

Mal de Pott

(Considerações em torno de dois casos)

Hermeto Tourinho

Ass. Mil. 2.^a Cad. Clin. Cir.

Introdução — História — Em todos os tempos, os corcundas têm atraído sobre si os mais dispares julgamentos. Ora servindo de riso, ora vítimas das mais cruéis perseguições arrastaram esses infelizes, por longo tempo, sua doença, sem esperança alguma de cura. Em muitos países da Europa, ainda existe a crença de que um corcunda seja causa de grandes malefícios, principalmente para as mulheres em período da gestação, para quem eles seriam de máo agouro. Assim aquele corcunda de que nos fala Van Passen que, furtivamente à noite, recolhia-se ao sótão escuro, para dormir a um canto, como qualquer cão despresado. E, como se todos os sofrimentos de sua existência não bastassem, alguns notivagos despiram-no e amarraram-no a um poste de iluminação. O pobre não resistiu à vergonha e buscou no suicídio o esquecimento de seu infortunio e a maldade de seus semelhantes. Isso é dos nossos dias e, parece incrível, que ainda na velha Europa, de civilização tão brilhante, a credence popular sacrifique infelizes creaturas, para quem os recursos da ciência, já pôdem fazer olhar o futuro com destemor e esperança, pois, a medicina jamais abandonou-os.

Si bem que Percival Pott (1779) tenha, em seus memoráveis trabalhos, demonstrado a correlação existente entre os diversos sintomas da *Tuberculose das Vertebrae*, vamos encontrar, em épocas muito recuadas, nos tempos de Hipocrates, já a atenção dos médicos voltada para tão inestética deformidade. A Escola Hipocratica, procurando estudar a doença em todas as suas minúcias, tinha notado a frequente associação da *gibosidade*, com outros sintomas mórbidos. Mas foi lentamente que os estudos da tuberculose vertebral avançaram afim de dar-nos uma demonstração completa da etiologia, patogenia e clínica do Mal de Pott. Nomes ilustres, como os de NÉLATON, DELPECH, CHARCOT, MÉNARD, Mme. SORREL-DÉJERINE, BONNET, SEYRE, HIBS, já demonstrando a natureza tuberculosa da doença, já determinando a patogenia das paraplegias póticas ou estudando os abcessos ossifluentes, ou determinando métodos de tratamento, todos eles construíram brilhantemente as sólidas bases, em que hoje repousa o estudo da doença de que nos ocupamos.

Definição: Modernamente define-se o Mal de Pott — "Como uma manifestação local de uma doença crônica geral". Isto parece bastante justo e enfeixa todos os conhecimentos recentes que se tem sobre a tuberculose vertebral. Veremos, no decurso deste trabalho, que a noção acima expressa, tem grande importância, quando encararmos o tratamento e lembrarmos os cuidados especiais que devam ser dispensados aos póticos. Di-

zer que o Mal de Pott é síndrome, como querem alguns, enumerando seus principais sintomas, gibosidade, abscesso ossifluente e paraplegia, não nos parece atender a todos os aspectos da questão, pois, lembrando sómente o ataque local, fica relegado a um plano secundário o terreno em que evolue a doença.

Etiologia: Muitas causas foram invocadas para explicar o aparecimento do Mal de Pott e foi sómente com Nélaton e Delpedh, que ficou demonstrado, ser o bacilo de Koch o responsável pelas lesões que caracterizam a doença. Mas outras causas, agindo como fatores predisponentes, concorrem também para a eclosão da tuberculose vertebral. Entre todas, a de maior importância é a idade do paciente, pois o Mal de Pott é uma doença, por assim dizer, quasi que exclusivamente da infância. Alguns autores pensam mesmo que o adulto portador de Mal de Pott já traga sua doença desde a infância, em estado latente, que por uma causa qualquer passa a evoluir. No *Instituto Rizzoli*, foram feitas estatísticas, que dão um máximo de incidência, entre 2 e 6 anos de idade. Os traumatismos foram por muito tempo considerados como causa direta do Mal de Pott, mas a observação demonstrou agirem sómente despertando lesões até aí inativas. Todos os doentes de Mal de Pott, queixam-se sempre de um traumatismo recebido em época mais ou menos remota. Mas é preciso não esquecer, que os portadores de lesões tuberculosas das vértebras são, antes de tudo, tuberculosos gerais, e todas as causas, que concorrem para o aparecimento da tuberculose pulmonar, têm aqui também, seu papel preponderante. Assim, a falta de higiene, a alimentação insuficiente, o trabalho inadequado à idade, são causas responsáveis pelo aparecimento de tão molesta enfermidade.

Patogenia: Qual o mecanismo de ataque à vertebra pelo B. de Koch?

A Escola Americana, principalmente, tem estudado muito a questão de que nos ocupamos, e, de acôrdo com os mais recentes trabalhos, o sistema linfático desempenha um papel saliente na disseminação hematogênica do bacilo da tuberculose.

Marfan enuncia a lei que "a tuberculose dos ossos exclue a probabilidade de tuberculose em outros órgãos". Esta lei, diante dos modernos estudos tendentes a demonstrar o mecanismo pelo qual o bacilo de Koch atinge o osso, não pôde mais prevalecer, pois, o bacilo da tuberculose, antes de fixar-se no corpo das vértebras, produz um ataque ao parênquima pulmonar, de que o complexo de Ranke é a expressão mais per-

CARDIOPAN

Formula do prof. Rocha Vaz, da Universidade do Rio de Janeiro)

(vidro com 100 cc.)

Brometo de cálcio - Sulfato de sparteína - Estrofantus - Passiflora - Crataegus - Valeriana.

Palpitações - Enfraquecimento - Estados anginosos - Insônia dos cardíacos - Alterações do ritmo e todas as perturbações cardíacas.

1 colher das de chá em água açucarada, 3 a 4 vezes ao dia.

Produto do Instituto Chimico Campinas

feita. Essa lesão pôde não evolver e extinguir-se, deixando sómente vestígios mínimos, quasi imperceptíveis. Mas, outras vezes, vai progredir, expandir-se, num ataque às primeiras barreiras que se antepõem à sua invasão. São então as linfadenites bronco-pulmonares e do mediastino a tradução d'um ataque mais sério, mais grave. Estas linfadenites têm um papel importantíssimo na disseminação hematogênica do B. de Koch.

De fato, o bacilo, levado pela linfa, vai atingir o canal torácico e a corrente circulatória, indo então localizar-se no corpo da vertebra, apto para o seu desenvolvimento. Não é indiferentemente que o bacilo atinge o corpo da vertebra, mas como sabemos, a porção sub-perióstica do corpo vertebral, é muito rica em vasos, daí ser esse fato invocado como facilitando a evolução do processo tuberculoso a esse nível. Depois devemos recordar, que, anatomicamente, a inserção das fibras periféricas do disco fibro-cartilaginoso nas vertebrae é extremamente sólida a ponto de "nos casos de esmagamento da coluna e nas fraturas indrétas, o tecido ósseo ceder antes do ligamento. Os discos parecem estas sob pressão permanente, porque, si fizermos um córte antero-posterior da coluna, eles fazem hernia para fóra do plano de secção". Tillaux.

A menor resistência do tecido esponjoso do corpo vertebral, irrigação sanguínea abundante, a pressão a que está submetido permanentemente, explicam a preferência da localização do bacilo nesse ponto, respeitando os arcos das vertebrae, que só excepcionalmente se apresentam os lesados.

Anatomia patológica: As lesões iniciais do Mal de Pott desenvolvem-se nos corpos vertebraes, poupando os discos interarticulares, que só mais tarde são também atingidos. Às vezes essa fase inicial se caracteriza pela formação de abcesso frio sub-perióstico, infiltração e caseificação das camadas superficiais; outras vezes, as lesões estão localizadas profundamente no tecido esponjoso do corpo da vertebra, dando lugar à formação de grandes cavernas, onde não é raro encontrar-se sequestro. E' sómente depois de um período, mais ou menos longo, que o disco se lesiona por sua vez e, como a pressão, devido ao peso do corpo a que estão submetidas as partes lesadas, é grande, ha destruição por ulceração compressiva dos corpos vertebraes, que achatam em fôrma de cunha de vértice anterior. As apófises articulares não cedem. Isso vai determinar uma angulação para adiante, com vértice posterior, que é a gibosidade.

FERROTRAT

(vidro com 250 cc.)

Suco concentrado de laranja ranja (Vitamina C.) - Extrato glicerinado de figado - Citrato de ferro amoniacal - Cobre - Cobalto - Manganês - Gluconato de cálcio - Fósforo, orgânico.

Clôro anemias (cloróse) Anemias em geral - Fraqueza em geral - Raquitismo - Perturbações do crescimento - Esgotamento em geral - Regenerador dos globulos vermelhos do sangue - Astenia post gripal.

ADULTOS: 1 colher das de sopa, 20 minutos antes das refeições.

CRIANÇAS: 1 colher das de sobremesa, 20 minutos antes das refeições.

MENORES: de 2 a 5 anos 1 colher das de chá às refeições.

Prodúto do Instituto Chimico Campinas

Calvé e Gallant, assim descrevem o mecanismo de formação da gibosidade: "A vertebra superior oscila sobre a apófise da vertebra subjacente, como o fiel de uma balança sobre o cutelo que a suporta". A fig. 1, ilustra bem o que acabamos de citar. Vê-se, pelo que acima ficou exposto, que o Mal de Pott perturba completamente o mecanismo de sustentação do peso do corpo pela coluna, e, como a pressão exercida é sempre contínua, a gravidade das lesões aumentará com a destruição cada vez maior do tecido ósseo da vertebra.

Evolução: A evolução do Mal de Pott, como de toda tuberculose óssea, é bastante longa, em geral quatro anos, havendo mesmo casos em que a doença se arrasta por mais tempo ainda. A primeira fase é caracterizada pela infiltração e dessimação do processo e abrange o primeiro ano de doença, em que são poucos os sintomas para fazer lembrar a afecção de que nos ocupamos. Durante o segundo e mesmo o terceiro ano, o desenvolvimento a que atinge o processo é muito importante, caracterizando-se pela ulceração e eliminação dos tecidos destruídos.

E' durante esta fase, também, que aparecem os abscessos ossifluentes, de grande importância na evolução ulterior da doença, pois a duração e cura desses abscessos é, via de regra, corolário do tratamento rigoroso a que se submete o paciente e de suas condições somáticas.

Emfim, por último, o Mal de Pott entra em fase de esclerose e cura, que podemos chamar anatômica na criança, onde a grande vitalidade dos tecidos, sua rica irrigação favorecem uma "restitutio ad integrum" dos tecidos.

Randerath descreve isto dizendo que "*a formação de novo osso na criança é devido ao fato que o embrião de crescimento fisiológico pôde estar incluído no domínio da lesão e ser estimulado pelas toxinas difundidas*".

Na idade madura, porém, na velhice, onde as reações amortecidas já não se mostram eficazes, a restituição óssea é imperfeita, com reacendimentos inesperados de lesões aparentemente extintas e que nos velhos são definitivas.

Sintomatologia: O Mal de Pott se caracteriza no princípio, como toda tuberculose em início, por uma leve pirexia, que passa muitas vezes despercebida, inapetência, perda de peso, sensação de fadiga. Depois,

FIGADOBIL

Fórmula do Prof. Dr.
Waldemiro Pötsch.
(vidro com 100 cc.)

Sulfato de magnésia - Hexametileno tetramina - Extratos de: alcaçofra, Pariparóba, Herva-tostão, Jurubeba e cascara sagrada.

Insuficiência hepática - 1 colher das de chá, em
Congestões hepáticas - Ure-
cemia - Cirrose - Colecistite - Angiolitose - Iticícia - Urticária.
água, 3 vezes ao dia.

Prodúto do Instituto Chimico Campinas

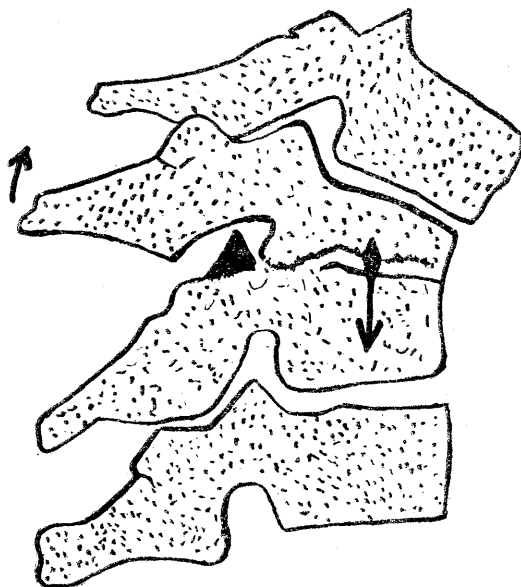


Fig. 1 — Esquema de Calvé e Gallant — Reproduzido de Sergent-Ortopédie.

um pouco mais tarde, aparecem as dores e contratura muscular, com imobilização vertebral de um segmento da coluna.

A dor pôde ser espontânea ou provocada. Quando espontânea, ela lembra a dor das neuralgias, que aumentam quando o doente é obrigado a caminhar ou permanecer longo tempo na posição de pé, e que cedem pelo repouso em decúbito dorsal.

Levando o exame mais longe, fazendo pressão sobre as diversas partes das vértebras, apófises espinhosas principalmente, despertaremos também dores de intensidade variável. Depois das dores, é a *gibosidade* o sintoma quasi constante do Mal de Pott. Dizemos quasi constante, porque ela falta as vezes no adulto e quando é o segmento lombar o atingido, ela torna-se rara. Na criança, a gibosidade forma-se muito precocemente e corresponde às vértebras, cujos corpos foram fraturados patologicamente. Como dissemos, ao estudar a anatomia patológica do Mal de Pott, os *abscessos ossifluentes* aparecem já em período avançado da doença, como resultado da degeneração e fusão do processo tuberculoso da vértebra.

Estes abscessos tem tendência a invadir os tecidos circunvizinhos, não pela ação da gravidade, como se pensava antigamente, mas por sua membrana piogena, que é grandemente invasora e provocando a destruição dos tecidos vai extendendo-se à custa dos que lhe opõem fraca resistência. O abscesso contém em seu interior líquido purulento. Não é doloroso. Que regiões prefere o abscesso ossifluente para fazer sua aparição? A região da fossa ilíaca parece ser sua séde preferida. Pódem também aparecer no triangulo de J. L. Petit e mesmo na região glútea. Isso para os abscessos do Mal de Pott dorsal e lombar. Na região cervical, os abscessos seguem ao longo do músculo *longo do pescoço*, vindo aparecer

ao nível da região supra-clavicular e, muitas vezes mesmo, atingem a região axilar. A abertura espontânea dos abscessos é muito comum, dando lugar a uma fistula de cura difícil e demorada, podendo infectar-se, pon-do assim em risco a vida do paciente. As perturbações nervosas do Mal de Pott, são muito importantes e traduzem-se em sinais de *compressão*, termo que como pensa Mme Sorrel-Dejérine, não precisa bem os fenômenos que se processam para o aparecimento das perturbações nervosas nos póticos, pois, ha "*mais irritação, congestão e edema regional, que compressão verdadeira*".

De grande importância é o estudo das *Paraplegias Póticas* e eis porque nos deteremos alguns instantes, passando em revista tão fascinante estudo.

No princípio, às paraplegias póticas eram consideradas como resultantes da compressão causada pela gibosidade. Assim pensava Olivier, que, em 1887, descrevia unicamente o mecanismo de produção dessas perturbações. Este fato só raras vezes é verificado na prática, pois a integridade das facetas articulares e dos arcos vertebraes, evitam a diminuição do canal raquidiano e consequente compressão da medula. Assim pois, devia ser procurada a causa da compressão, não no arcabouço ósseo do canal, porém em outro qualquer fator, que até então havia escapado aos observadores. De todas as causas invocadas até agora, a que aparece com maior frequência, determinando a paraplegia, é o *abscesso intraraquidiano*. Em segundo lugar estão as paraplegias devidas a uma paquimeningite, tão bem estudadas por Charcot, em 1888. Um fato paradoxal pôde ser notado no estudo das paraplegias póticas:

"Tanto mais benigna uma paraplegia, quanto mais rápida e ruidosa a sua evolução; ao passo que, as formas de evolução silenciosa, lenta e tardia são as que se apresentam com os caracteres de incurabilidade. Nas paraplegias que são simples sinais de congestão e edema em um segmento da medula, como demonstrou Dejérine, o início é precoce e sua evolução rápida, regredindo em poucas semanas todas as perturbações, sem deixar seqüelas: é a forma transitória. Outras vezes são os abscessos intraraquidianos que dão lugar a uma forma mais grave, em que a evolução é demorada, podendo levar de quinze a dezoito meses para as lesões regredirem e tudo voltar a normalizar-se, com o desaparecimento dos transtornos sensitivos e motores. Nos velhos casos de Mal de Pott, irregular-

STRONCIUM

(caixa c/ 6 empôlas 10 cc.)

Brometo de Stroncio - Iodureto de Stroncio-Cloreto de cálcio e Hipossulfito de Sódio.

Urticaria - Comichões - Eezemas de qualquer espécie - toxicodermias - Furunculoses - Estado de anafilaxia - Difunções vago simpáticas - Neurastenia - Isteria - Nevralgia do trigêmio - transtornos da menopáusa - Nevralgias.

Sómente por via endovenosa, lentamente, aquecendo previamente a empôla a temperatura do corpo.

Prodúto do Instituto Chimico Campinas

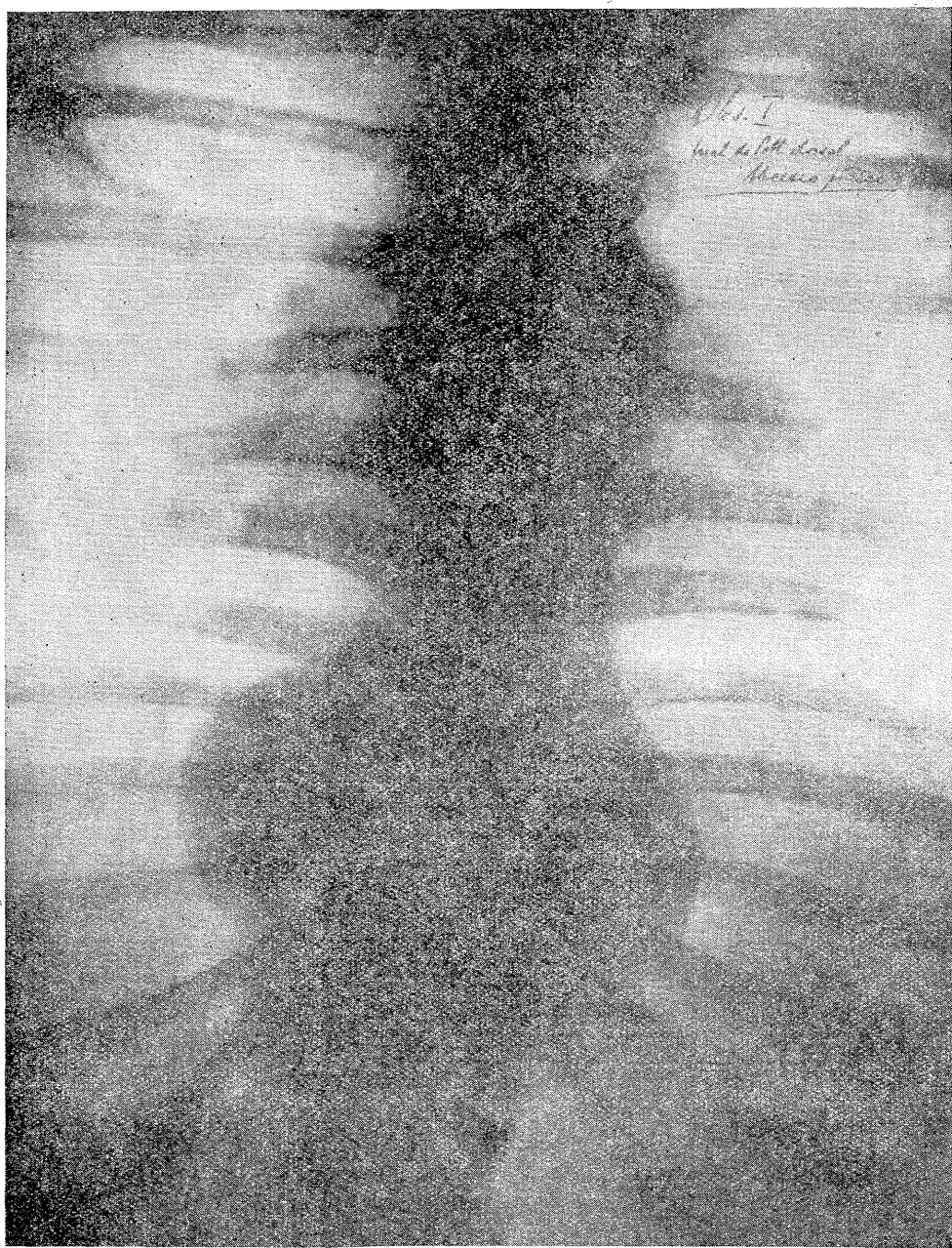


Fig. 1 — Mal de Pott dorsal — Abscesso pótico. — Rad. de face.

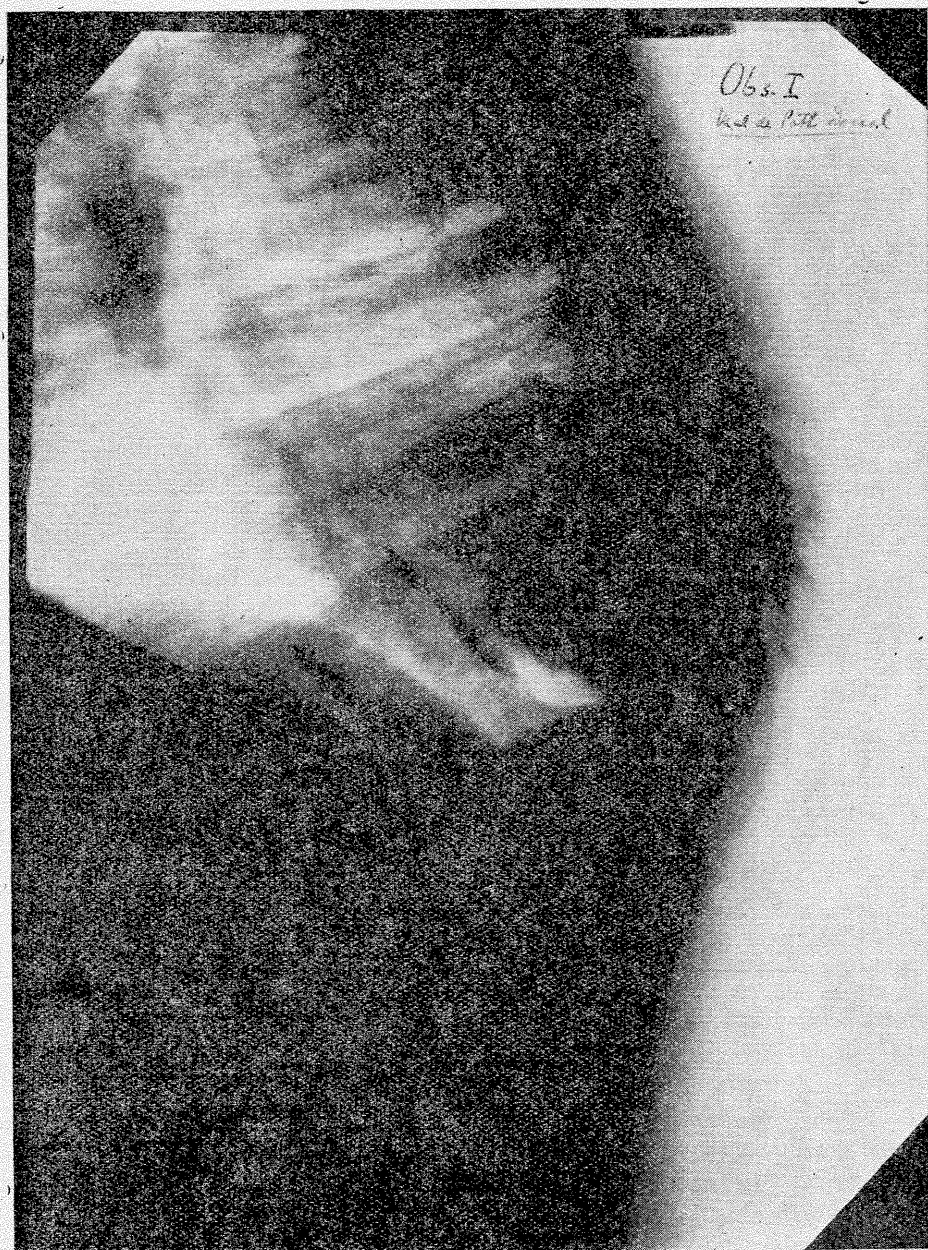


Fig. 2 — Mal de Pott — Reg. dorsal.

mente tratados, vamos encontrar muitas vezes o quadro da *fôrma tardia das paraplegias póticas*, de início insidioso, evolução muito lenta, podendo levar anos para que seja completa sua constituição. Estas são as paraplegias definitivas, incuráveis.

Assinalaremos ainda outras perturbações nervosas, como sejam as dôres neuralgicas, de que já tratamos páginas atrás, e as convulsões, bastante frequentes na criança, dando lugar ao que LANNELONGUE chamou, *fôrma convulsiva do Mal de Pott*.

Diagnóstico: Muitas vezes o diagnóstico do Mal de Pott apresenta problemas difíceis de resolver, pois os sinais da doença apresentam-se isolados e podem ser confundidos com os sintomas de muitas outras afecções que rapidamente estudaremos a seguir. Em seu período de início, a doença pôde ser confundida com diversas afecções dolorosas como: 1.º — Escolioses; 2.º — Sacro-coxalgia; 3.º — Coxalgia; 4.º — Tabes; 5.º — Doença de Kümmel-Verneuil; 6.º — Espondilite rizombélica; 7.º — Síndrome de Bechterew; depois com: 8.º — Spina-Bífida; 9.º — Espondilolísteses; 10.º — Fusão vertebral; 11.º — Síndrome de Kieppel-Feil; 12.º — Tumores intrarraquidianos; 13.º — Vertebra negro; 14.º — Neuralgia de Bradie.

1.º — ESCOLIOSES — O que diferencia as Escolioses do Mal de Pott é a gibosidade, pois na tuberculose vertebral essa é constituída pelas vertebrae, enquanto que na Escoliose, ela se fôrma pelas costelas. Outro dado importante é sua localização lateral, ao contrário da gibosidade pótica, que é mediana.

2.º — SACRO-COXALGIA. ARTRITE SACRO-ILIACA — Pôde ser confundida com o Mal de Pott lombo-sacro, pois as dôres despertadas por essa afecção apresentam quasi que os mesmos caracteres da sacro-coxalgia. O exame radiológico elucidará o diagnóstico revelando uma verdadeira decalage do pubis e um alargamento do espaço articular sacro-iliaco.

3.º — COXALGIA — Encontram-se nesta afecção dôres ao nível da região troncanteriana e da cabeça de femur com diminuição dos movimentos da articulação coxo-femural. Em caso de abcesso, pôde ser confundida com os de Mal de Pott, pois em ambos os casos a extensão é limitada devido à irritação do psôas. O exame radiológico afastará todas as dúvidas.

4.º — TABES — Neste caso o sinal de Romberg positivo, a abolição do reflexo rotuliano e a pesquisa metódica d'um abcesso ou d'uma gibosidade em início são elementos valiosos para o diagnóstico.

5.º — SÍNDROME DE KÜMMEL-VERNEUIL — Esta síndrome pôde ser facilmente confundida com o Mal de Pott, acontecendo mesmo que somente a observação demorada venha esclarecer o caso em todos os seus aspectos. Nos antecedentes mórbidos do paciente, encontra-se sempre um traumatismo mais ou menos violento da coluna, datando de um ano no mínimo, "intervalo livre", sem que fossem percebidos quaisquer sintomas, considerando-se o doente perfeitamente curado. Depois, lentamente, começam a aparecer perturbações nervosas (dôres, paraplegias es-

pasmódicas), rigidez da coluna. A radiografia mostra a integridade dos discos intervertebrais, com o achatamento da vertebra e inflexão da coluna para diante.

6.º — ESPONDILITE-RIZOMÉLICA — A espondilite rizomélica, ou doença de Pierre Marie, distingue-se do Mal de Pott por ser uma doença da idade adulta, pela cifose única sem curvas de compensação, pela rigidez quasi total do raquis e pela extensão do processo às grandes articulações da espadua e côxo-femural.

7.º — SÍNDROME DE BECHETEREW — A síndrome de Bechterew, como todos os reumatismos crônicos, apresenta dificuldades de diagnóstico com o Mal de Pott e sómente pelo exame radiográfico, revelando ausência de pincamento do disco, o aspecto característico da coluna, com pequenas saliências ósseas acumiadas ao nível dos bordos das vertebrae e denominados "bicos de papagaio", apófises espinhosas e lâminas fusionadas, é possível um diagnóstico perfeito.

8.º — SPINA-BÍFIDA — Anomalia bastante frequente da região lombo-sacra, a spina-bifida localisa-se também em outros segmentos da coluna, caracterisando-se pelo não fechamento dos arcos posteriores das vertebrae (rachischisis), com mielomeningocéle ou mielocistocéle, casos em que o diagnóstico diferencial com o Mal de Pott não oferece dificuldades. Quando a spina-bifida é oculta, isto é, quando ha sómente rachischisis, o diagnóstico será feito radiologicamente e pelo palpar manual, que revelará uma solução de continuidade, dolorosa, da apófise espinhosa da vertebra.

9.º — ESPONDILOLISTESIS — Muito tempo considerada como uma afecção, atingindo principalmente as mulheres, está hoje demonstrado que é muito frequente nos homens. A lesão pôde afetar qualquer segmento da coluna, porém é quasi sempre a L5 que é atingida, deslizando sobre a face superior do sacro. O paciente acusa um traumatismo como causa de sua doença e queixa-se de perda de equilíbrio, bem como, dores na região lombar, nas nadegas e coxas. O exame radiológico revela o deslocamento da vertebra para diante, e o cliché, de face, mostra o aspecto de "*chapéo de gendarme*", que é característico da lesão.

10.º — FUSÃO VERTEBRAL — Não apresenta grande dificuldade de diagnóstico, porém, pelas dores de compressão que produz, pôde muitas vezes levar a falar-se em Mal de Pott. A radiografia, mostrando o corpo da vertebra fusionado, esclarecerá o diagnóstico.

IODOCITOL

(caixa c/ 12 empôlas 3 cc.)

Iodureto de sódio - Salicilato de sódio quimicamente puro em água bi-distilada.

Todas as formas do reumatismo agúdo ou crônico, lumbago, nevralgias inter-costais - Dores musculares - Nevrites, etc.

Injetar diariamente 1 empôla no musculo ou na veia.

Nos casos agudos usar 2 e até 3 de uma só vez.

NOTA: — Nas formas crônicas o tratamento deve ser prolongado.

Prodúto do Instituto Chimico Campinas

11.º — SINDROME DE KLEPPPEL-FEIL — Muitas vezes confundida com o *Mal de Pott* — *Sub Ocipital*, a *síndrome de Kleippél-Feil* e explicada patologicamente, pela existência de uma *spina bifida cervical*. O paciente dá "a impressão que tem a cabeça metida entre os ombros, com limitação dos movimentos. A radiografia mostra a ausência de uma ou mais vertebbras.

12.º — TUMORES INTRARRAQUIDIANOS — Nos casos de *Mal de Pott* com paraplegia, o diagnóstico diferencial deve ser feito com os tumores intrarraquidianos, o que é cheio de dificuldades, pois nestes casos o exame radiológico, auxiliar de grande valor em muitas ocasiões, fa-



Fig. 3 — Mal de Pott — Abscesso pótico — Rad. de perfil

ilha muitas vezes, apesar de feito o transito lipiodado de Sicárd, que nos mostrará a localização tanto do tumor como dum abscesso pótico. Assim quando o exame radiológico não é bastante claro, outros dados virão em nosso auxílio como as provas de Queckenstedt-Stookey e da dissociação albumina-citológica. A prova de Queckenstedt-Stookey é baseada no fato de que, num indivíduo normal, quando se faz a punção lombar, com a agulha ligada a um manômetro de Claude, ao mesmo tempo que se comprime as jugulares, ha uma ascensão da agulha, para em seguida cair e tornar ao nivel inicial logo que cessa a compressão.

Isto é devido à turgescência venosa dos hemisférios, o que provoca a expulsão do líquido céfalo-raquidiano do cérebro para o canal. Quando ha bloqueio e que a medula está comprimida, o fenômeno não produz-se mais, ficando a agulha imóvel. Diz-se então que a prova de Queckenstedt é positiva. Stookey aperfeiçoou o método ajuntando a noção de tempo de observação, sendo a pressão notada de 5 em 5 segundos, durante e depois do cessar a compressão das jugulares. Ajuntam-se a isso a compressão abdominal e as variações de pressão após a retirada de 7 cm.³ de líquido. A compressão jugular profunda ajunta-se também o simples toque jugular. Este toque jugular dá, nos indivíduos sãos, uma oscilação de 1 a 2 mm.

Em caso de bloqueio parcial ou total ha ausência de desnivelamento pelo toque jugular profundo, nota-se uma ascensão mais lenta da curva e sobretudo modificações da parte descendente. A curva em lugar de descer aqui verticalmente ao nivel inicial ou pára a um nivel superior, para se continuar por uma linha em plateau, ou então, não volta sinão muito lentamente a um nivel visinho da cifra de começo. Enfim, a subtração do líquido determina uma queda vertical da pressão, em vez de queda mínima e temperatura em indivíduo normal (D. Petit-Dutaillis).

Normalmente, existe no líquido céfalo-raquidiano 10 centigramas de albumina por 1000. Na compressão pelo Mal de Pott, esta cifra póde elevar-se a 7 e mesmo 9 gramas por 1000. O aumento da cifra de albumina, coincide com polinucleose ou linfocitose, portanto hiperalbuminose mais hipercitose. Ha as vezes somente hiperalbuminose, sem hipercitose: é a *dissociação albumino citológica*, o que é índice de uma compressão medular. Devemos lembrar também as reações de Wassermann, Boveri (sol. perm. potassio a 10/00), benjoin coloidal, para que se possa afastar a hipótese duma sífilis do sistema nervoso.

HEPATOCITOL

(vidros com 100 cc.)

Extrato de figado de vitela concentrado no vacuo, isento de albuminas, lipoides e hidratos de carbono. Cada 10 cc, corresponde à 200 gramas da parte terapêutica do órgão fresco veiculado em glicerina com essência de aniz.

Anemia perniciosa - Anemia dos lactentes - Desintoxicante - Toxímia gravídica - Nefrôses lipóidicas - Cirrose hepática - Edemas - Ascite.

1 colher das de chá 3 vezes ao dia ou 2 colheres das de sobremesa às refeições, como anti-anêmico.

**Prodúto do
Instituto Chimico Campinas**

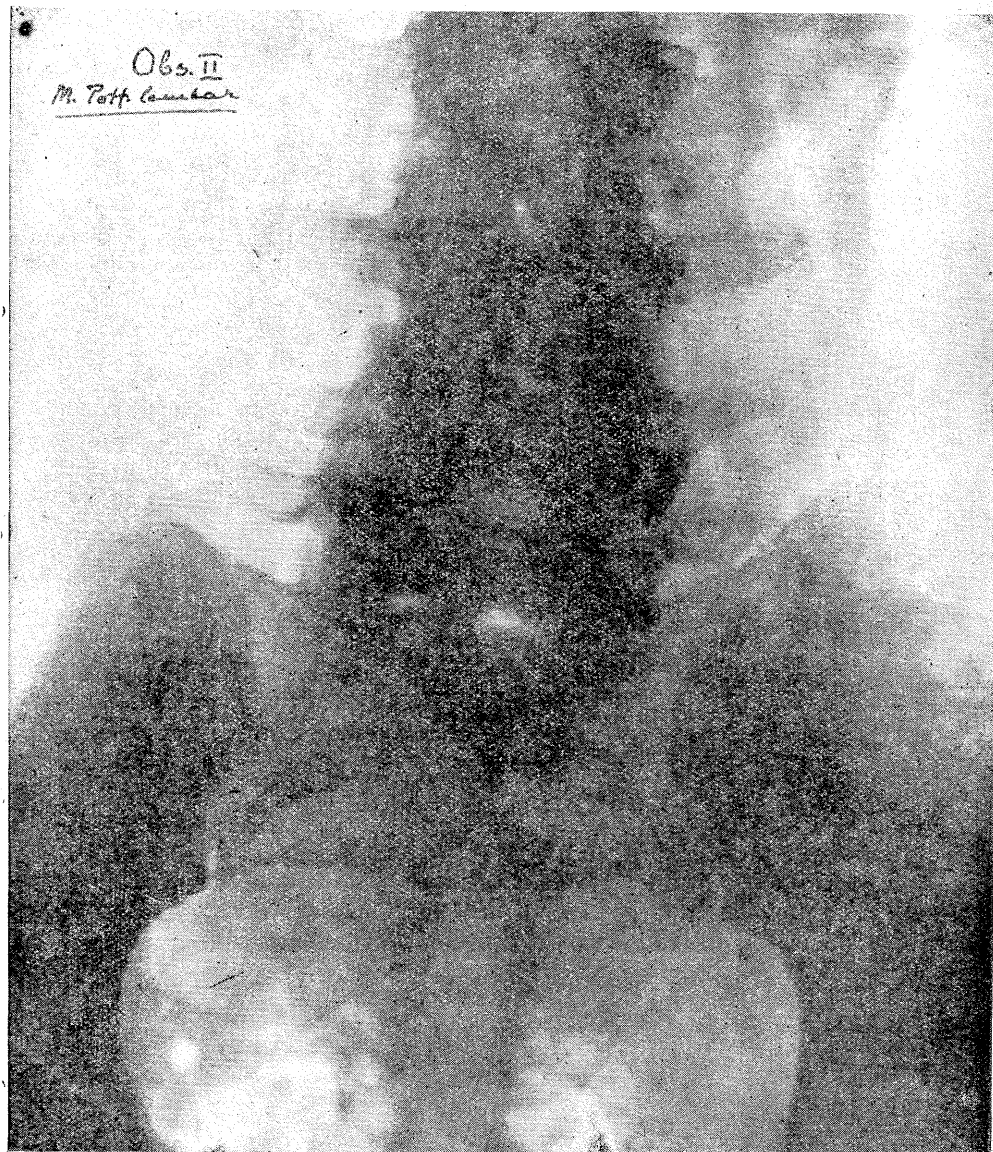


Fig. 4 — Mal de Pott lombar — Rad. de face

13.º — VERTEBRA NEGRA — Afecção bastante rara, ainda pouco estudada e que "*é provavelmente uma manifestação paracancerosa*". (Lamy).

14.º — NEURALGIA DE BRODIE — O *Mal de Pott* histérico ou neuralgia de Brodie pôde às vezes oferecer grandes dificuldades de diagnóstico. Este é simplificado quando a doente é uma neuropata, pois nesse caso, a dor não será fixa e o exame radiológico nada apresentará de notável.

Tratamento — Sendo, como é o o *Mal de Pott*, "a manifestação local de uma doença geral", a instituição de um tratamento geral enérgico deve ser encarada com o máximo rigorismo. Todos os recursos terapêuticos empregados no tratamento da tuberculose encontram aqui sua indicação plena. Tratamento higiênico dietético, tratamento específico quando bem indicado, tratamento cirúrgico devem ser postos em execução com a máxima brevidade, para que o paciente possa tirar todo o resultado possível de sua aplicação. O repouso do paciente em posição decubitus dorsal, representa um papel importante no tratamento da tuberculose vertebral, devendo o doente permanecer nessa posição, durante todo o tempo de sua enfermidade. Esta posição é necessária afim de suprimir a compressão exercida sobre a vertebra lesada, bem como para diminuir a gibosidade. Mas, é preciso que, ao mesmo tempo, o paciente receba uma alimentação abundante e nutritiva, rica em vitaminas, com o que colocaremos nosso doente em condição de lutar com êxito contra sua afecção. A tuberculina parece dar resultados notáveis, e, si bem que não tenhamos grande número de observações sobre esse tratamento, podemos afirmar os ótimos resultados obtidos no nosso doente da observação I, com a *Neo-Tuberculina Fontes*, onde obtivemos a cicatrização completa das fístulas do abcesso e melhora notável do estado geral de N. S. Os abcessos póticos não devem ser incisados. Devemos empregar as punções evacuadoras, sem ou com injeções, como querem alguns, de líquido modificador, como o éter odorado. Em caso de fístula, como aconteceu ao doente da I observação, além de manter-se a assepsia rigorosa da região, foram feitas aplicações de Raios Ultra-Violetas e, como referimos acima, tuberculinoterapia. As paraplegias, sendo resultantes da compressão e irritação da medula pelo abcesso intrarraquidiano, basta muitas vezes o simples

FERROTRAT

(caixa c/ 12 empôlas 3 cc.)

Cacodilato de ferro adicionado de traços de cobre, cobalto e manganês; monometilarseniato de sódio (arrhenal); sulfato de stricnina em soluto de Ringer.

Anemias em geral - Anemias secundárias às infecções - Anemias das verminoses - Anemias palúdicas - Anemias tóxicas e cancerosas - Anemias das avitaminoses (Beriberi, escorbuto) - Anemias dos últimos meses da gravidez - Anemias graves e perniciosas.

Injeção intramuscular.

Uma empôla diária.

FERROTRAT é o único injetável na América do Sul, com traços de cobre, cobalto e manganês.

Prodúto do Instituto Chimico Campinas

repouso em decubitus dorsal, para que regridam em pouco tempo, pois nessa posição, os abcessos tendem a reabsorver-se pelo estacionamento da lesão. Em certos casos, porém, é necessário tratamento mais enérgico, estando então indicada a punção de Calvé ou punção premedular do abcesso. Esta punção, de técnica delicada, só deve ser tentada por cirurgiões experimentados, como aconselha L. Lamy. Vencidas estas etapas, chega o paciente ao período final de sua doença, apto então para submeter-se ao tratamento ambulatorio, com a aplicação de um colete de gesso ou celuloide, que o doente usará quatro ou mais anos, continuamente pelo menos no primeiro ano, e nos subseqüentes, por ocasião de fazer esforços.

Tratamento operatório — De acordo com a opinião de Kremer e Wiese, não deve ser empregado o tratamento operatório na creança, pois a evolução do Mal de Pott na infância tem tendência a uma maior destruição do corpo da vertebra, e, também porque, como provou Smiroff, a coluna vertebral jovem, em que se faz um enxerto, tem seu desenvolvimento diminuído.

Walter E. Swift, de New York, porém, no congresso de Ortopédia, apresentou uma estatística de 1020 operações de Hibbs, com 72% de excelentes resultados na criança. No adulto, o tratamento cirúrgico encontra sua indicação plena, sempre que as condições do paciente sejam boas e não haja outro foco de tuberculose em atividade. Quanto ao processo cirúrgico a empregar, fica quasi sempre condicionado ao doente e as preferências do cirurgião. Entre os processos, o de Albee tem toda a preferência, como dando resultados bons em longa percentagem de casos em que tem sido empregado. Mas apesar dos grandes progressos que têm sido feitos no tratamento do Mal de Pott, ainda não foi atingido o ideal para a cura dessa afecção. Doença de decurso longo, exigindo sempre aparelhamento adequado e pessoal técnico competente, para que possa ser vencido com eficácia, não encontra o pórtico os nossos serviços hospitalares preparados para tratamento tão demorado e complexo. Não possuímos ainda clínicas especializadas para o tratamento das tuberculoses ósseas. O resultado é que, os doentes são enviados para os serviços de cirurgia geral, onde seus chefes, fazendo prodígios de boa vontade, procuram vencer todas as dificuldades para que seja atingido seu grande desideratum, que é a cura dos doentes conferidos à sua guarda. Acrescenta-se a isso o longo tempo que esses doentes permanecem nas enfermarias ocupando leitos que poderiam ser destinados a enfermos portadores de outras afecções, complicando ainda mais o já por si tão angustioso problema dos leitos em nossos hospitais. O professor Bruno Valentim, em Conferência realizada no 2.º Congresso Brasileiro e Americano de Cirurgia - 1939, sobre "la nécessité des hôpitaux spéciaux pour les malades de tuberculose des os et des articulations", focaliza brilhantemente o assunto, examinando-o sob três pontos de vista: 1.º — médico; 2.º — pedagógico; 3.º — econômico (financeiro) e faz suas as palavras do saudoso Prof. Puech, que diz: "Acresce que tais doentes, confinados em ambiente impróprio, prolongam sua moléstia e atrasam sua cura, quando não se agrava o seu estado".

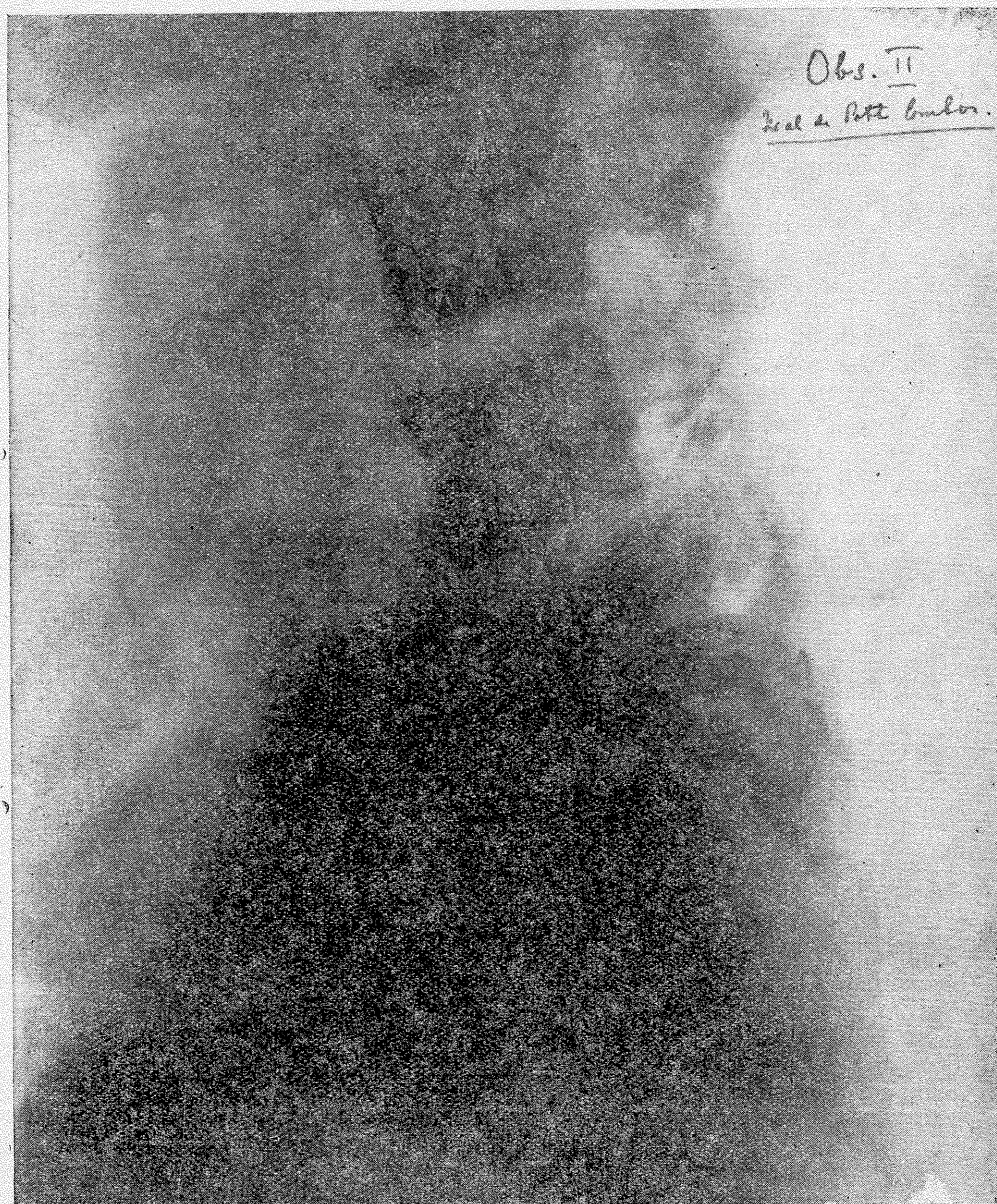


Fig. 5 —Mal de Pott lombar — Rad. de perfil

Ora, não se deve pensar que sejam em pequeno número os doentes portadores de afecções ósseas, baixados à Santa Casa. Sómente no serviço do prof. Guerra Blessmann, no período de 1930-1941, 1.º semestre, para 4.844 doentes que transitaram pela Enfermaria, havia 255, 5,26% de afecções ósseas. Desses, 14 eram portadores de Mal de Pott, ou sejam 5,49%, como podemos verificar pelos quadros I-II-III, que acompanham este trabalho. Vê-se pois não ser desprezível o número dos que procuram o Hospital para o tratamento de tais afecções, dos quais excluimos os fraturados não patológicos.

Observação I

N. R. S., com 17 anos, branco, baixou à 8.^a Enf.^a, em 8 de março de 1940, com perda completa dos movimentos dos membros inferiores. Foi em abril de 1939, que N., caindo dum caminhão, fraturou o braço E., que curou sem maiores incidentes. Mas, tempos após, começou a sentir dores na coluna vertebral, quando procurava curvar-se e quando estava muito tempo em pé. Emagreceu muito, não tinha apetite. Apezar de tudo, não deixou de trabalhar até que, em fevereiro de 1940, notou ser-lhe difícil andar, pois, caía com facilidade. Depois perdeu totalmente os movimentos dos membros inferiores. Mais tarde apareceu-lhe uma saliência na coluna, saliência esta que tem aumentado lentamente.

Os antecedentes pessoais do nosso doente são bons. Sempre gozou boa saúde, recordando-se sómente ter tido sarampo quando pequeno. Nada ha de importante em seus antecedentes familiares.

Temperatura axilar — 37°5

Ao exame, o que chamava logo a atenção, era a paraplegia flasca bilateral.

Na coluna, ao nível da região dorsal, uma gibosidade de tamanho médio, bem como uma zona de flutuação, ligeiramente dolorosa, extendendo-se à região lombar.

O diagnóstico da doença de que era portador N. parecia claro, pois os sintomas encontrados — gibosidade, abscesso, paraplegia, — indicavam claramente tratar-se de um caso de Mal de Pott, faltando sómente os exames radiológicos e de laboratório, para que o caso ficasse esclarecido em todos os seus aspectos.

HEPATOCITOL

(caixa c/ 10 empôlas 2 cc.)

Extrato de fígado de vitela concentrado no vacuo, isento de albuminas, lipoides e hidratos de carbono.

Cada cc. corresponde à 500 grms. da parte terapêutica do órgão fresco.

Anemia perniciosa - Anemia dos lactentes - Desintoxicante - Toxímia gravídica - Nefrôses lipóidicas e Cirrose hepática - Edemas - Ascite.

1 ou 2 empôlas, diariamente, intramuscular.

Aconselhamos usar em conjunto com o GLYCO-TRAT nos casos indicados.

**Prodúto do
Instituto Chimico Campinas**

Assim foram solicitados os seguintes exames:
Índice de Veloz com o seguinte resultado:

I	II	III	IV	V
—	—	—	—	—
18	38	34	8	2

Sedimentação globular:

Em 1 hora — 75.

Índice de sedimentação — 66.

Contagem de glóbulos:

Eritrocitos — 4.0000.000 por mm.³

Leucocitos — 7.800.

Fórmula leucocitária:

Eosinófilos	9 5%
Neutrófilos — form. seg.	62,5%
Linfócitos	10 %
Monócitos	19 %

Dosagem hemoglobina 87 %

Valor globular 1,08

Fôrma hemática: Normocítico e normocrômico. Alguns restos nucleares e placas reticuladas.

Wassermann — Negativo — 000.

Exame radiográfico: feito no G. R. 10.^a ENF. pelo nosso colega Dr. Franco, revelou o seguinte:

Mal de Pott dorsal — 10d e 11d. Abscesso pótico (Fig. 1).

Tratamento: Imobilização em decubito dorsal em leito duro. Punção evacuadora do abscesso. Curativos assépticos. Raios ultravioletas. Cálcio. Vitaminas. Néo-tuberculina. Fontes. O resultado obtido até agora é ótimo: Correção da gibosidade, volta completa dos movimentos dos membros inferiores. Cicatrização das fistulas. Estado geral bom. Enfim, se uma complicação séria não vier retardar o processo de regeneração óssea, dentro de poucos meses poderá ter alta N. R. S., com colete gessado ou de celuloide, que deverá usar por largo tempo ainda.

Observação II — A nossa segunda observação diz respeito a um caso de Mal de Pott da região lombar, em adulto. A. S. baixou em julho do corrente ano, indo ocupar o leito n.º 17, da 8.^a Enfermaria. Rapaz de 23 anos está jovial, e, não fossem as fortes dores que experimenta ao baixar-se, é muito provável que não procurasse o Hospital para se tratar. Ha três anos, e aqui começa a *História* de sua doença, que, jogando uma partida de foot-ball, sofreu forte queda.

Nessa ocasião fizeram-lhe massagens vigorosas e ele pôde continuar a partida sem grande sacrifício. Depois não ligou mais ao ocorrido, con-

tinuando a tomar parte nos jogos do seu team. Meses após começou a sentir dores na coluna vertebral, quando procurava curvar-se ou executar um movimento brusco.

"Isto é um reumatismo" pensou ele, e esse mesmo foi o diagnóstico que lhe foi feito em primeiro lugar, para logo em seguida ser olhado, como portador de uma afecção dos rins e como tal ser medicado durante todo o longo período de sua doença. Esse tratamento porém não lhe trouxe melhora alguma e A. S., já tendo perdido 7 quilos de peso, abandonou o esporte. Seu estado agravou-se lentamente, até que por último, sentindo dores na articulação coxo femural D., resolveu baixar à Santa Casa, afim de ser convenientemente tratado.

Os antecedentes pessoais do nosso doente são ruidosos, tendo A. S. levado sempre uma vida muito desregrada, em noites alegres com seus companheiros, fazendo então largo uso do fumo e bebidas alcoolicas. Teve fortes gripes. Contraiu blenorragia, de que se diz curado. Nada de interessante para o caso quanto a seus *antecedentes familiares*.

Estado atual. Jovem bem desenvolvido fisicamente, apresenta panículo adiposo escasso e as mucosas visíveis descoradas.

Ao exame da coluna vertebral mostra ao nível da região lombar pequena saliência dolorosa. Pela apalpação da fossa ilíaca, nada se encontra de anormal. Ao nível da região troneanteriana, um pouco para trás, a pressão desperta dor de intensidade média. Os movimentos da coxa direita, tanto ativos como passivos, apresentam-se um tanto limitados. A posição de pé é penosa para o paciente, pelas dores da coluna vertebral, sendo-lhe mesmo difícil a deambulação.

Diagnóstico. Os sinais apresentados pelo nosso paciente faziam lembrar várias afecções da coluna. Em primeiro lugar, podia-se pensar em um *reumatismo crônico*, pois a evolução longa da doença, assim autorizava julgar.

Mas já havia sido feito tratamento longo visando essa enfermidade, sem que houvesse resultado positivo.

A *Espondilite rizomélica* também poderia provocar o quadro mórbido que apresentava o doente, mas a idade de A. S. e o estado íntegro de suas articulações faziam afastar esta hipótese. Mais provável seria tratar-se de uma *Coxalgia*, pois havia uma certa limitação dos movimentos do membro inferior direito e dor um pouco para atrás da região troneanteriana. A doença de Kümmel-Verneuil, dado o traumatismo invocado pelo paciente, também poderia estar em causa, mas o início da afecção de A. S. havia mais precoce. Por último, e esta era a hipótese mais aceitável, um Mal de Pott lombar parecia explicar bem o caso, pois o traumatismo inicial, o emagrecimento do paciente, a evolução longa, a rigidez da coluna em seu seguimento inferior, as dores aumentadas pela posição de pé e quando o doente procurava flexionar o tronco, dores estas que cedem pelo repouso em decubitus dorsal, todo esse conjunto de sintomas, estava a lembrar um provável caso de *tuberculose das vertebbras*. Assim com o diagnóstico de provável *Mal de Pott lombar*, foi o paciente enviado a exame radiográfico, que iria em última instância afastar todas

as dúvidas, ao mesmo tempo que eram solicitados outros exames complementares, como índice de Velez, contagem de globulos etc. O laudo do exame radiográfico feito no Gabinete Alvaro Alvim da 20.^a Enf. pelo nosso coléga Dr. Augusto Andrade revelou o seguinte:

Destruição por cárie da 4.^a e 5.^a vertebrae lombares. Espondilite pótica.

Exame de sangue: Wassermann — Negativo — 000.

Índice de Velez:

I	II	III	IV	V	..
—	—	—	—	—	
32	40	26	2	0	

Sedimentação — Em 1 hora — 56.

Contagem de globulos —

Eritrocitos	5.500.000
Dos. hemoglobina	100%
Leucocitos	9.400

Urina —

Exame qualitativo Normal

Confirmando assim o diagnóstico, foi prescrito o seguinte tratamento: colocação do doente em decubitus dorsal, em leito duro. Cálcio-terapia, vitaminas, Neotuberculina Fontes. Sendo de tratamento longo a doença de A. S., manifestou ele desejo de tratar-se em sua residência, tendo obtido alta em agosto p.p.

Em *Conclusão* apresentei dois casos de *Mal de Pott* de localização diversa, evoluindo em indivíduos de condições fisiológicas diferentes.

A orientação do tratamento parece-nos de bons resultados, o que está de acôrdo com as conclusões do Congresso Americano de Cirurgiões Ortopédicos, quanto ao emprego do tratamento ortopédico e cirúrgico, como métodos que se equivalem, de acôrdo com as condições de cada caso.

Quanto à hospitalização, como deixamos consignado páginas atrás, ainda não representa o ideal para tais enfermos, sendo de esperar que em breve possamos ter a Clínica de Cirurgia Ortopédica, autônoma e perfeitamente aparelhada para tão custoso, qüão demorado tratamento.

QUADRO I

Doentes baixamos à Enf. Prof. Blessmann, no período de 1931-1941
(1.^o semestre

ANOS	DOENTES	ANOS	DOENTES
1931	430	1938	440
1932	443	1939	521
1933	397	1940	504
1934	439	1941	348
1935	460	(1. ^o semestre)	
1936	426		
1937	436	TOTAL	4844

QUADRO II — CASOS DE MAL DE POTT TRATADOS NO PERÍODO
DE 1931-1941 (1.º semestre)

ANOS	Casos	REGIÕES			Paraplegia	Lepto Meningite	Abscessos	ALTAS		Em Tratamento
		Dorsal	D. lombar	Lombar				Falecimento		
1931	1	1						1		
1932	1	1						1		
1933	1	1						1		
1934	1	1			1			1		
1935	1			1				1		
1936	1	1						1		
1937	2		2		1			2		
1938	2	1	1					1	1	
1939	2	1	1			1		1	1	
1940	1	1			1					
1941	1			1			2	1		1
Total	14	8	4	2	3	1	2	11	2	1

QUADRO III — AFECÇÕES ÓSSEAS E ARTICULARES TRATADAS NA ENFER-
MARIA PROF. BLESSMANN NO PERÍODO DE 1931-1941 (1.º semestre)

Doenças	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	Soma
Ancilose	1					1					2	4
Artrite aguda	2		1	1		1		2		4	1	12
Artrite deformante	1		1			1		1				4
Artrite sífilítica										1		1
Artrite traumática						1	1					2
Coxalgia							1	2	1	1	1	6
Coxartria									1	1		2
Coxite	1	1		1	1	1	1			2		8
Distrofia óssea										1		1
Doença de Kummel	1											1
Escoliose raquítica					1							1
Esteatose ossos do pé ..								1				1
Espondiloartrose									1	1		2
Espondilite	2										1	3
Mal de Perthes					1	1			1			3
Mal de Pott	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	14
Moléstia de Leriche										1		1
Osteoartrite	4	5	1		2	3	1		2	4	1	23
Osteoartrite tubere.								1	2			3
Osteocondroma										1		1
Osteite	1	9	5	2	1	7	5		4	3	2	39
Osteomielite	8	9	6	4	12	10	7	16	8	10	3	93
Osteoperiostite			4			1						5
Osteosarcoma	2	1	1		1		3	1		2	2	13
Osteose	1											1
Osteocondrite								1	3			4
Tumor branco								1		4	1	6
Goma sífilítica								1				1

Total....255

BIBLIOGRAFIA

- BURNS AMBERSON, JR. — Patogen, and TRAIT. Tubere. Vert. — The Jour. Of BONE AND JOINT SURGER. JUL. 1440.
- CALOT — Orthopedie indispensable. 7.^a Ed. Paris. — 1917.
- CEBALLOS, ALEXANDRE — Mal de Pott. EL DIA MEDICO N.º 25. Jun. 1940.
- FINKELSTEIN, H. — Tratado De Las Enfermedades Del Niño De Pecho. 2.^a Ed. LABOR. MADRID. 1932.
- KREMER, W-WIESE, O. — Tuberculosis de los huesos y articulaciones. Labor. Barcelona. 1937.
- MEYER, LEO — Critic. stud of spine tubere. in child. The Jour. Of Bone And Joint Surg. Jul. 1940.
- MEYERDING, W. HENRY — Spine tubere. Trait. Result. The Jour. Of Bone Joint Surg. Jul. 1940.
- OMBREDANNE, L. — MATHIEU P. — Traite de Chirurgie Orthopédique. Tom. III. Masson Cie. Paris. 1937.
- PROUST R. et SOUPAULT R. in BEGOUIN, P. — Path. Cir. Tom. II. Masson & Cie., Paris. 1938.
- ROMEIRO VIEIRA — Semiologia Médica, 5.^a Ed. Francisco Alves, Rio. 1933.
- SERGENT, RIBADEAU DUMAS, BABONNEIX — Trait. de Path. Med. & de Therp. Applique — Orthopédie — 2.^a Ed. Maloine. Paris. 1938.
- TAPIA, M. — Formas anatomoclínicas Diag. e Trat. de la Tubere. Pulm. Tom I. Artes gráficas, Porto. 1939.
- URENA, LOPEZ. — Afecciones del Raquis. Marata, Madrid. 1928.
- VALENTIN, B. — La necessité d'hospitaux spéciaux pour... Rev. Braz. Cir. n.º 5. 1939.
- WALKER, E. SWIFT. — Resul. Spine fusi. de Hibbs. The Jour. of Bone and Joint Surg. Jul. 1940.

ALCALITRAT

(Pó)

(vidro com 100 cc.)

Sal de viehi - Greda preparada - Carbonato de bismuto - Magnésia hidratada - Beladona em pó - Mucosa gástrica - Essência de aniz.

Sedativo das gastralgias - Gastrites - Duodenites - Hipercoridrias e nas displasias.

Uma colher das de chá 3 a 4 vezes ao dia, em meio copo d'água.

**Prodúto do
Instituto Chimico Campinas**

GLYCOTRAT

(caixa c/ 6 empôlas 10 cc.)

Açúcar de uva quimicamente puro - Hexametileno - tetramina em água bi-distilada.

Moléstias do fígado em geral e nas intoxicações - Angiololites - Insuficiência hepática - Colecistites - Ictericia - Uremias - Cirrose - Pielites - Cistites - Miocardites, etc.

1 empôla diariamente, sómente em uso endovenoso.

Para crianças administrar o conteúdo da empôla "per os", em um pouco d'água.

Prodúto do Instituto Chimico Campinas