por congestão são susceptiveis de cura espontanea;
- 2.º a abertura dos abscessos pode ser seguida dos mais graves accidentes.

Os abscessos pódem estacionar ou progredir constantemente, e a estes dois typos de evolução correspondem dois methodos therapeuticos; um tendo por fim impedir a abertura, procura obter a reabsorpção do conteúdo, a retracção e a oclusão da bolsa; o outro, praticando a abertura quando ella é inevitavel procura tornal-a o menos nociva possivel.

**Meios que favorecem a reabsorção.** — De todos os meios que podemos empregar o mais efficaz é a immobibilidade. Se a região doente da columna vertebral fôr cuidadosamente immobilizada pela goteira de Bonnet ou qualquer outro aparelho, as lesões osseas tendem á reparação e a reabsorção dos abscessos é favorecida. A immobibilidade é o meio racional de evitar a irritação local e as complicações inflammatorias, que são as causas mais activas do augmento dos focos tuberculosos e portanto do desenvolvimento dos abscessos.

Os differentes meios que antigamente se empregavam com o fim de activar a reabsorção, e que consistiam todos n'uma revulsão feita á superficie da bolsa — cauterios, moxas vesicatorios — estão hoje reconhecidos como de pouca ou nenhuma efficacia. A maior parte dos cirurgiões empregam hoje, quando muito, tintura de iodo, que póde ser applicada durante um certo tempo e tem a vantagem de não encommodar o doente.

**Evacuação dos abscessos e ablação dos focos tuberculosos.** — Antigamente os cirurgiões, pelo receio que tinham das complicações infecciosas a seguir á abertura dos abscessos, tomavam como regra não lhe tocar. Hoje o procedimento é muito outro; a antisepsia põe os doentes ao abrigo dos perigos da infecção consecutiva.

Logo que se esteja convencido de que o abscesso não cede aos meios empregados para que se dê a reabsorção, a regra é evacuar o abscesso e não esperar a sua abertura espontanea. Com a intervenção escu-

dada nos methodos antisepticos, os resultados obtidos são infinitamente superiores aos da antiga cirurgia.

Na evacuação dos abscessos podem empregar-se diferentes methodos :

- 1.º punção simples ou com aspiração;
- 2.º punção seguida d'uma injeção modificadora;
- 3.º larga abertura por uma ou mais incisões;
- 4.º extirpação do abscesso pelas incisões e curetagem.

**Punção.**— A punção simples, mesmo repetida, raras vezes é seguida de cura. Faz-se ás vezes como meio de exploração ou para evitar a abertura espontanea. Emprega-se um trocart, previamente flammado, que tenha um certo calibre para se não entupir. Alguns cirurgiões fazem aspiração com o aspirador de Dieulafoy ou de Potain. Cirurgiões ha que accusam o aspirador de provocar hemorragias, pela mudança brusca de pressão que resulta da evacuação rapida do abscesso; preferem, por isso, a punção simples.

Se o abscesso é sobcutaneo, deve-se depois da evacuação, fazer uma certa compressão com o fim de favorecer a adherencia das superficies e obstar á reproducção rapida do liquido.

**Punção seguida de injeção modificadora.**— Este methodo apresentado por Velpeau foi sobretudo vulgarizado por Boinet. A natureza da injeção tem variado: os seus iniciadores empregaram a injeção de tintura de iodo, que, attendendo á grande irritação que pro-

duz, foi abandonada e substituída por injeção iodoformada.

A principio Billroth, entre outros, empregou uma mistura de iodoformio e glicerina, mais tarde Moseyig-Moorbof e Verneuil empregaram uma solução etherea de iodoformio desde 4 a 10 %.

Um grande numero de cirurgiões confessam ter colhido bom resultado de tal tratamento e apresentam estatisticas, abonando o valor das injeções iodoformadas. Apesar de todos estes successos, o methodo não é admittido sem contestação, pois tem alguns inconvenientes. Em primeiro logar a evaporação do ether distende a bolsa do abscesso, a ponto de muitas vezes ser preciso punccional-o com uma agulha tubulada. Muitas vezes produz-se uma dôr viva ao nivel do abscesso a qual pôde durar muitas horas ou mesmo alguns dias; esta dôr, devida ás vezes á distensão da bolsa, torna-se muito mais penosa quando é provocada pelo iodoformio, actuando como substancia irritante. Outro accidente mais grave, que pôde sobrevir, é a intoxicação pelo iodoformio, a qual, não estando sempre em relação com a quantidade de substancia empregada, se torna de difficil previsão, exigindo uma certa prudencia o emprego de tal injeção. Ás vezes dá-se uma inflammção viva, obrigando a fazer com urgencia uma larga abertura; se a inflammção é lenta, termina por um estado fistuloso. Como os abscessos por congestão constituem uma das complicações mais graves do mal de Pott, deve-se considerar como um beneficio todo o methodo therapeutico que, ainda mesmo que traga pequeno numero de curas, tenha o valor de retardar a marcha e de modificar o character infeccioso de taes abscessos.

O methodo das injeções modificadoras deve ser

melhor estudado, por novos factos cuidadosamente recolhidos para d'elles se tirar um valor definitivo.

**Larga abertura por uma ou mais incisões.** — A abertura dos abscessos por congestão, com o fim de esvasiar o seu conteúdo, conta já muitos annos na cirurgia: Abernethy e Boyer faziam pequenas aberturas com o bisturi, fechando-as depois com um emplasto; o liquido reproduzia-se, sendo preciso fazer successivas aberturas; mais tarde ou mais cedo manifestavam-se accidentes inflammatorios e por fim estabelecia-se uma fistula em condições as mais desfavoraveis. Este modo de intervir está abandonado; porque, como abertura intermitente, é inferior á punção com o trocart, como abertura permanente, tem infinitamente mais perigos que a incisão larga.

Petit e Larrey faziam a abertura dos abscessos com causticos ou com ferro ao rubro, como se a infecção septicemica se fizesse exclusivamente pela superficie da ferida operatoria.

Com a adopção dos methodos antisepticos, os cirurgiões teem feito largas aberturas, procurando mesmo chegar á lesão vertebral e algum resultado se tem colhido d'este modo de intervir.

Desde que a abertura se torna inevitavel, convém *empregar sem perda de tempo* a punção e a injeccão iodoformada e, se o resultado não é satisfatorio, deve-se sem hesitar recorrer á larga abertura sobre o ponto mais declive do abscesso, praticar injeccões antisepticas e mesmo levemente causticas com uma solução de acido phenico, de chloreto de zinco, etc., drenar e pôr a ferida ao abrigo do contacto do ar. D'este modo evitam-se as complicações inflammato-

rias e septicás. A cavidade fica, porém, fistulosa. A cura rápida só se obtém, se o foco vertebral está em via de reparação, ou se o abscesso deixa de estar em relação com este foco. A cura definitiva pôde dar-se, mas este resultado é muito tardio, vem depois das alternativas de cicatrização e reprodução do orifício fistuloso.

Em muitos casos a fistula persiste e a suppuração esgota o doente.

### **Extirpação do abscesso pelas incisões e curetagem. —**

Os conhecimentos anatomo-pathológicos, mostrando a constituição dos abscessos tuberculosos, levaram os cirurgiões á extirpação da parede dos abscessos e dos proprios focos osseos, todas as vezes que isso é possível.

Faz-se uma larga incisão e, penetrando na bolsa do abscesso, procede-se á raspagem da parede com uma cureta cortante. Se fôr possível attingir o foco osseo pratica-se a raspagem e a eliminação de tudo o que fôr suspeito. Em Berlim Israël fez a ablação d'um corpo vertebral, penetrou no canal medullar e evacuou um abscesso que comprimia a medulla; mas este doente morreu 37 dias depois de operado.

Fraenkel refere o seguinte caso: Um doente com um abscesso por cengestão, ao nivel da ultima vertebra dorsal e da primeira lombar, em quem a pratica das injecções iodoformadas não deu resultado, soffreu a ablação do corpo da primeira vertebra lombar até á dura-mater; mas foi preciso suspender a operação, por causa d'uma abundante hemorragia venosa; notou-se nos curativos, que as injecções de sublimado, praticadas no foco operatorio, eram lançadas pela

bocca, o que denota a existencia d'uma communicação do abscesso com os bronchios; comtudo o doente curou-se.

Abbe em 1889 communicou á *New-York Surgical Society* o seguinte: Um doente apresentava ao nivel da nona e decima vertebrae dorsaes uma saliencia volumosa, ao mesmo tempo que havia uma paraplegia incompleta, provocando vivas dôres. O tumor foi largamente aberto e notou-se que havia alteração das laminas e das apophyses espinhosas da oitava, nona e decima vertebrae dorsaes; estas partes foram tiradas e encontrou-se um abscesso tuberculoso entre a parede do canal vertebral e a dura-mater, dependente da alteração d'esta membrana.

Evacuado o pus d'este abscesso, as perturbações funcçionaes diminuíram gradualmente e, tres mezes depois, tinham desaparecido por completo.

Os successos obtidos mostram que se chega n'um certo numero de casos a uma cura rapida; mas é preciso não esquecer que, operando n'uma região profunda e perigosa, quando o abscesso está a grande distancia da lesão ossea de que elle é o symptoma, a curetagem se torna difficil, ou mesmo impossivel de fazer no foco osseo, por pouco extenso que seja, e principalmente quando occupa, como é frequente, os dois lados do rachis. Dada a grande distancia, a tentativa de curetagem do asso deve ser posta de parte e limitar esta operação ao sacco do abscesso e ao trajecto até onde fôr possivel; mas nem aqui a curetagem se pôde sempre effectuar por completo; ha sempre alguns diverticulos tuberculosos que escapam ao operador; pôde haver lesões d'orgãos visinhos, ou a producção de hemorrhagias graves.

E' por isso que muitos cirurgiões, no caso de abs-

cessos profundos, se limitam a abrir largamente o abscesso, fazendo uma bõa drenagem, e a praticar lavagens antisepticas abundantes.

O methodo da curetagem completa que se emprega com bom resultado na tuberculose vertebral posterior, é na maioria dos casos impraticavel no mal de Pott em vista da profundidade e da extensão das lesões.

\*

\*            \*

Para concluirmos o que diz respeito ao tratamento do mal de Pott, fallaremos das operações que actualmente se praticam, nos centros mais avançados da cirurgia, sobre os corpos vertebraes e a face anterior da medulla.

Quando a lesão está entre as meninges e os corpos vertebraes ou na face posterior d'estes, opera-se fazendo passagem pelo canal rachidiano; quando a lesão está na face anterior da columna vertebral, opera-se contornando o rachis.

**1.º Methodo com passagem pelo canal rachidiano.** — Faz-se a laminectomia, afasta-se a medulla e os seus involucrus para um lado do canal rachidiano, para o esquerdo por exemplo, pondo-se assim a descoberto a metade direita da face posterior dos corpos vertebraes. Póde-se passar um instrumento entre duas raizes e ir tirar um sequestro, curetar um abscesso ou esvasiar um foco d'osteite tuberculosa. Póde-se evidentemente do mesmo modo, afastar a medulla para a direita, pondo a nu a metade esquerda da columna vertebral.

**2.º Methodo contornando o rachis.** — Este methodo applica-se ás lesões existentes na espessura e principalmente na face anterior dos corpos vertebraes.

*Na região lombar*, pratica-se a operação descripta por Trèves em 1884:

Faz-se uma incisão entre a crista iliaca e a ultima costella, seguindo o bordo externo da massa sacrolombar; faz-se caminho por entre os musculos até chegar ás apophyses transversas, depois introduz-se o dedo até chegar á face anterior dos corpos vertebraes. Seguindo o osso, não ha risco de ferir nem o peritoneo nem ás arterias lombares. Se existe abscesso symptomatico, a operação de Trèves é mais simples; porque, encontrada a bolsa purulenta, temos uma guia preciosa que nos conduz até á lesão ossea. O tratamento da lesão tuberculosa em si não tem nada de especial; é uma curetagem d'abscesso, uma ablação de sequestros ou um esvaziamento osseo.

*Na região dorsal*, o manual operatorio indicado por Schœffer e Auffrett tem sido principalmente estudado por M. Vincent (*Rev. de Chir.*, 1892, pag. 276 e 379) que descreve os dois processos seguintes:

**Drenagem prevertebral pelo seio do angulo da gibbosidade.** — Faz-se ao longo do bordo externo da massa muscular das goteiras vertebraes uma incisão vertical e no labio externo d'esta, outra horizontal no intervallo de duas costellas, ao nivel da parte mais saliente da gibbosidade.

Se as costellas estão muito proximas, impedindo a exploração e a passagem d'um dreno, faz-se a reseccão d'uma ou duas.

Do lado opposto faz-se a mesma incisão em T; destacam-se os musculos intercortaes, afasta-se a pleu-

ra e chega-se com o dedo ao ponto de inflexão da columna. Depois de ter feito a intervenção necessaria, passa-se pela incisão um dreno que vá d'um lado ao outro.

**Trepanação e drenagem transvertebral.** — Os tempos operatorios são os mesmos até chegar á face lateral da vertebra na qual a sonda canula penetra; é esta a séde da lesão. Com uma cureta limpa-se este foco intra-vertebral e, se o foco não occupa toda a espessura da vertebra, perfura-se o tecido são, oppsto á lesão, e passa-se um dreno.

A final a operação em si é a mesma. Se se encontra uma osteite superficial do corpo vertebral, faz-se a drenagem prevertebral; se o osso apresenta uma caverna, faz-se a drenagem transvertebral.

*Na região cervical*, dois caminhos permitem chegar aos corpos vertebraes: a via bocal e a via latero-cervical.

**Via bocal.** — Faz-se uma incisão na parte media da parede posterier da pharynge; afastando os dois labios da incisão, ficam a descoberto os corpos vertebraes que se podem limpar. Por esta via attingem-se facilmente os corpos da segunda, terceira e quarta vertebrae cervicaes.

**Via latero cervical.** -- Este caminho tem a vantagem de ser empregado para todas as vertebrae cervicaes; no entretanto a constituição anatomica do pescoço deve tornar a operação, por esta via, mais demorada e mesmo mais perigosa.

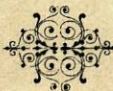
Estas operações de que demos uma pequena ideia

constituem a ultima novidade na cirurgia rachidiana, applicada no mal de Pott.

Em Lyão e n'outros pontos são já feitas em grande numero pelos cirurgiões que caminham na vanguarda da sciencia.

Vincent, que tem a seu cargo enfermarias de crianças tuberculosas, pratica estas operações repetidas vezes, principalmentu a drenagem prevertebral e transvertebral na região dorsal.

Se os resultados operatorios no mal de Pott se não podem chamar brilhantes, isso é devido, não á deficiencia ou á imperfeição dos methodos operatorios, mas ao estado morbido geral do organismo sobre que se actua; sabe-se que um tuberculoso é em geral um terreno ingrato a toda a intervenção therapeutica.



# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.** — A arcada crural não tem fibras proprias.

**Physiologia.** — O sangue arterial é indispensavel para manter a irritabilidade muscular.

**Materia medica.** — Como vomitivo prefiro a apomorphina.

**Anatomia pathologica.** — O systema lymphatico desempenha o principal papel na generalisação da tuberculose.

**Pathologia geral.** — Os filhos de parentes são em geral productos pathologicos.

**Pathologia externa.** — No tratamento da tuberculose vertebral o repouso é uma condição indispensavel.

**Pathologia interna.** — Não existe relação etiologica entre a dysenteria e o impaludismo.

**Operações.** — Na resecção do maxillar superior prefiro a incisão de Liston.

**Partos.** — Não existe relação absoluta entre o numero de pulsações do coração fetal e o sexo.

**Hygiene.** — O vinho proveniente d'uvas sulfatadas não prejudica a saude publica.

---

Visto,

**Sinho**

PRESIDENTE.

Póde imprimir-se,

**W. de Lima**

DIRECTOR.