

Dos methodos de tratamentos e seus commentarios sobre o Mal de Pott na criança

pelo

Prof. Nogueira Flores

Cathedratico de Clinica Cirurgica infantil e Orthopédica de Faculdade
de Medicina de Porto Alegre.

O incomparavel Professor Francisco de Castro proclamava que na cura das molestias e no tratamento dos doentes devem resolver-se a aspiração e o mister da arte clinica.

No tratamento do mal de Pott temos de admittir o grande principio que é immobilisar a região doente; é uma prescripção feita pelo decubito dorsal ou alternado (dorsal e ventral) pelo qual devemos insistir tambem com uma outra, que é uma perseverante paciencia. E' a formula de Broca — immobilisação e paciencia, e a de Ombrédanne — decubito dorsal e paciencia, que ambas bem se correspondem.

Assim fôcado este problema therapeutico, se faz mister que uma formula não é menos indispensavel que a outra, ambas se completam e é tão difficil se obter da familia durante os tres annos de cura.

Outrosim, é preciso conservar ou levantar o estado geral do pottico, aconselhando se collocar, por via de regra, ao ar livre em aeriação continua, em estadia na praia ou serra, os quaes são neste ponto de vista adjuntantes bem preciosos como subsidiarios do tratamento.

Quanto a estadia na praia releva observar que nas formas não irritativas, é bem indicada a sua permanencia em tempo sufficiente para realisar a alternancia climatica.

A heliotherapia é excellente, em bella estação é praticavel por toda parte; no inverno não se póde della beneficiar, senão nas estações de altitude, para ter um ar puro e calmo.

Além desta therapeutica geral não dispensamos como classica, os meios pelos methodos biologicos e pelos methodos chimiotherapicos. Estes são representados: pelo methodo de Finikoff (iodo-calciotherapia), pelo methodo de Bayle (opotherapie esplenica), pelo methodo de de Jacobson (paninas, ether benzil cinamico), o vigantól, o valeól, o gadusan etc. Aquelles, que são os methodos biologicos, como o antigeno de Nègre e Boquet e a alergina de Jousset. Todos estes recursos medicamentosos são bem proveitosos na therapia geral das tuberculosas osteo-articulares.

Como tratamento local é preciso, sem perda de tempo impedir o processo de *ulceração compressiva*; e para preencher esta indicação inadialvel só ha um meio: o *decubito dorsal*. E' uma immobilisação que se realisa de differentes modos, conforme a séde do mal de Pott.

Assim, pois, para os males de Pott lombo-sacros, lombares, dorso-

lombares, dorsaes inferiores, basta deixar a criança deitada em alcochoado duro, collocado em um quadro de madeira com elevação especial — modelo de cama do hospital marítimo de Berck (França). A construção desta cama é simples; um quadro de madeira com um alcochoado de goteira, movel na qual a criança é mantida por um collete de panno branco sobre alcochoado; entre elle e a prancha faremos escorregar uma cunha de madeira em forma de dorso de asno, justa ao nível da lesão vertebral. Esta cunha é collocada muito baixa a principio de modo a não determinar incommodo algum ao paciente e é progressivamente augmentada de altura. Destina-se a impedir a gibosidade ou em determinar lordôses de compensação supra e subjacentes, si esta gibosidade já existir. Duas vezes por dia voltamos a criança e collocamos no lugar durante uma hora sobre o ventre (apoiada nos cotovelos). Produz-se dest'arte uma fôrte lordôse lombo-sacra que actua do mesmo modo que a cunha. E' uma posição tão commoda que permite a criança comer facilmente sem se deslocar, fazer a heliotherapia sobre a região doente e graças a qual podemos facilmente manter em bom estado os tegumentos. E além disto, esta cama permite que se transporte commodamente a criança para as galerias de cura.

Para os males de Pott superiores por causa da presença dos omoplatas, o simples decubito nesta cama não basta. E' preciso fazer-se um *leito de gesso* largamente aberto para diante, no qual se encaixa em baixo a bacia e em cima se forma uma especie de concha para repousar a cabeça, emfim é o leito classico de gesso — typo Lorenz.

Para os males de Pott cervicaes ou sub-occipitais, o leito de gesso deve assegurar aliás uma immobilisação perfeita da cabeça. Para isto fazemos modernamente *minervas* com ataduras gessadas que immobilise perfeitamente a cabeça e o pescoço, deixando o maxillar inferior livre, não se produzindo assim atrophia, como se procedia outr'ora.

Alguns especialistas aconselham alternar o decubito dorsal com o decubito ventral; é uma attitude que é quase impossivel se fazer conservar nas crianças de tenra idade. Tem a vantagem no entretanto de se manter em bom estado os tegumentos do dorso, de deixar actuar mais directamente ao nível da gibosidade, de realisar um ligeiro grau de reclinção que se suppõe ser favoravel a cura, em boa attitude.

O professor Klapp (de Berlim) applica mais simplesmente no dorso do pottico um sacco de panno de algodão embebido em massa de gesso que modela e recorta como se fôra o leito de Lorenz. Serve para os potticos paraplegicos e assim evita as contracturas, porque este aparelho se estende até ao segmento terminal.

Stauffer prepara o leito de gesso ventral, estendendo-o até aos pés; é uma bôa immobilisação

Finck emprega nos pequeninos a posição em decubito abdominal sobre uma taboa, as espaldas levantadas sobre as costellas e a cabeça se apoiando nas mãos.

Este mesmo especialista faz o endireitamento da gibosidade crusando coxins de algodão que são mantidos por uma substancia agglutinante. Após ao qual se colloca o pottico no leito de Lorenz e em cada semana se sobrepõe uma nova cruzada de algodão.

Bettmann substitue o algodão por uma placa de borracha, de tres millímetros de espessura, que é fixada com esparadrapo.

Technica do leito de gesso de Lorenz: deitada a criança em decubito ventral, unta-se a região dorsal com vaselina ou sabão gorduroso, afim de evitar incommodo, isto é, não produzir dôr ao retirar o aparelho após o seu seccamento. A sua constituição é de varias espessuras de tartatana e em numero de 15 a 20, conforme a idade da criança, de 1 a 3 annos de idade por via de regra, para que haja assim resistencia e solidez do aparelho immobilizador da columna vertebral. Compreende esta tala o dorso, attingindo a raiz das côxas e o occipital. Esta tala é bem embebida de massa espessa de gesso feita rapidamente, a qual é distendida no hemitronco e devidamente empolgada por mãos diversas para sua perfeita contenção e modelagem. Tem-se dest'arte bem modelado a deformidade da columna, depois de leve acolchoamento desta goteira de gesso, assim construida, que é collocada no paciente e mantida por faixas circulares de atadura de cambraia. As condições de immobilisação do leito de Lorenz são excellentes por ser de facil inspecção e comportar-se perfeitamente como um aparelho amovível. Além deste aparelho ha outros aparelhos empregados, como sejam: o quadro de madeira de Lannelongue, o quadro de Ménard, typos classicos de aparelhos systema padiolas; o de Whitman-Bradford; o de gesso ou box de Phelps; a padiola-tala movel ou tala posterior suspensiva de Gouvain; a cama orthopédica de André Perlis (de Cannes); o de Lifschutz (cinta metallica revestida de borracha), e a cama-quadro, de Almeida Rios (do Rio de Janeiro).

Encarado o tratamento sobre a phase de convalescença, que bem podemos chamar *ambulatorio*, porque é nesta phase que permittimos aos potticos fazer a marcha, a poder andar porem de modo tal a ser inspecionado, vigiado e dosado o seu exercicio pelo clinico de modo progressivo para evitar recaida.

Releva muito a propósito dizer do aparelho immobilizador classico ideado por Sayre — o collete de gesso, em que o Professor Ombrédanne tem uma opinião pessoal e criteriosa sobre “o seu uso por muito tempo”, isto é, nos dois primeiros annos de evolução do mal de Pott que dá resultado tão sómente como *uma falsa segurança*. Não mantem o rache em posição rectilinea e impede a fiscalisação do progresso da doença. Declara ainda este Professor que atrás deste muro se passam cousas que não vemos senão demasiado tarde: a gibosidade se ulcera por contacto e attrito, os abcessos frios se constituem e se fistulisam, a inflexão anterior do rache se accentúa.

E o collete não impede senão uma cousa — é a fiscalisação medica, e não é neste periodo acceitavel, senão como “une caisse d'emballage”, quando se trata, por exemplo de mandar fazer a criança uma longa viagem para o campo, praia ou serra.

O Professor Broca o acceitaria, ainda quando se suppõe um ambiente inteligente para não deixar a criança assentar-se em sua cama, apezar de especial recommendação ou prohibição formal do medico.

Si o collete gessado é absolutamente insufficiente, como meio de tratamento no curso dos dois primeiros annos, representa tudo no periodo

da convalescença. Contudo, convem que estes gessos sejam substituídos no fim de dois ou tres mezes até completar dois annos nesta renovação e prejudicar o crescimento ou engórde da criança. Quando no fim destes dois annos nenhuma complicação surge — *abcesso ou paraplegia*; si a gibosidade não augmenta podemos applicar um collete de cellulóide de preferencia ao collete de couro.

Para os males de Pott superiores o collete indicado é o do typo de grande collete de cellulóide e minerva.

Si as condições economicas da criança não permittirem, podemos substituir pelos colletes de couro modelados que são de menor custo, que os de cellulóide. Assim, são indispensaveis estas modalidades de collete para ser melhor fiscalizado o estado dos tegumentos, além de convir a sua retirada a noite, na occasião de se deitar o paciente. Tambem os colleteiros fabricam dois typos de colletes conhecidos por — collete de Heusner e collete de Hessing (couro e ago) usados pelos potticos.

Quando a cura é obtida, fazemos a criança trazer, como collete o construído de panno branco e de certa espessura com barbatana, adaptando-se bem ao thorax sem a incommodar.

A acção do collete, qualquer que seja, é impedir ou corrigir a deformação. A immobilisação muito embora não seja completa, concorre mesmo assim, para a descompressão dos corpos vertebraes, evitando o desenvolvimento dos *abcessos ossifluentes* e as *paralysias*.

Reimer declara que as paralysias se curam na proporção de 50% pela simples applicação deste tratamento orthopédico.

O tratamento, no caso da doença pottica evolver com incidentes — *paralysis* e *abcesso ossifluyente* — temos que naquelle caso a therapeutica é de manter com um rigor absoluto a criança em decubito dorsal. Póde-se empregar com proveito muitas vezes a extensão continua prudentemente moderada.

O Professor Denucê (de Bordeaux), em expressivos conceitos diz: “os meios indicados são analogos aos empregados nas osteo-arthrites tuberculosas — *immobilisação e descarga* das partes lesadas. Dois casos se podem apresentar: ou está o individuo atacado em via de crescimento e é preciso immobilisar completamente as partes doentes e subtrahil-as de toda pressão para deter a marcha aguda do processo; ou a doença sahida do periodo agudo tende a reparação, a immobilisação e o descompressão poderão ser menos rigorosas.

“Decorre dahi, uma primeira regra no tratamento: quando o processo tuberculoso se reveste de caracter agudo e as lesões se manifestam com uma tendencia a extensão, quaesquer que sejam os aparelhos empregados, o *decubito horizontal* é um elemento indispensavel ao tratamento. Ao contrario, quando a doença chegou ao estado de consolidação, se estabelece o tratamento *ambulatorio* com aparelhos, assegurando a *immobilisação* e a *descompressão* das partes lesadas, tanto quanto possivel para o endireitamento das partes affectadas. Quando existem *fistulas* ou *abcessos* nos males de Pott superiores convem substituir os leitos de gesso por uma extensão continua, tomando o ponto de apoio na cabeça e se for necessario contenha-se o tronco, as pernas com um *systema* de polainas para se proceder a extensão. Deve ser seguido durante todo

o periodo que poderemos chamar da *phase activa* do mal de Pott, isto é, durante toda duração da evolução anatomica da doença”.

¿ E quando podemos saber — fala e escreve Ombréanne — que esta evolução está terminada e quando entra na *phase clinica de convalescença*? A cousa é mais difficil ainda para o Mal de Pott que para as arthrites tuberculosas, porque o fóco escapa a todo exame directo; porem existe um conjuncto de signais pelos quaes poderemos adquirir senão uma certeza ao menos uma presumpção sufficiente para que seja autorisado a cessar o tratamento rigoroso da phase activa e mais elastica do periodo de convalescença.

“Estes signaes ou antes este factores são de tres ordens. 1.^a ordem — signaes clinicos: que nenhum incommodo haja mais, que nenhuma contractura haja, desde muito tempo, para se poder falar em sua cura. Porém todos phenomenos dolorosos se curam em pouco tempo, quando o doente se mantem estricteamente deitado e sua desaparição não fornece senão uma indicação muito vaga. A reabsorpção dos abcessos ou fechamento das fistulas, se isto se verificar, já são signaes de maior valor; ainda é preciso que esta desaparição seja de data bastante antiga — de seis meses a um anno.

A apparição de curvatura de compensação na visinhança de uma gibosidade fixada desde muito tempo, é tambem um signal importante.

E’ evidente que, com uma certa pratica podemos quase de um golpe de vista, olhando o dorso de um pottico, saber si se trata de uma lesão recente ou bem de um velho pottico.

O caminhar do pottico é muito differente para se fazer o diagnostico de sua antiguidade ou não. No primeiro caso o pottico se desloca com dôr e sobre sua goteira vertebral se volta com difficulade, muitas vezes não se póde ahi chegar sem auxilio, sem se apoiar; os movimentos se fazem penosamente e com lentidão. A região doente parece ás vezes empastada e o limite entre o segmento attingido e as regiões supra é subjacentes ficadas sãs, não é nitido. No segundo caso, o contrario, o doente retoumou sua flexibilidade e a sua goteira vertebral se desloca facilmente; seus movimentos são vivos e rapidos e o dorso é além disto quase descarnado, isto é, secco. O empastamento desapareceu, as saliencias ósseas são manifestas. Todo este conjuncto de signaes mostra que o edema e o empastamento do periodo de começo respondendo a phase de desenvolvimento das lesões, succede a um periodo de *cicatrisação* e de cura.

“2.^a ordem — duração da doença: um mal de Pott evoluendo pouco mais ou menos normal, é preciso contar pelo menos tres annos, desde o começo da lesão, para que a cura seja obtida.

Muitas vezes, este começo passou desaperecebido, porem julgal-o de modo aliás muitissimo approximativo pela data da apparição de uma fistula ou de abcesso; estes signais clinicos, como é conhecido, destruição muito marcada das vertebrae, não podem se localisar no fim do primeiro anno ou no começo do segundo anno.

“Finalmente a 3.^a ordem — verificações radiographicas: já são conhecidas em seus differentes estados, isto é, o de começo, o de plena evolução e o de reparação, que traduzem em imagens radiographicas niti-

das e sufficientemente distinctas para que possamos seguir passo a passo a evolução das lesões. E ajuntando estas indicações ás fornecidas pelas radiographias, as que a historia do doente e o exame clinico, tenham já permittido precisar, chegamos a saber em que momento de sua evolução se acha o foco pottico, em saber por consequente se a phase activa de convalescença começa."

Todas as tentativas cirurgicas destinadas a agir no canal rachidia-no, na bainha meningeia e a fortiori (medulla e raizes), devem ser absolutamente deixadas de lado; são muito mais perigosas que a expectação e a sua efficacia não está ainda provada, demonstrada. Neste que é o do abcesso, tratamos com muita reserva pela injeccão focal com solução antiseptica devido a serios perigos ou accidentes sobrevindos. Comtudo, em algumas quisenas de annos houve tentativas que foram feitas para abreviar o longo tempo da immobilisação necessaria para a cura.

Assim surgem Whitman, Henle e Albee, que aconselharam o enxerto ósseo no sitio cruentado das apophyses espinhosas, applicando laminas osseas retiradas da tibia do mesmo individuo ou de fragmentos de osso esterilizado.

Hibbs procurava o mesmo resultado aproveitando o periosteo das apophyses espinhosas, decorticando as apophyses articulares para realizar a arthrodése, fracturando as apophyses espinhosas sem periosteo, rebatendo uma sobre as outras com um fim de obter um cálo unico resistente.

Halstead collocava o enxerto osseo sobre a base das apophyses espinhosas seccionadas.

Estas tentativas eram portanto reminiscencias dos ensaios de Chipault (de Paris) que ligava entre si as apophyses espinhosas, as de Lange (de Munich) que collocava lateralmente de um lado e de um outro lado destas espinhas enxertos heteroplasticos com placas metallicas. Tentativas estas, como era natural, fizeram grande ruido no mundo scientifico, por-rem foram mais tarde abandonadas pelos Professores Bier, Loeffler, Bradford, Lexer, Ombrédanne e outros.

Em opinião unanime do Congresso de Orthopedia foi considerado o enxerto osseo no Mal de Pott como "un verron de sûreté" bom unicamente para executar em doentes sensivelmente curados.

O Professor Barros Lima (do Recife) em importante e bem documentada contribuição sobre o tratamento cirurgico da tuberculose ossea, escripta em 1931, cita que "não pensaram sempre assim Estor e Sorrel, relatores no Congresso de Orthopedia e Cirurgia. Para elles a intervenção seria contra indicada nas crianças por desnecessarias, chegando-se a cura sem sua utilização.

¿ "Quaes, entretanto, os fundamentos a servir a esta contra-indicação, se a observação anatomica, a experimentação e a clinica, estão accordes em ser na efficiencia do methodo quando applicado a adulto e se as crianças precisamente são as que mais necessitam por mais habitualmente soffredoras?

"Em principio seria logico admittil-o, si nellas a intervenção fallhasse ao seu objectivo de fusão, se fosse grave, se prohibisse o crescimento.

“Tal não dizem, entretanto, os factos. Ninguém demonstrou realmente que a ancylosé se não fizesse que adherencia entre o enxerto e laminas, enxerto e apophyses espinhosas, se não realisasse, a bloquear por final, o conjuncto das partes posteriores que Albanése observou, em estudo de peças de museu, ser o de cura natural.

“E nada poderia fazer crêr se objectivasse o bloqueio; ossos deixando com facilidade penetrar pelos vasos do meio em que descansam, offereriam em melhores condições para a péga e para a reconstituição, desde que fossem levados ao contacto de outro osso; exigir-se-lhes-ia apenas a condição essencial a execução das arthrodéses: contacto de osso a osso sem interposição de porção cartilaginosa a se ossificar.

“Existindo esta condição perfeitamente caracterizada, sobretudo ao nível das laminas vertebraes, desde o nascimento, é bem de crêr então não faltar nas crianças o elemento essencial, a constituição do bloco osseo entre o enxerto e arco posterior, bloco que é a finalidade da propria intervenção.

“Aliás, ahi estão as estatisticas de Albee e Hibbs; as observações de Francesco, Dalle Vedova, Waldenström, De Forrest-Smith, a demonstrar cabalmente que a ancylosé se procura até em criança de 18 mezes.

“Realmente de maximo valor, como argumento a favor dos que defendem as *intervenções ancylosantes nos pequeninos*, é a observação de De Forrest-Smith de uma columna de criança de 18 mezes, operada por mal de Pott na clinica de Hibbs morta tres mezes após, de pneumonia, na qual foram encontradas fundidas as apophyses espinhosas (excepção de duas), laminas e articulações da primeira a sexta vertebraes dorsaes.

“Entretanto a observação dos radiologistas de que nas crianças, as verificações radiographicas mostravam, muito mais frequente que nos adultos, o desaparecer da massa ossea implantada dois a tres mezes após a intervenção, permittiria talvez pensar que os transplantes tivessem sido reabsorvidos.”

O Professor Tavernier (de Lyon) acha que as *intervenções ancylosantes* encurtam por alguns annos o tratamento na criança, além de evitar a deformidade. Este Professor declarou na Sociedade de Cirurgia de Lyon, que na pratica destas intervenções deve se ter restricções para as crianças abaixo de 6 annos de idade, graças a carencia, crê, de união precisa do arco posterior, immobilisado pelo enxerto ao corpo, separados ainda por lamina cartilaginosa que lhes permite um ponto de mobilidade.

Albee diz que é bem verdade ser a implantação de transplante osseo em cartilagens que influencie a transformação destas cartilagens em osso, mas é bem mais de crêr não peguem sempre os seus transplantes em tão máo leito. E assim sendo, se explica os insuccessos abaixo desta idade, citados por Tavernier.

O Professor Martinez Vargas, no V Congresso Nacional de Pediatria, reunido em Granada, anno 1933, em revisão dos resultados obtidos pelo processo de Albee no tratamento do Mal de Pott na infancia: “Y debo declarar con franquesa que no he obtenido con este procedimiento cruento, ventajas sobre o método clásico incruento. En esto suberibola doctrina que ha defendido recientemente el dr. Decref en su discurso

inaugural de la Academia de Medicina de este año. El procedimiento de Albee no ha eximido a los enfermos de la quietud en cama, ni ha acortado el tiempo que deben permanecer en la posición horizontal; en definitiva, los resultados no son superiores al método inerte. Por lo tanto, no vale la pena exponer al niño a los peligros de una doble operación quirúrgica, la hendidura de las apófisis espinosas y la extracción del injerto que debe introducirse en aquella.

“En los casos incipientes, cuando no se han fundido los cuerpos vertebrales, el método clásico, con la desgravación de la columna vertebral, la inmovilidad, la helioterapia y los recursos generales etc. alcanza la curación sin que quede la menor gibosidad. En los casos avanzados no se remedia ni se impide la gibosidad permanente, sobre todo en estados que se acompañan de soldadura de las láminas de los cuerpos y de las apófisis vertebrales.

“En resumen, tengo para mí que de igual modo que se abandonó años hace el procedimiento cruento, o sea la resección prematura del foco tuberculoso en los artrocaes, debe desecharse el procedimiento de Albee en el tratamiento del Mal de Pott en los niños.”

O Professor Barros Lima declara que “se assim não são claras as desvantagens do processo de Bérard quando comparado aos outros baseados no de Albee, seus meritos são evidentes porque dá larga superfície de apoio bem vascular ao transplante, sem que o canal rachidiano seja exposto ao menor risco.

“Só assim compreenderiam certos factos de nossa pratica em desaccordo com os por elle observados, pois que agimos com a technica de Bérard, collocando o transplante em face das laminas e das bases das apophyses espinhosas. Neste ponto está sempre o osso calcificado, a união será segura, o transplante pegará e embora existe para sua frente, entre arco e corpo, a cartilagem que Tavernier responsabilisa pelos máos resultados da intervenção nos pequeninos, ter-se-á a explicação de successo como o da pequena I. S., dos mais brilhantes dos nossos casos:

“*Observação:* I. S., com 3 annos de idade, parda, entrou para o Hospital Infantil a 24 de Junho de 1929.

*Diagnostic*o — Tuberculose dorsal inferior com gibosidade.

Antecedentes: Mae fallecida de tuberculose pulmonar. Ha mais de 5 mezes iniciou-se a molestia de I. que se queixava de dôr quando executava certos movimentos ou mesmo de pé, notando-se ao mesmo tempo uma pequena saliencia anormal da espinha. Foi neste estado trazida ao serviço.

Exame: Ao nivel inferior da columna dorsal observa-se uma gibosidade angular aguda. A apalpação das apophyses espinhosas correspondentes a gibosidade e visinhas é dolorosa. Mobilidade da columna ausente ao nivel das vertebraes doentes. Máo estado geral.

Exames complementares: Em 27 de julho de 1929 numerosissimos ovos de ascarides, tricocephalos e oxyuros. Em 9 de Outubro Wassermann no sangue negativo. Em 29 de julho, segundo relatório do Dr.

Aguinaldo Lins, a radiographia mostra o corpo da 12.^a dorsal em forma de cunha de vertice anterior. Em 9 de março de 1930: Mal de Pott, enxerto identificado, diminuição da angulação. Em 19 de julho: modificação da angulação para melhor. Em 20 de Agosto: enxerto facilmente identificavel em toda sua extensão; angulação modificada para melhor.

Tratamento: Em julho foi posta em leito de Lorenz. A molestia evolue com alternativa de melhora e peôra no estado geral, crescendo ao mesmo tempo a gibosidade e foi por uma destas peoras que resolvemos intervir, realizando em Fevereiro de 1930 a ancylosé da columna com a technica de Bérard, utilizando transplante continuo no periosteo, mas interrompido em sua substancia compacta para melhor se adaptar á gibosidade já consideravel. Anesthesia pelo balsoformio, durando a intervenção 20 minutos. Foi posta a marchar em fins de Abril com collete gessado e retirado definitivamente em 20 de Agosto de 1930. A 21 do mesmo mez teve alta do hospital, executando todos os movimentos sem dôr e com facilidade. Em março de 1931 voltou ao hospital a nosso pedido: estado geral está consideravelmente melhorado e a criança executada com facilidade todos os movimentos, sem dôr; apanha os objectos no solo e senta-se sem apoio sobre os braços. Não sente dôr a apalpação da columna, immobilisada ao nivel da zona enxertada. Pareceu-nos ligeiramente augmentada entretanto, a gibosidade, pelo que julgamos prudente collocar-a em collete gessado, deixando-a porem marchar.

Ouçamos a leitura de outro caso:

Observação do Professor Barros Lima — J. B. — 10 annos, pardo, entrou para o Hospital Infantil a 27 de Julho de 1929.

Diagnosticco: Mal de Pott dorsal, paraplegia.

Antecedentes: Veio ao Hospital Pedro II onde passou 90 dias. Informa, sem precisar data, haver caído de uma jaqueira.

Exame: Deformidade ao nivel da columna dorsal, de angulo arredondado Abolição dos movimentos dos membros inferiores. Paralysis espastica: sensibilidade normal; exagero do reflexo patelar. Babinski positivo. Ausencia de perturbações sphyncterianas. Clonus do pés de ambos lados, mais accentuados á direita.

Exames complementares: Radiographia a 30 de Agosto de 1929: corpos vertebraes das 7.^a, 8.^a e 9.^a dorsaes sensivelmente modificados, sendo que o da 8.^a não poude ser identificado. Em 9 de Março de 1930 diz ser identificavel o enxerto, não tendo havido, porem, modificação da angulação. Numerosos ovos de tricocephalo. Wassermann positivo fraco.

Tratamento: Leito gessado ao chegar. Desapparece com este tratamento, gradativamente, a paraplegia. A 5 de Fevereiro 1930 realisamos sob anesthesia geral por balsoformio, um transplante de tibia na goteira vertebral, na forma habitual. Marcha a 23 de Abril com collete, só abandonado dias antes de ter saído do hospital, a 26 de Setembro. Corre, salta e diverte seus companheiros.

O relatorio da Commissão de cirurgiões americanos, de inquerito feito mostrou a grande influencia do transplante, porem eliminando as

desvantagens que seus entusiastas lhes davam em cura rapida da tuberculose vertebral, quando até então era apenas seu papel therapeutico a immobilisação.

O Professor Barros Lima fala e escreve, “que é preciso prolongar a vigilancia e considerar que ha um periodo talvez longo nas crianças em que o transplante se transforma, em que é necessario ajudal-o com os velhos meios contensores, agindo para fóra do organismo.

“E’ a boa pratica de Bérard, pela qual ha necessidade de honestamente baterem-se todos os que vêem nas *intervensões ancylósantes*, meio efficaz de transformar a cura das tuberculosos vertebraes.

“Por fim, ainda com Bérard é necessario recordar que o doente continua tuberculoso, sendo-lhe necessario como tal considerar-se para que tenha vida tranquilla, sem exercicios violentos, sem fadigas, sem abusos que lhe possam prejudicar.”

Para concluir o estudo sobre estes methodos de tratamentos reportemo-nos a Ombrédanne a proposito dos enxertos osseos, nos potticos cuja expressão clinica de outr’ora era “*nous y avons renoncé*.”

Presentemente escreve este Professor, modificando sua opinião a respeito da intervenção cirurgica na criança: “*la greffe osseuse chez l’enfant est le plus souvent inutile, puisque la guérison est la règle. Pourtant nous l’employons dans les formes traînantes, qui restent douloureuses après la troisième année de traitement, ou qui paraissent ne pas se fixer. Et les résultats obtenus dans ces conditions sont excellents.*”

Emfim, pensamos que está ahí uma intervenção, cuja benignidade não é absoluta e que deu casos de morte. E a nossa observação, orientada em tratamento racional e humano, graças aos exemplos edificantes dos clinicos contemporaneos como os Professores Paes Leme, Dioclecio Pereira, Protasio, Olinto, Mariante, Augusto Paulino, Pinto Portella, lidimos representantes dos mestres francezes Trousseau, Tillaux e Faure que seguiram como a expressão de sua mentalidade — consciencia medica e cirurgica, isto é de alma de medico e de cirurgião.