gidas mas sem que o aspecto e configuração sejam eguais, sem que o enxerto nelas possa vir a têr o mesmo valor mecânico.

Por isto nos restringimos a dizer que em presença de uma grande gibosidade, em regra dorsal média ou dorsal superior, irreductivel, com a pele rugosa, esfoliada e possivelmente distendida por uma bolsa serosa ao nivel do ponto culminante, julgamos de bôa segurança não operar porque seria correr os raios de uma intervenção pelo menos inutil, se é que o mau trofismo dos tecidos não favorecesse quaisquer complicações.

Limitar-nos-hemos entam a manter o raquis na sua posição patológica adquirida por meio de coletes gessados ou de celuloide.

O abcesso vulgar que uma vez por outra acompanha o mal de Pott não pode sêr motivo para contraindicar a operação. Vimos que a operação ankilosante se em regra não tem influência sobre o abcesso, pode por vezes exercer sobre êle uma acção benéfica. Será porque o abcesso devia naturalmente terminar nessa altura, será porque o transplantado o influenciou favoravelmente, isso apenas mostra que o abcesso não se opõe à intervenção cirurgica.

A presença do tuberculoma no campo operatório, hipotese que raramente se realisa, deve sêr tomada como um impedimento à operação, pelo perigo de fistulisação e insucesso do enxerto que podia sobrevir.

Operando tardiamente, esta questão do abcesso menos vezes aparecerá a sêr debatida porque o abcesso se existiu é ao presente reabsorvido.

Se a colecção purulenta em vez de bem circunscrita numa cavidade, está em comunicação com o exterior outra não deve sêr a orientação a seguir. A fistula só será contraindicação operatória quando ocupar a região onde se deve colocar o enxerto. Uma fistula a distância, não mais que um abcesso a distância, não se opõe à operação.

De modo algum isto significa que em doentes com abcessos multiplos, de forte tendencia evolutiva, com fistulisações que conduziram a quasi caquexia se vá introduzir um enxerto interespinhoso a que possivelmente não resistiria. Aqui não se trata meramente de abcessos e fistulas, há já a tomar conta do estado geral, condição primária para indicar ou contraindicar a intervenção cirurgica.

E para discutir a operação nos potticos *paraplégicos* ou melhor nos casos de mal de Pott acompanhados de sintomas de compressão medular.

Gaudier e Macquet ([1]) tendo verificado que a causa de morte post-operatória de alguns doentes, a que se tinha feito a operação ankilosante, era a existência de lesões paquimeningíticas, constatadas em autopsia, fogem de operar nos paraplégicos.

Vimos que a paraplegia pottica não tem sempre a mesma patogenia: ou é o abcesso e ao fim de um, dous anos a regressão dá-se, ou é o edema e a cura vem em poucos mêses, ou é a paquimeningite e nada há que a melhore, ou há um sequestro ou sequestros a comprimir e entam dificilmente reaparece a motilidade e sensibilidade.

Preferindo a operação tardia, não teremos que antever a hipotese da paraplegia senão nos casos raros de paquimeningite e nos casos rarissimos de compressão por sequestro desviado do seu logar. No entanto, quando por qualquer razão se pensasse em operar precocemente um doente com paraplegia condicionada por um abcesso intraraquídeo, numerosos sam os factos que mostram excessiva a conclusão de Macquet.

Hibbs, Albee, Rogers e Folley, Mauclaire, Bérard, Tuffier, Laroyenne, Patel, Guillemin, Duval teem operado potticos com sinaes mais ou menos nitidos de compressão medular e o prognostico nem por isso tem sido agravado.

([1]) Macquet — *Thèse de Lille*, 1919.

A percentagem de meningites post-operatórias não é superior à percentagem de meningites que complicam a evolução de uma banal tuberculose óssea ou osteo-articular. Assim vê-se que na estatística global de Albee (532 casos) só 3 apresentaram meningite post-operatória. É um pouco mais sombrio o relatório de Brackett que dá uma mortalidade de 4,4 % devida à meningite, mas em compensação nos operados de Duval, Guillemin e Sorrel não há meningites de que se possa acusar a operação e nos casos que Creyssel reuniu na sua tese em nenhum a meningite é apontada como causa de morte.

Juntando os paraplégicos operados de sinostose vertebral e comparando os resultados com os obtidos nos potticos vulgares é certo que não sam tam bons mas isso em nada diminui o valor do método pois a paraplegia é, só por si, um sintoma grave capaz de obscurecer o prognostico; basta a êste respeito recordar a estatística de Putti.

Não é sempre o mesmo, o aspecto clínico da sintomatologia neurológica. Por vezes existem simples manifestações de irritação piramidal sem verdadeira paraplegia, por outras existe uma paraplegia espasmódica em extensão ou em flexão e por fim, seguindo a ordem crescente de gravidade, pode encontrar-se uma paraplegia flácida.

Os casos que mais frequentemente se observam pertencem a doentes do primeiro grupo, que podem apresentar um exagero dos reflexos rotuliano e equiliano, sinal de Babinski, clonus do pé e da rotula, alterações de sensibilidade, etc.

E' nêstes que a operação ankilosante tem sido mais assiduamente praticada e se ela não exerce uma acção sensivel sobre a sintomatologia piramidal em regra não a agrava.

Os casos de paraplegia espasmódica sam para Bérard e Creyssel motivo de abstenção momentânea, porque os doentes obrigados a ficar deitados não podem aproveitar-se do

levantar precoce que o enxerto confere. Afigura-se-nos aqui mais uma vez recomendavel a opinião de Sorrel não aplicando nunca o enxerto tibial prematuro pois é preferivel esperar que o abcesso compressor termine a sua natural evolução.

Se se trata de uma paraplegia flácida com alterações esfincterianas, tróficas e sensitivas graves não se pode pensar em entrevir, não só porque o mau estado geral em que êstes doentes se encontram é contraindicação bastante, mas ainda porque é frequentemente a paquimeningite que provoca êste género de paraplegia e em face de taes lesões em mais não há a confiar que num erro de dignostico causal.

Vemos pois, de uma maneira geral, que em presença de um adulto com mal de Pott e sintomas de compressão medular, o uso do transplantado ankilosante pode apresentar-se como se a complicação não existisse. O enxerto será tardio, pelo fim da evolução clínica aparente do mal de Pott, e não favorecerá nem prejudicará êste grave acidente neurológico. Estando constituida uma paraplegia na verdadeira acepção da palavra, o bom preceito manda não têr pressa, antes esperar que ela se resolva do que arriscar os perigos de uma intervenção traumatisante e que não a pode curar mais rapidamente.

Pode por fim constituir contraindicação operatória o *estado geral do doente.*

O estado geral do doente, quer dependente, quer independente da lesão fundamental, pode estar de tal modo desviado das suas caracteristicas normais que será por si só um obstáculo à operação pois o organismo não está em condições de suportar o acrescimo de trabalho que lhe vae sêr exigido.

As contraindicações do estado geral não sam especiais para as operações ankilosantes mas sim as mesmas que para qualquer outro traumatismo operatório. E' a operação

para regeitar em potticos atingidos de lesões tuberculosas multiplas, pulmonares ou ósseas que carecem de repouso constante. Contraindicações de outro género como as que seriam provenientes do mau estado dos varios orgãos essenciaes da economia como, por exemplo, o coração, pulmão, figado, rim, desnecessário é demarcá-las separadamente porque não há aqui qualquer particularidade que as torne diferentes do que elas sam vulgarmente.

Um organismo esgotado, emagrecido, intoxicado por uma supuração pertinaz, possivelmente com degenerescença amiloide dos seus parenquimas hepático e renal, não está em condições de colher os benefícios da osteosintese vertebral para mal de Pott. Procurar-se-há primeiro a desintoxicação, o levantamento das forças, a tonificação do organismo e só depois quando se puder confiar nas suas qualidades de resistencia é que a operação será levada a efeito.

E' procedendo cautelosamente, defendendo o princípio de que antes fazer perder a cinco ou dez doentes as vantagens que talvez tivessem a lucrar com a operação do que arriscar um só a uma intervenção prejudicial, isto é, na duvida a abstenção, que os resultados seram melhores e já não daram logar às críticas derrotistas e apaixonadas que sam o descrédito de certas intervenções.

OBSERVAÇÕES

Transcrevemos a seguir vinte e seis observações de sinostose vertebral operatória realisada com a tecnica de Albee.

As primeiras treze correspondem a doentes operados no *Hospital Maritimo de Berck,* por Sorrel ou algum dos seus assistentes; a segunda metade pertence a Guillaume (de Nancy) e vem publicada num numero recente dos *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie* (1).

Da colecção Sorrel, as duas primeiras historias dizem respeito a dous doentes que vimos operar no seu serviço e sam relatados a mero titulo de curiosidade, pois apenas dam indícios quanto ao momento e modo de operar, as três seguintes veem referidas, quasi completamente, no interessante estude de M.me Sorrel-Déjerine e as três ultimas foram relatadas pelo autor à Sociedade Nacional de Chirurgia em junho do ano passado (2). Colhemos as restantes no seu serviço.

---

(1) Guillaume — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 19 Março, 1927, n.º 9, pág. 365.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 3 de Julho, 1926, n.º 23, pág. 759.

I

F. G., de 25 anos, empregado no comércio.

Antecedentes hereditarios e colaterais. — Sem importancia.

Ant. pessoais — Sarampo, varíola, bronquites frequentes.

Começo clínico da doença em Março de 1925 por dores lombares com irradiação para a parede abdominal. Abcesso e paraplegia não existem. Colete gessado em Junho mas o doente movia-se na mesma pelo que piorou. Entrada em Agosto.

5-VIII-925 — Precario estado geral. Dores à pressão nas apófises espinhosas de L_1, L_2 e L_3. Rigidez da coluna dorso-lombar. Não há gibosidade muito perceptivel, nem abcesso, nem paraplegia. Imobilisação na cama do hospital.

2-I-926 — Mal de Pott evoluindo sem complicacões, estado geral levantado. Persistem algumas dores. O doente não se mantendo quieto decide-se o colete de Sayre.

25-I-926 — Colete gessado.

10-VI-926 — Bom estado geral, leve deformação cifótica. Não há abcesso ou paraplegia.

Radiografia mostra uma pequena destruição de L_2 e L_3 nas suas superficies de contacto e um grande «flou» articular.

5-XII-926 — Melhoras progridem. Bom estado geral. Não há dores à pressão nas apofises espinhosas.

O doente sente-se muito bem.

2-IV-927 — E' resolvida a osteosintese.

Reacção de Wassermann — negativa; cutireacção — positiva.

11-IV-927 — E' feita a operação vulgar de Albee sem qualquer complicação.

II

R. D., de 35 anos, trabalhador.

Ant. H. e C. — Pais sãos. Tem dous irmãos com saúde.

Ant. P. — Teve coqueluche e sarampo.

A doença começou em Janeiro de 1925 por dores lombares, sem abcesso e com leves sinaes de paraplegia.

Em Maio de 1925 tendo-se reconhecido a existencia de gibosidade, puzeram-lhe um colete gessado ambulatório até ao dia 4 de Agosto, dia em que começou a esboçar-se uma paraplegia que se estabeleceu dentro de três semanas.

O exame feito em 29-XII-925 mostrou um estado geral bom. Gibosidade angular mediana ocupando D_5, D_6, D_7, D_8 e D_9. Clinicamente estam atingidas sete vértebras dorsais. Vértebra culminante é D_6. Não há abcesso mas sim uma paraplegia quasi completa com membros em flexão e dificeis de alongar. Reflexos muito vivos, rotulianos e aquilianos. Há alterações da sensibilidade à dor, nos dous lados sobretudo o direito, o doente não sentindo a picada até à base do torax. Alterações da sensibilidade ao calor e ao frio egualmente com predominancia à direita.

Perturbações esfincterianas: incontinencia das materias fecaes, retenção de urinas.

15-I-926 — Sorrel observou um mal de Pott relativamente recente, as primeiras dores tendo sido sentidas em Janeiro de 1925 e a gibosidade aparecida em Maio do mesmo ano. Paraplegia começada em Agosto de 1925 é agora total não só dos musculos dos membros inferiores como egualmente dos musculos da parede abdominal e regiões lombares, acompanhada de alterações muito importantes da sensibilidade mais notaveis para a sensibilidade tactil que para a

sensibilidade termica e dolorosa. Há incontinencia das matérias. Automatismo vesical, a bexiga esvazia-se umas três vezes nas 24 horas. Muito marcado exagero dos reflexos, clonus do pé e da rótula. Sinal de Babinski em leque. Movimentos de defesa muito custosos, provocados por beliscadura até ao nível do umbigo. Abolição do reflexo cremasteriano. A reacção anserina parece não se fazer abaixo do mamilo. Desde a chegada do doente parece haver uma leve melhoria em particular nos movimentos de defesa que eram muito marcados e agora diminuiram. As alterações da sensibilidade dolorosa e termica sam egualmente menos marcadas e parecem em via de regressão, a sensibilidade tendo reaparecido por placas isoladas.

Doente muito adiposo; o volume do ventre parece além disso sêr devido a dilatação das ansas intestinais provocada por alterações simpáticas.

20-I-926 — Cama gessada.

27-IV-926 — Alterações esfincterianas desaparecidas há um mês. Sam possiveis alguns movimentos dos dedos dos pés. A sensibilidade ao tacto voltou em grande parte; a sensibilidade à dôr e ao calor é ainda inexistente por ilhotas. Movimentos de defesa quasi completamente desaparecidos.

5-V-926 — Movimentos de defesa intermitentes à esquerda. Alterações sensitivas até ao mamilo.

10-VI-926 — Muito grande melhoria das alterações nervosas. As pernas sam facilmente levantadas, posto que em grande estado de contractura espasmódica.

20-IX-926 — Reflexos aquiliano e rotuliano sempre exagerados. Reflexo cutâneo abdominal um pouco duvidoso. Reflexo cremasteriano esquerdo mais vivo que o direito. Sinal de Babinski positivo. A motricidade é praticamente integra e a sensibilidade é normal ao tacto e à dôr; ao calor há apenas alguns erros na face posterior da perna direita.

2-x-926 — Muito melhorado. Reflexos um pouco vivos. Força normal e bom estado geral.

20-xii-926 — Pensa-se na osteosintese.

7-i-927 — Constata-se a cura completa da paraplegia com os reflexos tendinosos quasi que normaes, apenas abolido o reflexo cremasteriano. O doente apresenta uma erupção cutânea estafilococica pelo que a operação é retardada.

4-iv-927 — Excelente estado geral. Persistencia das lesões cutâneas. Está muito gordo.

Reacção de Wassermann é negativa. Cutireacção à tuberculina positiva. A radiografia feita ao fim do primeiro ano mostrou destruição de D_7 e D_8 com descalcificação e moleza.

16-iv-927 — Osteosintese: Anestesia com o éter (Ombrédanne). Incisão curvilínea de concavidade voltada para a direita do doente, estando a sua parte média distante 3 cm. da linha das apófises espinhosas. Desnudamento destas apófises, das suas faces lateraes e em seguida das laminas e bases das apófises transversas tendo o cuidado de bem esfolar com um escopro cortante a face posterior das laminas. As apófises espinhosas proeminentes foram seccionadas com um escopro e martelo e uma pinça cortante de ossos. Uma vez bem à vista as goteitas vertebrais foram colocados de cada lado tampões de gaze e talhou-se o enxerto tibial.

Há sempre a precaução de cortar êste muito comprido. Com o fio de um escopro foram marcadas lateralmente as suas dimensões e logo depois com o mesmo cinzel indo de baixo para cima obteve-se o enxerto com alguns milimetros de espessura sem têr ido até à medula. Êste é tomado numa compressa de gaze e lavado com éter anestésico.

Voltando ao campo operatório vertebral, enquanto um ajudante sutura a ferida da perna, tiram-se as gazes aí colocadas e o enxerto dividido longitudinalmente em dous foi colocado nas goteiras vertebrais. Os fragmentos ósseos provenientes da secção das apendices espinhosas cobrem os

fragmentos osteoperiosticos transplantados e por cima de tudo foi feita a sutura primeiro musculo-ligamentar com catgut e depois da pele com fio de linho.

III

René C., de 16 anos.

Ant. H. e C. — desconhecidos.

Ant. P. — desconhecidos.

Em Fevereiro de 1922, o doente começou a queixar-se de fadiga ao nível dos membros inferiores; consulta um medico que lhe assegura não têr nada, mas em Abril estando pior é internado na «Salpêtrière». Nessa ocasião foi reconhecido que o doente caminha ainda, mas a marcha é por sua vez espasmódica e atáxica, com alterações sensitivas subindo até D_8, D_6, e deformação vertebral ao nivel da apófise espinhosa da oitava dorsal.

Os reflexos rotulianos e aquilianos sam vivos, há clonus do pé, sinal de Babinski bilateral. Auzencia do reflexo cremasteriano direito, persiste à esquerda mas muito fraco. Abolição dos reflexos abdominais medios e inferiores. Automatismo medular muito nitido, subindo até à parte média da prega inguinal. Hipoestesia subindo até D_{10}, tendo por cima uma zona de hiperestesia cuja altura varia um pouco de um exame a outro; alguns erros térmicos e alguns erros de noção de posição dos membros inferiores.

A radiografia mostra diminuição da altura do corpo de D_8, que reveste um aspecto cuneiforme, lesões ulcerosas de D_7, e D_9, escoliose leve com convexidade direita.

O doente é deitado numa cama dura.

Maio de 1922 — A paraplegia é completa, toda a motilidade voluntária desapareceu. A espasmocidade é muito intensa, os reflexos de automatismo medular são muito mar-

cados, directos e cruzados, por vezes pedalagem. O reflexo pilo-motor por excitação cervical mostra que há paragem da reacção anserina ao nível do limite superior da zona de hipoestesia. Alterações esfincterianas pouco marcadas, leve atrazo à micção e constipação rebelde.

VII-922 — Imobilisação absoluta. Reaparecimento dos movimentos voluntários, mas força diminuida.

X-922 — Força muscular quasi normal. Reflexos tendinosos menos vivos, clonus do pé muito dificil de obter, persistencia de uma muito leve hipoestesia; os sinaes de automatismo medular persistem ainda livremente, mas sam dificeis de pôr em evidencia.

9-V-923 — Entrada no Hospital Maritimo de Berck. Da paraplegia apenas persiste um exagero dos reflexos rotulianos e aquilianos, com esboço de clonus à esquerda.

29-IX-923 — A força muscular é absolutamente normal, os reflexos rotulianos sam vivos e policinéticos; os reflexos aquilianos sam menos vivos proporcionalmente que os rotulianos. Os reflexos abdominaes e cremasterianos sam ainda abolidos. A reacção pilo-motora não desce abaixo da prega inguinal, pelo contrário já não extstem alterações sensitivas nem alterações esfincterianas.

12-V-924 — Punção occipito-atloidêa, 1 cm. cubico de lipiodol: o transito é absolutamente normal e todo o lipiodol se encontra no fundo de saco sacro-coccígeo. Desaparecimento completo das alterações simpáticas.

16-VI-924 — Osteosintese vertebral pelo processo de Albee: enxerto colocado entre D^9, D^{10}, D^{11} e D^{12}. Seqüências operatórias normaes.

Reacção de Wassermann-negativa.

Soro-diagnostico da tuberculose e cutireacção à tuberculina-positivos.

Noticias recebidas ultimamente deste doente dam-no como perfeitamente curado sem qualquer recidiva ou complicação que o impessa de bem cumprir o mister a que se destinou.

IV

Eug. B., de 40 anos, mecanico.

Nos primeiros mêses de 1922 o doente sente dores abdominaes, vai à consulta do hospital (Pitié), onde fazem o diagnostico de mal de Pott com pequena gibosidade. A marcha era absolutamente normal; aconselham ao doente o porte de um aparelho gessado, o que êle não fez e continuou a trabalhar.

Em agosto de 1922 a marcha torna-se dificil, os membros sam pesados e o doente tem dificuldade em subir a escada. A paraplegia instala-se num mês. A partir de Setembro de 1922 o doente é obrigado a guardar a cama. A paraplegia não era completa, o doente podia fazer alguns movimentos com os dedos dos pés. Dores em cinto violentas, com predominancia nocturna. Micções lentas e dificeis. Não há alterações sensitivas.

I-923 — Reaparece a motilidade voluntária.

II-923 — A melhoria continua sensivel, é tal que o doente pode pôr-se de pé. Aplicação de um colete gessado. Nos mêses seguintes a força muscular volta progressivamente.

30-VI-923 — (Entrada no Hospital maritimo). Gibosidade unica pouco marcada, com saliencia das apofises espinhosas de D^{10}, D^{11}, D^{12} e L^{1}. Não há abcesso iliaco. As alterações motrizes são pouco marcadas, a força muscular não teria voltado completamente. O reflexo rotuliano é mais vivo à esquerda que à direita. As alterações esfincterianas parecem ter desaparecido; todavia o doente queixa-se nos mêses que seguem, de sensações de falsas necessidades e de dores à micção.

21-XI-923 — Força muscular normal. Reflexo rotuliano vivo à direita, policinético à esquerda, não há clonus do pé,

sinal de Babinski, alterações da sensibilidade nem alterações esfincterianas. A radiografia mostra destruição parcial dos corpos de D_{12} e L_1.

7-XII-923 — Erupção zosteriforme com dores nevralgicas e prurido, ao nível da região infraclavicular direita e na face postero-interna do braço direito.

24-XII-923 — A erupção desapareceu quasi completamente.

15-II-924 — A paraplegia está completamente curada, mas persiste sempre um pouco de exagero dos reflexos rotulianos.

24-IV-924 — Osteosintese segundo Albee; enxerto de 10 cm. aproximadamente, ultrapassando a lesão acima e abaixo. O recuo assaz pronunciado de D_{12} fez com que o enxerto tivesse de sêr talhado ligeiramente curvo e as apofises espinhosas fossem fendidas e desnudada levemente uma parte das suas laminas para que o enxerto tivesse um contacto osseo em toda a sua altura. Seqüências operatórias normaes.

A marcha com colete é autorisada seis mêses depois da intervenção. A cura é completa, não persiste senão um exagero do reflexo rotuliano direito e o doente abandona o hospital.

Reacção de Bordet-Wassermann negativa depois de reactivação.

Cutireacção à tuberculina-positiva.

Foi rial e duradoura a vantagem deste enxerto. Recentemente êste doente participou sentir-se bem e ter retomado o seu árduo emprego sem qualquer contratempo.

V

L. P., 39 anos, cozinheira.

Ant. H. — Pae morreu de cancro gástrico. Mãe saüdavel.

Ant. P. — Infancia um pouco delicada, bronquite aos 18 anos. Em 1919 a doente foi operada de uma osteite do pri-

meiro metacarpico esquerdo; a ferida fechou três mêses depois da operação. Teve um filho nascido prematuramente aos 7 mêses; não há abortos. O marido foi morto na guerra.

Historia Preg. — Em 1919, cinco a seis mêses antes da osteíte metacárpica a doente começou a sofrer um pouco da região dorsal quando fazia um trabalho custoso. Queixava-se de emagrecimento, astenia com alterações digestivas, mas em nenhum momento foi obrigada a interromper o trabalho e continuou o oficio de cozinheira.

Em maio de 1921 procurou o médico por causa das dores dorsais mas o diagnostico foi errado. Desde esta época queixou-se de uma pontada dorsal muito localisada, com dores irradiadas para a omoplata e fundindo para diante até à região prècordial. Estas dores não revestiam o tipo de dores fulgurantes mas davam à doente uma sensação de torsão profunda predominando de manhã ao acordar. No começo de janeiro de 1922, a doente teve de cessar o trabalho; curvada para diante, queixando-se de dores em cinto, podia ainda ter-se de pé, mas sentia caimbras nos dous membros inferiores, sobretudo à direita.

14-I-922 — Hospitalisação em «Lariboisière», onde é feito o diagnostico de mal de Pott; a doente caminha ainda bem. Nos primeiros dias de fevereiro, sente uma impressão de peso nas pernas, sintoma que se agrava nos dias seguintes e permite pôr o diagnostico da paraplegia pottica. A 15 de março de 1922, a paraplegia é completa, ou pelo menos no seu ácume; existe uma impotencia completa da perna direita, persistem todavia alguns movimentos do pé esquerdo.

8-VII-922 (Entrada no Hospital marítimo) — Muito leve saliencia sem gibosidade apreciavel da região dorsal, entre D_5 e D_9, com ponto doloroso muito nitido ao nível das apófises espinhosas; à percussão a coluna vertebral é dolorosa. Existem, alem disso, dores em cinto passando por baixo da espinha da omoplata, encontrando-se até na região epigastrica e que sam muito violentas. A posição sentada é quasi

impossivel por causa das dores da região dorsal; contractura muscular manifesta da coluna vertebral na região interessada.

A doente descola dificilmente o membro inferior do plano da cama; à esquerda, a perna é levantada aproximadamente 1 cm. acima da cama; à direita mal consegue descolar. Existe um esboço de flexão dos dous joelhos. No conjunto, os movimentos expontâneos existem no estado de esboço, a paralisia muscular é completa e a força muito diminuida. Estas alterações predominam à direita. Existe uma paralisia dos musculos abdominaes. A doente não pode sentar-se.

Reflexos rotulianos e aquilianos vivos dos dous lados; clonus do pé pouco marcado, auzencia de clonus da rotula e de sinal de Babinski. Reflexos abdominaes abolidos à direita, conservados à esquerda, excepto o reflexo abdominal médio.

Sensibilidade subjectiva: dores em cinto já apontadas e caimbras existindo ao nível dos membros inferiores, predominando à direita. Sensibilidade ao tacto e ao calor normaes; sensibilidade à dor: hipoestesia dos membros inferiores subindo ao nível do abdomen e atingindo a zona cutânea de D_7 à direita e de D_9 à esquerda e muito leve hiperestesia na face externa do pé esquerdo. Sentido esteriognosico e barestesia normaes.

Haveria, no dizer da doente, movimentos involuntarios durante a noite, com sensação de contractura. Ao exame não se encontram movimentos de defesa nem tremulações musculares.

Durante varios mêses, no começo da doença, a doente teria apresentado cryestesia. Atualmente, não há cianose dos pés, mas uma sensação de formigueiros e picotadas ao nível dos membros inferiores, e parece à doente que os pés estam sempre sobre areia.

Não há alterações da micção, ligeira constipação.

A radiografia de frente mostrou os corpos vertebrais desde D_5 a D_8 fracturados e os discos intervertebrais não sam já visiveis. Existe um muito leve desvio lateral. De perfil o corpo de D_8 e cuneiforme e o de D_7 é parcialmente destruido.

IX-922 — O reaparecimento da motilidade voluntária faz-se progressivamente, a força muscular volta em parte e a posição sentada é possivel. Não há modificação das outras alterações sensitivas ou reflexas.

15-II-923 — A força muscular voltou completamente à direita e à esquerda, os movimentos de resistencia sam normaes e a doente senta-se sem dificuldade; existe pois um desaparecimento completo das alterações motrizes.

O reflexo rotuliano é vivo à direita, os reflexos aquilianos sam normais, há clonus do pé à direita. Do lado esquerdo não se encontra sempre sinal de Babinski e os reflexos abdominais sam normais do lado direito e abolidos do lado esquerdo excepto o reflexo abdominal inferior.

A hipoestesia à dor desapareceu completamente, mas persiste adiante uma zona de hiperestesia ligeira correspondendo à zona cutânea de D_7, estendendo-se até à linha axilar posterior mas não atingindo a região dorsal. Alem disso a doente queixa-se sempre de sensações de queimaduras na região torácica inferior. Existe, em resumo, uma melhoria consideravel da paraplegia, que é quasi curada, e não persiste senão um pouco de exagero dos reflexos e uma irritação parcial da setima raiz dorsal.

29-X-923 — Leve exagero dos reflexos rotulianos; desapareceu o clonus do pé, os reflexos aquilianos sam normais, assim como os reflexos abdominaes que reapareceram. Não há alterações da sensibilidade objectiva e apenas persiste uma sensação de formigueiros no membro inferior, correspondendo ao dominio de S_2; as dores em cinto desapareceram completamente.

23-VI-924 — Pratica-se uma injecção atloido-occipital de lipiodol: existe um muito leve obstáculo não persistente, mas o transito é absolutamente normal.

Colocação de um enxerto interespinhoso pelo processo de Albee; a marcha é autorisada seis mêses depois.

25-XII-924 — A doente deixa o hospital em bom estado geral, completo desaparecimento das sequencias e marcha normal. Cura completa.

Reacção de Wassermann-negativa.

Soro-diagnostico da tuberculose-duvidoso.

Cutireacção à tuberculina-positiva.

Dous anos depois (janeiro de 1927) soube-se que esta ex-doente estava perfeitamente bem sem que o seu antigo mal de Pott tornasse a dar rebate.

VI

Marc., 30 anos, criado de restaurante.

Ant. H. e C. — Sem importancia.

Ant. P. — Sarampo, escarlatina e febre tifoide.

H. Preg. — Em julho de 1920, começou bruscamente a têr umas dores lombares que atribuiu a reumatismo mas que não houve meio de fazer passar com topicos revulsivos. As dores persistem e o doente continua a fazer a sua ocupação cada vez mais molestado até que em outubro sentiu dificuldade em mover a perna direita. Estava fraco, abatido e como as dores continuassem e cada vez lhe custasse mais a estender a coxa foi à consulta do «Hotel-Dieu» onde constataram a existencia de pequena gibosidade, angular e mediana com culminancia na apofise espinhosa de Z_1. Dôr à pressão em D_{12} L_1 L_2 e L_3. A palpação da fossa ilíaca direita mostrou a existencia de uma pequena fusão purulenta na bainha do psoas. Não havia sinaes neurológicos.

16-I-921 — Deu entrada no Hospital marítimo. Mal de Pott dorso-lombar interessando D_{12}, L_1 e L_2 num doente com mau estado geral. Pequena gibosidade angular e mediana com ponto culminante na apofise espinhosa de L_1. Dores lombares irradiando em cinto para a linha branca abdominal. Na fossa ilíaca direita à inspecção e palpação reconhece-se a existencia de uma massa fluida bem circunscrita e tensa que ocupa a bainha do psoas.

20-I-921 — Punção dum abcesso que deu uns 30 cm. c. de pús espesso. Imobilisação do doente com reclinação sobre cunha de madeira.

7-V-921 — Melhora o estado geral. Auzencia de dores. O abcesso foi até à data puncionado cinco vezes. Não há sinaes de paraplegia.

12-XII-921 — As melhoras progridem. Gibosidade sensivelmente reduzida. O abcesso foi puncionado mais duas vezes mostrando uma tendencia regressiva.

10-III-922 — Gripe durante uma semana o que parece ter agravado o abcesso. Punção.

11-VIII-922 — Optimo estado geral. Não há abcesso. Movimentos perfeitos dos membros inferiores. Sensibilidade normal.

5-I-923 — Pensa-se na osteosintese.

5-III-923 — Operação de Albee. A meio da operação o doente teve uma sincope respiratória facilmente removida. Imobilisação durante seis mêses, depois do que o doente saiu curado.

Radiografia mostrou destruição parcial de D_{12}, L_1 e L_2 com predominancia em L_1.

Reacção de Wassermann-negativa.

Cutireacção à tuberculina-positiva.

Em fins de 1926 êste doente reconhecia-se curado e retomara o seu antigo mister sem que tornasse a aparecer qualquer abcesso.

VII

Eug. N., de 42 anos, condutor.

A. H. e C. — Paes mortos de doença indeterminada e um irmão morreu de enterite tuberculosa.

A. P. — Uma doença infecciosa em criança. Constipações frequentes. Tem um filho com bacilose pulmonar.

H. P. — Em fevereiro de 1921 andando a guiar um carro sentiu de repente uma dôr aguda nas costas que o obrigou a abandonar o trabalho. Tendo recorrido nessa ocasião ao médico êste aplicou-lhe um colete gessado que o doente conservou alguns mêses continuando a movimentar-se. As dores não desapareceram completamente e sentia-se cada vez mais abatido. Custava-lhe a andar.

13-XII-921 — Entrou no Hospital marítimo. Rigidez da coluna vertebral cujos movimentos estam dificultados. O doente anda um pouco curvado para a frente e custosamente. Aparentemente não existe gibosidade mas à palpação cuidadosa, indo de baixo para cima, o dedo prende na apófise espinhosa de D_{11}. Dôr à pressão em D_9, D_{10}, D_{11} e D_{12}. Não há abcesso. Exagero dos reflexos rotulianos. Não há clonus do pé nem da rótula. Sinal de Babinski à direita. A sensibilidade é normal. Clinicamente os pulmões estam íntegros.

30-III-922 — Já se não queixa de dores. Gibosidade quasi inexistente. Não há abcesso. Persiste o exagero dos reflexos rotulianos, mas mais nada. O doente está bem disposto.

23-VII-922 — Mesmo estado do anterior.

9-IV-923 — Osteosintese-Operação de Albee com enxerto tibial que vae de D_8 a L_1. Operação e sequencias perfeitamente normaes.

A radiografia de perfil feita pouco depois da sua entrada

mostrou lesões superficiaes com preferencia em D_{11}. Diminuição do disco intervertebral entre D_{11} e D_{12}.

R. de Wassermann-negativa.

Cutireacção e sorodiagnostico-positivos.

Em Dezembro do ano passado a cura mantinha-se sem qualquer incidente.

VIII

Jean B., de 22 anos, empregado de escritório.

A. H. C. — Mãe sã; o pae morreu de tuberculose. Tem dous irmãos com bôa saüde.

A. P. — Sempre fraco.

H. P. — Em abril de 1921 começou por sentir dores na região interescapular e ao mesmo tempo dificuldade em voltar a cabeça. Era uma impressão penosa e vaga que o impedia de se endireitar completamente. Em julho do mesmo ano é internado no hospital «Lariboisière» onde lhe é feito o diagnostico de mal de Pott dorsal superior. Grande gibosidade formada pelas duas ultimas cervicais e quatro primeiras dorsais com ponto saliente em D_2. Anatomicamente estam lesados D_1 e D_2. Não ha abcesso nem paraplegia.

Imobilisação em colete gessado com minerva. Em setembro êste colete teve que sêr fenestrado em frente do ponto mais saliente da gibosidade com receio de escara que sempre se veiu a formar, mas superficial e cicatrizando duas semanas depois.

3-1-922 — Entrada no Hospital marítimo — Gibosidade acentuada, mediana e arredondada na qual entram as vertebras de C_6 a D_5 com elevação máxima em D_2. Leve dôr à pressão nas apófises espinhosas. Movimentos muito diminuidos. Alterações tróficas dos tegumentos na parte culminante da gibosidade, marcando-se a cicatriz da escara. Não

há abcesso nem paraplegia. Minerva gessada e decubito dorsal.

5-x-922 — Não há dores. Gibosidade não acrescida; a pele que a cobre apresenta-se fina e com pouca vitalidade. Aparentemente a afecção vae bem e sem complicações.

23-xii-922 — É preciso mudar o aparelho que o doente acidentalmente quebrou. A gibosidade está bem não havendo ulceração dos tegumentos.

20-ii-923 — A osteosintese é indicada e feita um mês depois. Tecnica de Albee, mas, como a gibosidade era um pouco grande, o enxerto teve de sêr cortado ligeiramente curvo e adaptado às exigencias do leito interespinhoso. Nos dias seguidos à operação houve esfacelo parcial da pele que cobria o enxerto o qual levou semanas a reparar com tópicos cicatrizantes, sol e antisepsia, mas por fim a cicatrização deu-se sem complicação de maior.

Radiografia — Destruição somática dos corpos vertebraes de C_7, D, e D_2 com predomínio em D, cujo corpo está quasi completamente destruido. A face superior do corpo de D_2 está mais lesada que a face inferior do corpo de C_7.

R. de Wassermann-negativa.

Cutireacção à tuberculina-positiva.

Três anos e meio depois da operação a cura persiste e o doente diz-se curado.

IX

H. B. de 24 anos.

A. H. e C. — Sem importancia.

A. P. — Sarampo em 1917. Adenites cervicais em criança de que curou. Tem dous filhos sãos. Nos ultimos anos sente-se emagrecido, com astenia, suores, mas sem expectoração ou hemoptises.

H. P. — Em setembro de 1920 teve atrozes dores lombares de que foi tratado sintomaticamente até que em 1922 lhe fizeram uma radiografia que mostrou a existencia de mal de Pott dorso-lombar. Imobilisação na cama durante três mêses.

15-II-923 — Chegada a Berck. Estado geral regular. Não há febre nem anorexia. Ao nível do raquis pode vêr-se uma gibosidade angular, desde D_8 a L, e uma pequena escoliose de convexidade esquerda. A pressão e percussão nas apófises espinhosas é levemente dolorosa. Acentuada rigidez da coluna. Auzencia de abcesso. Exagero dos reflexos rotulianos, vivos, policinéticos, com clonus da rótula, trepidação epileptoide e sinal de Babinski-positivo. Queixa-se de dores na região lombar com irradiação para a coxa direita.

10-VII-923 — Estado geral mantem-se bom. A cifose dorsal inferior está sensivelmente a mesma. Não há abcesso e os reflexos mantem-se como anteriormente. Indicação operatória é posta.

12-X-923 — Osteosintese segundo a tecnica clássica de Albee. Sequencias operatórias normaes: reunião por primeira intenção. Imobilisação post-operatória durante seis mêses ao fim dos quais o doente sae em optimo estado e andando bem.

Em 1926 a sua saúde era perfeita: engordou, não tem dores e move-se perfeitamente. Localmente a cicatriz está em bom estado, sentindo-se à palpação a saliencia óssea do enxerto. Regular mobilidade da coluna vertebral. Sob o ponto de vista neurológico apenas persiste um exagero dos reflexos rotulianos.

Radiografias de frente e perfil em fevereiro de 1923 mostraram destruição com perda do equilibrio normal um D_{10} e D_{11} com predominio à direita o que traz uma escoliose com convexidade esquerda. Existe uma sub luxação entre D_{11} e D_{12}.

X

Ber., de 32 anos, trabalhador.

A. H. e C. — Não mencionados.

A. P. — Sarampo e osteite tuberculosa do radio em 1919.

H. P. — Inicio da doença em 1920 por dores lombares sem abcesso e sem paraplegia. Consultou um medico que fez o diagnostico de mal de Pott, submete-o a um ano de decubito dorsal e depois aplica varios coletes gessados. Grande melhoria.

Dous anos depois a radiografia acusa uma lesão muito nitida entre L_2 e L_3. Na fossa ilíaca direita aparece um abcesso pelo que foi submetido a mais meio ano de imobilisação na cama. O abcesso desapareceu sem punção.

Entrou em 17-XI-923. Gibosidade lombar, pequena indo de L_1 a L_4, e mediana. Há dores à percussão das apófises espinhosas. Limitação dos movimentos por rigidez da coluna lombar. Não há abcesso e apenas os reflexos rotulianos estam levemente exagerados. A radiografia feita neste momento mostrou as lesões acima indicadas e a mais a sombra de um abcesso ladeando os corpos vertebraes a direita.

10-II-924 — Operação. Tecnica vulgar de Albee seguida da costumada imobilisação. Três mêses depois de operado o doente teve uma pneumonia de que curou facilmente.

Saída em agosto. Ultimamente o doente sempre cauteloso tem uma vida normal. Não há dores expontâneas ou provocadas. Bôa imobilisação pelo enxerto.

XI

M., com a edade actual de 38 anos, enfermeira, foi operada a 25-I-922.

Mal de Pott dorso-lombar cujos primeiros sinaes clínicos tinham aparecido em 1918 na edade de 30 anos. Até janeiro de 1921 não tinha seguido tratamento regular. De janeiro de 1921 até janeiro de 1922, esteve na «Salpêtrière», imobilisada em decubito dorsal e com colete gessado. Nunca teve abcesso clinicamente evidente. Na ocasião da operação, a radiografia mostrava uma muito marcada destruição dos corpos de D_{12} e L_1. O enxerto tirado da tibia segundo a tecnica de Albee, foi colocado entre as apófises espinhosas de D_{11}, D_{12}, L_1, L_2. Seis mêses mais tarde, em agosto de 1922, começava a levantar-se e desde abril de 1923, retomou a profissão de enfermeira que exerce normalmente.

XII

G. Sth., 36 anos, preceptor, foi operado a 18-VII-922. Mal de Pott dorso-lombar cujos primeiros sinais clinicos tinham aparecido em 1919 na edade de 29 anos. Em 1917 tivera uma pleurisia soro-fibrinosa, puncionada uma vez. Parece ter sido tratado assaz irregularmente, até à sua entrada no Hospital marítimo a 12-IV-922. Neste momento a radiografia mostrava uma destruição muito acentuada dos corpos de D_{12} e L_1, sem vestígios de sutura. Não se sentia abcesso nas fossas ilíacas.

18-VII-922 — Osteosintese com enxerto tirado na face interna da tibia e colocado entre as apófises espinhosas de

D_{10}, D_{11}, D_{12}, L_1, L_2 e L_3. Decubito dorsal até julho de 1923, por causa de uma epididimite supurada que teve de sêr operada em janeiro de 1923. Saída do hospital em agosto de 1923 e desde novembro do mesmo ano retomou as suas funções de preceptor, que exerce nas mesmas condições qne outrora. Até setembro de 1923 trouxe um colete de celuloide que nesta data poz de parte.

XIII

J. M., 44 anos, telefonista. Mal de Pott dorsal superior cujo inicio clinico remontava a 1916 quando tinha a edade de 34 anos. Desde entam fora imobilisada na cama, com minerva. Em 1922, as dores persistiam sempre, e alguns sinaes nervosos, em particular o clonus do pé direito, mostravam que a lesão estava sempre em actividade. Em dezembro de 1922, osteosintese seguindo a tecnica de Albee. Enxerto colocado da segunda à quinta dorsal. A marcha é retomada em julho de 1923 e desde êste tempo o doente pode agir como anteriormente.

XIV

Pierre, S., 44 anos — Pais mortos de tuberculose pulmonar. Nada de importante nos seus antecedentes pessoais até dezembro de 1920, data em que contraiu a gripe. Durante esta doença sentiu dores localisadas na nuca. Ao principio surdas, intermitentes, estas dores aumentam pouco a pouco e apresentam periodos de exacerbação. Tornadas quasi contínuas, encontravam-se localisadas na parte inferior da nuca e nos hombros.

No dia 18 de janeiro de 1921, sem traumatismo anterior, constata-se o aparecimento de uma cifose na região cervical inferior com saliencia marcada de C_5, C_6 e C_7. Desde êste momento, as dores acusadas pelo doente ficaram sensivelmente eguaes em intensidade. Sam localisadas à parte superior do torax, à nuca, aos ombros, aos braços (face externa, depois face interna), aos antebraços (face externa) e irradiam ao medio e ao anular respeitando a eminencia tenar. Estas dores, formigueiros e entorpecimento interessavam sobretudo o braço direito.

Não há alterações respiratórias.

A inspecção, cifose cervical inferior.

Ao exame da faringe, desaparecimento da concavidade anterior, correspondente à região interessada.

Atitude caracteristica da cabeça que está soldada, o mento tocando quasi o externo. Os movimentos de lateralidade, de flexão e de extensão sam esboçados, mas dificeis. A palpação não mostra qualquer colecção fria, nem na região cervical nem no espaço prevertebral. A percussão nas apófises espinhosas salientes é dolorosa. Reflexos rotulianos e aquilianos nitidamente exagerados. Clonus do pé. Não há sinal de Babinski.

Não há alterações da sensibilidade no membro inferior; no membro superior não há perda de sensibilidade, os reflexos tendinosos estam um pouco diminuidos e a força muscular parece diminuida no braço direito. Não há lesão do centro respiratório (C_1 e C_2), nem do centro cilio-espinhal (C_5 a D_3).

Não há alterações da motricidade, nem alterações objectivas da sensibilidade (tacto e dôr), mas algumas alterações subjectivas como formigueiro, entorpecimento e dores nos dominios de C_4, C_5, C_6, C_7, C_8 e D_1. Estado geral satisfatório. Não há lesão bacilar evolutiva.

Radiografia — Amontoamento das três ultimas cervicaes, em particular de C_7 cujo corpo está parcialmente destruido.

18-II-921 — Operação — Na tibia direita, com a serra electrica, tira-se um enxerto com 15 cm. de comprimento e 1 cm. de largura compreendendo uma parte da lamina compacta da tibia com o seu periosteo.

Sobre a linha das apófises espinhosas cervico-dorsaes, incisão de 20 cm., interessando o rafe mediano até à coluna vertebral. As apófises espinhosas de C_6, C_7 e D_1 sam postas à vista, notando-se que as das vertebras suprajacentes estam uns 2 cm. afastadas de C_6. Estas apófises sam divididas em duas valvas de diante para traz, e entre estas duas valvas insere-se o enxerto. A nível de C_6, um corte de pinça-goiva faz desaparecer a saliencia apofisária.

Sutura, com catgut cromado, dos planos musculo-aponevróticos por cima do enxerto. Sutura cutânea com crinas. Seqüências operatórias normaes.

Ao fim de sete semanas de decubito horizontal o doente levanta-se e traz uma minerva gessada durante dous mêses. E' revisto a 20 de Março de 1922. Não tem já dores, nem formigueiros, nos braços ou nos hombros. Os movimentos de rotação da cabeça executam-se sem dificuldade, à direita como à esquerda e atingem uma amplitude de 40° aproximadamente, de cada lado. A flexão é hesitante e incompleta posto que indolor. A extensão é quasi normal. O estado geral é muito satisfatório.

Em Novembro de 1924 o doente volta ao hospital com uma pneumonia dupla a que sucumbe.

A parte do esqueleto vertebral onde o enxerto fôra implantado, tirada na autopsia, mostrou êste completamente fundido com as apófises espinhosas.

XV

L..., 29 anos, sem antecedentes, entra no hospital a 16 de Março de 1921, por causa de uma afecção dolorosa da coluna vertebral com irradiações em cinto, sobretudo no lado esquerdo.

O começo da doença parece remontar a um mês: no dia 14 de fevereiro, fazendo um esforço, sentiu uma dôr muito viva na região dorsal, pela 10.ª dorsal, com irradiações intensas para o lado esquerdo. Teve de se meter na cama, durante dous dias, depois retoma o seu trabalho de marceneiro, mas as dores dorsaes acentuam-se e o doente com dificuldade se mantem de pé.

O exame, à entrada no hospital, mostra um doente de media estatura, musculoso, solido, com estado geral florido. Apresenta uma forte cifose dorso-lombar, com gibosidade acentuada ao nível das ultimas dorsaes e primeira lombar. A percussão nas apófises espinhosas salientes é pouco dolorosa. Pelo contrário, a pressão no eixo da coluna vertebral provoca uma dôr nitida e bem localisada aos primeiros segmentos da coluna dorsal inferior.

A flexão do tronco para diante, para traz, para a direita e para a esquerda, os joelhos apertados e estendidos, é hesitante, incompleta, dolorosa, com tendencia a executar-se unicamente nos quadrís e nos joelhos. A inclinação do tronco para traz é particularmente dolorosa.

Os reflexos tendinosos não estam modificados.

Não há temperatura. Deformações torácicas bastante marcadas.

Radiografia — De frente, desabamento completo de D_9, D_{10} e D_{11}, escondidas por um abcesso de volume médio. De perfil uma forte angulação entre D_8 e L_1; D_{10} só existe na parte posterior. D_9 e D_{11} estam destruidas em cunha de

modo que os bordos tocam-se adiante de D_{10} que desapareceu.

Operação a 9-IV-921 — Enxerto de 20 cm. tirado com a serra electrica da face interna da tibia direita. Incisão semi-circular de concavidade interna, ao nível das vértebras doentes que permite levantar um retalho que põe a descoberto as apófises espinhosas. Afastamento dos musculos das goteiras vertebraes e secção com a serra electrica das apófises de D_8 a L_1. No leito assim criado, coloca-se o enxerto osteoperióstico, fracturado ao nível do angulo vertebral; uma esquírola comprida, tirada do enxerto, é deslisada na parte superior da trincheira espinhosa.

Sutura com catgut cromado do plano muscular aponevrótico e sutura cutânea com crina (pontos separados).

Depois da operação, o doente queixa-se de dores violentas ao nível da extremidade livre da 12.ª costela direita. De facto esta está cavalgada pela imediata e as duas tiveram de sêr resecadas.

O doente é revisto a 20 de Março de 1922. Já não sofre nas costas nem nas costelas. Leve aumento da gibosidade que é indolor à percussão. Nos movimentos de flexão, o segmento enxertado fica rígido. Poude retomar o trabalho de marceneiro, seis semanas depois de sair do hospital, e não sente fadiga por isso.

Em Outubro, chega a levantar 80 kilos sem dificuldade, mas em Dezembro diz sentir picadas acima da cicatriz lombar quando mobilisa o hombro direito. Tem de fazer esforço para ficar direito, porque tem tendencia a dirigir-se para diante.

Em seguida pelo mês de Julho de 1923 teria tido a sensação de um estalido ao nível da gibosidade, depois do que teria de novo sentido dores em cinto que, em Janeiro 1924, já não lhe permitiam levantar as cargas pesadas que levantava anteriormente.

Revisto em 23 de Janeiro de 1926, já não sente qual-

quer dôr. Retomou o oficio que exerce tam facilmente como antes sem se deter diante de cargas a levantar. Excelente estado geral; engordou 5 kgr. desde a operação. Sente apenas uma má disposição depois de 15 a 20 kilometros de marcha, mas esta má disposição desaparece com o repouso.

A gibosidade não aumentou; ficou muito marcada.

A cicatriz não é aderente. Coluna vertebral indolor à pressão e percussão. Sentem-se as apófises espinhosas fazer corpo entre si e estam alargadas. A parte enxertada é rígida e os movimentos de flexão fazem-se acima e abaixo. Reflexos normaes. Não há clonus. Não se percebe abcesso à palpação, mas a radiografia mostra que o abcesso que existia antes da intervenção, persiste mas um pouco diminuido de volume. No meio das lesões veem-se produções fibrosas que unem as vertebras doentes.

XVI

A. M., 13 anos, com antecedentes hereditários bastante carregados, já apresentou um abcesso frio ganglionar do lado esquerdo do pescoço em Março de 1920.

Em Junho de 1920, sentiu vivas dores nos rins que o obrigaram a deitar-se. Teve febre e abundantes suores nocturnos. Ao fim de oito dias, a situação melhorou e o doente poude retomar o trabalho. No mês de outubro, experimenta as mesmas dores, mas continua, todavia, a trabalhar até começos de Janeiro de 1921. Nesta época, as dores aumentando, o doente teve que tomar a cama; pelo dia 15 de Janeiro de 1921, notou-se o aparecimento de uma gibosidade que ainda não tinham visto. A entrada no hospital, a 15 de Fevereiro de 1921, existe, de facto, uma gibosidade muito marcada ao nível de D_{11}, D_{12}, L_1, L_2 e L_3, com escoliose suprajacente de concavidade direita. Dores em

cinto violentas nos segmentos respectivos. Fenómenos de paresia no membro inferior direito; exagero dos reflexos. Não se sente abcesso.

Radiografia — Esmagamento de D_{12} e L_1, que estam quasi completamente destruidas, o que leva D_{11} ao contacto de L_2 mediante uma forte angulação. Sombra de um abcesso fundindo para o psoas direito.

Operação a 2-III-921 — Enxerto osteoperióstico tirado com a serra electrica na crista da tibia. Mede 20 a 25 cm. Incisão sobre as apófises espinhosas e ao nível da gibosidade de D_{10} a L_5. Os musculos paravertebraes reclinados, seccionam-se à serra electrica as apófises espinhosas de D_{11}, D_{12}, L_1, L_2, L_3 e L_4. Entre as duas metades das apófises espinhosas assim divididas, introduz-se o enxerto que se é obrigado a modelar para que se adapte à curvatura da gibosidade. Suturas dos tegumentos.

Uma supuração óssea instala-se, no tempo costumado, levando à extracção de uma esquírola na parte superior da ferida no dia 23 de Maio, uma outra ficando na parte inferior que é extraída por sua vez a 21 de Junho; nesta data a fistula superior fechara. As dores desapareceram completamente. O doente fica ainda de cama a maior parte do dia. Não pode têr-se de pé senão com moletas, mas nesta posição acusa uma dôr no hipocondrio direito.

Quando deixa o hospital, a 4 de Julho, o seu estado geral é bom. Anda sem muletas, correctamente, mas por segurança fazem-lhe trazer um colete.

A cifose não aumentara, mas a escoliose tinha-se acentuado ao nível da coluna dorso-lombar.

Em Agosto de 1921 substituiu o colete de gesso por um de couro sem que isso lhe fosse recomendado pelo médico.

No dia 10 de Maio de 1922, estando perfeitamente, sente uma dor muito viva e brutal na face interna da coxa direita que o obriga a deitar-se. Uma semana depois volta ao hospital com um abcesso por congestão na face interna e supe-

rior da coxa direita a qual está em meia flexão sobre a bacia.

O abcesso é puncionado numerosas vezes, retira-se cada vez quasi um litro de pús, até Setembro. Em Agosto aparece um novo abcesso na face externa da coxa, que é egualmente puncionado.

O estado geral está muito atingido. O doente não come, está excessivamente magro e aparecem escaras. O membro inferior direito é fixo em semi-flexão. As dores reaparecem nos rins, quadril e coxa. Pouco a pouco o doente caquetisa-se e termina por falecer em 1923.

XVII

J. B., de 14 anos, aprendiz tipógrafo, não apresenta antecedentes hereditários ou colateraes. Em 1918, teve uma adenite cervical bacilar que supurou durante cinco mêses e de que conserva o sinal sob a forma de uma cicatriz estrelada característica.

Em Fevereiro do mesmo ano sente dores lombares que sobreveem principalmente à noitinha. A passagem da posição sentada à posição de pé era muito dolorosa. Estas dores acentuavam-se durante a marcha e obrigavam-no a caminhar curvado para diante e lateralmente. As dores desapareciam durante a noite.

Entra no hospital a 18 de Abril de 1921, com precario estado geral. Emagreceu e perdeu o apetite; queixa-se de cansaço geral mas não tem febre.

Gibosidade dorso-lombar bastante aguda, com lordose de compensação da região dorsal e escoliose esquerda. As massas musculares lombares estam contracturadas. A atitude do doente é incerta, os movimentos sam preguiçosos. Volta-se rigido não se pode baixar sem flectir os joelhos. Se, deitado

sobre o ventre, lhe levantam os pés, o raquis fica rigido e a criança é levantada duma só peça; êste movimento é doloroso. Não há deformação toracica nem lesões pulmonares.

E' indolor a percussão das apófises espinhosas.

Não há abcesso ossifluente. Os reflexos um pouco vivos.

RADIOGRAFIA — Esmagamento dos corpos de D_{11}, D_{12} e L_1.

OPERAÇÃO a 27-IV-1921 — Tecnica usual. O doente é deixado estendido horizontalmente num plano um pouco resistente durante sete semanas. Cicatrização per primam da ferida operatória.

No dia 23 de Maio o doente chama a atenção sobre uma tumefação difusa existindo ao nível do cotovelo direito; trata-se de um abcesso frio que se punciona e no qual injectam glicerina iodoformada.

Em 18 de Março de 1922, a cura parece adquirida, o doente já não acusa sofrimento expontaneamente e à percussão. Não obstante a rigidez operatória, o doente baixa-se facilmente.

Noticias dêste doente em 22 de Janeiro de 1926 dam-no em bom estado. Não se queixa de quaisquer dôres. Exerce a profissão de operário de laminador; faz regularmente o seu trabalho e nunca se deteve. Todos os movimentos lhe sam possiveis e não parece têr dificuldade para se baixar para diante. A gibosidade já não é marcada.

XVIII

L. R., 40 anos, vidraceiro. A mulher é tuberculosa averiguada; um filho morreu com meningite. Êle mesmo tosse frequentemente e esteve internado em 1919 por bronquite crónica. Examinado em 1923 apresenta esclerose dos vértices e pleurite seca. E' um palúdico e foi atingido de disenteria.

Em Junho de 1924 sente na bacia e coxa direita uma dôr que o impede de andar. Sofre sobretudo de pé, porisso guarda a cama quasi continuadamente para evitar a dôr.

Entra no hospital em outubro de 1924.

Lesão de L_4 com leve saliencia da apófise espinhosa correspondente. Dôr à pressão tanto na apófise como no eixo da coluna vertebral. Contractura da massa sacro-lombar. Reflexos rotulianos e aquilianos um pouco vivos. Babinski em extensão. Não há clonus do pé nem alterações de sensibilidade.

Operação a 13-XI-924. Tecnica vulgar.

Ao fim de quatro dias, elevação térmica em relação com um estado gastro-intestinal: lingua saburrosa, etc., dependente da disenteria. O doente está muito agitado. Nos dias seguintes constata-se a existencia de um hematoma que é evacuado com uma sonda canula. Uma supuração se instala de abundancia pouco consideravel, de aspecto ósseo e de cheiro por vezes nauseoso. O estilete bate sobre o enxerto que se necrosa. Os tegumentos estam pouco lesados. Varios acessos de paludismo aparecem que atacam fortemente o doente. As lesões pulmonares evoluem. Com alternativas de agravamento e diminuição da supuração, constatam-se os mesmos fenómenos até 5 de Janeiro de 1925 havendo, de vez em quando, uma reacção do estado geral e eliminação de pequenos sequestros ósseos.

No dia 6 de Janeiro de 1925, faz-se a ablação do enxerto, o que se executa sem dificuldade, não tendo havido formação de calo.

No dia 11 de Julho o doente trazendo um colete gessado deixa o hospital. Morto quatro mêses depois.

XIX

E. S., de 19 anos. Sem antecedentes hereditarios ou pessoais. Trabalhava numa fabrica de papel onde levantava pesadas cargas sem dificuldade. Em Julho de 1921, sentiu, na ocasião de um esforço, uma dôr na região lombar bastante viva mas que não a obrigou a interromper o trabalho. Como continuasse a sofrer, recolheu à cama pelo Natal.

Ao fim de alguns dias notou que a sua coluna vertebral não dobrava e durante duas semanas teve dores violentas nos rins. Poude levantar-se ainda uma meia hora cada dia durante algumas semanas, mas em virtude dos seus sofrimentos foi obrigada a manter-se deitada. Continuou assim até Setembro de 1922, quando lhe aplicaram um colete gessado que conservou dous mêses.

Não existe gibosidade. Nota-se só uma escoliose de dupla curvatura, concavidade direita acima, esquerda abaixo. Rigidez dorso-lombar. Dôr à percussão das primeiras apófises espinhosas lombares. Dôres em cinto sobretudo violentas à direita sem irradiações para os membros. Leve aumento dos reflexos tendinosos.

Radiografia mostra uma diminuição de L_1 e destruição de L_2 obliquamente de cima para baixo e da direita para a esquerda. L_1 inclinou-se para conservar o contacto com a vértebra infracolocada.

Operação a 25 de Novembro de 1922 com a tecnica simples de Albee. Seqüencias operatórias normaes. O doente levanta-se ao fim de sete semanas. Sente ainda por vezes algumas dores nos rins, mas, sentada não sofre e endireita-se sem dificuldade.

Coloca-se-lhe um colete e regressa a casa a 31 de Março de 1923. Ocupa-se dos arranjos da casa e não está fatigada senão no fim do dia ou quando fez um esforço prolongado.

Entam experimenta algumas dores nos rins e no lado direito do tronco.

Revista em 26 de Junho, aumentou 3 kgrs. e tem excelente estado geral. A flexão para diante não é dolorosa, a inclinação para a direita é facil, para a esquerda é mais limitada e dificil.

A doente casa em Dezembro de 1923. Em Fevereiro de 1925 tem um parto normal com o feto vivo e são. Examinada em 20 de Janeiro de 1926 apresenta uma cicatriz perfeita, não aderente. Existe uma ligeira convexidade, mais que gibosidade dorso-lombar, de D_{11} a L_2. Não há escoliose mas existe um decaimento do torax: as costelas estam muito próximas das espinhas ilíacas. Não há dôr à percussão das vértebras lesadas. Rigidez lombar em toda a altura do enxerto que, todavia, não impede a flexão para diante. Esta executa-se graças a uma verdadeira compensação fazendo-se acima do segmento ankilosado. Não sente dores. Os reflexos sam normaes. Não há abcessos. Trata do seu filho e ocupa-se do seu lar.

XX

Jos. P., de 20 anos, sem antecedentes.

Começou a sofrer, há um ano, na região lombar: dôr expontânea, pouco viva, acentuada pela posição de pé e o trabalho, acalmada no decubito. Apareceu em seguida dificuldade em se baixar. A dôr, assim como a alteração funcional à flexão, aumentou pouco a pouco. Todavia nunca houve lesões intensas, irradiadas para o membro inferior, nunca paraplegia, nem sinal de abcesso ossifluente.

Saliencia pouco marcada das apófises espinhosas de L_1, L_2 e L_3. A percussão ao nível das duas primeiras lombares é dolorosa. Reflexos um pouco exagerados. Rigidez

segmentar dolorosa. Estado geral deficiente. Emagrecimento.

Radiografia — Lesões das três primeiras lombares, em particular de L_2 que está deformada e destruida parcialmente na metade direita, determinando uma escoliose de compensação de concavidade esquerda na parte suprajacente da coluna.

22-VI-923 — Operação de Albee. Sequencias operatórias simples. Levanta-se a 10 de Agosto. Tem uma certa rigidez lombar mas não sente dores. Durante a permanencia na cama melhorou notavelmente o estado geral. A 3 de Outubro, constata-se que os movimentos de flexão, inclinação e torsão sam possiveis e indolores. A coluna lombar está rigida. A doente ocupa-se dos arranjos domésticos sem dificuldade nem fadiga.

Revista em 22-I-926 — Não sente dores nas costas nem nos rins. Sofreu às vezes da articulação coxo-femoral esquerda quando passava um dia a cavar no campo e quando conduzia uma ceifeira, sentada e sacodida sobre o assento pouco confortavel de êste instrumento. Bôa cicatriz. Ao nível do enxerto, percebem-se as apófises alargadas, unidas umas às outras. A percussão não é dolorosa. Não há contractura muscular. A região lombar é plana em vez de escavada como normalmente, sem gibosidade. Constitue um segmento rígido. Optimo estado geral. A doente retomou as suas ocupações dez semanas depois da operação.

XXI

Aug. V., de 30 anos, mineiro, sem antecedentes importantes. Esteve na guerra e no serviço activo. Entra no hospital a 9 de Novembro de 1920 porque, há um mês, se queixa de uma dôr surda, bem localisada, existindo ao nível das apófises espinhosas de L_2 e L_3.

A dôr é expontanea. Aparece muitas vezes de manhã, antes do doente começar o trabalho. E' provocada por alguns movimentos, sobretudo pelos movimentos de extensão da coluna vertebral.

Ao exame do doente provoca-se uma leve dôr à pressão e à percussão das apófises espinhosas das 2.ª e 3.ª vértebras lombares. Premindo a face lateral esquerda destas apófises provoca-se uma dôr mais pronunciada. Os movimentos de extensão e flexão do tronco sam um pouco limitados e, se há uma certa imobilidade lombar, não há rigidez propriamente dita. Não há atitude particular.

Não existe cifose, todavia à palpação das apófises espinhosas nota-se uma leve saliencia ao nível de L_1 e L_2.

Não há exagero dos reflexos. Bom estado geral. Doente robusto e bem constituido. A auscultação mostra leve rudeza respiratória no vértice direito.

Radiografia — Diminuição do disco intervertebral entre L_1 e L_2 com ligeira alteração das partes adjacentes destas vértebras.

Operação a 12-xi-920 — Enxerto tibial colocado de D_{12} a L_4 inclusivè. Sequências operatórias normaes. Sete semanas depois o doente levanta-se e volta para casa.

Revisto em 22-11-922 — A coluna lombar é perfeitamente rígida. Na flexão, o movimento faz-se um ponco mais alto. A extensão e a flexão nos seus limites possiveis não sam dolorosas. Persiste um ponto levemente saliente ao nível de L_4. O doente retomou o seu emprego.

A 10-xi-923 acusa algumas dores com a mudança de tempo. Há um ponto doloroso a um centimetro da extremidade superior do enxerto. Bom estado geral.

No dia 10-xii-923, o doente tem uma dôr que compara a um reumatismo, por têr realisado um trabalho mais custoso que o vulgar. Esta dôr existe, quer na parte média da cicatriz ao nível da gibosidade quer a 4 cm. acima da sua extremidade superior. Não há dôr nem contractura nos lados,

nem nos membros, não há dôres em cinto. A rigidez é completa nos segmentos lombar e dorsal inferior. O doente declara-se encantado com a sua operação e diz que se não fosse a limitação dos movimentos de flexão, julgar-se-hia «o mais feliz dos felizes».

É revisto a 13-XI 925 sempre em estado satisfatório. Tem uma impressão penosa ao nível da apófise espinhosa de L_4. O peso mantem-se e trabalha sem dificuldade.

XXII

G. H., de 28 anos, pedreiro, apresenta uma fenda congénita do veu do palatino. Em 1921, dá uma queda sobre a coluna vertebral na região lombar e a essa altura remonta o seu sofrimento.

Em Agosto de 1924 vem para o hospital. Põe-se-lhe um colete gessado. Deixa de emagrecer: o estado geral melhora e as dores aliviam mas não desaparecem.

O exame não revela senão dores em cinto e um ponto algo doloroso na 5.ª apófise lombar. Não há gibosidade.

Ligeira contractura dos musculos paravertebraes, rigidez segmentar pouco marcada da coluna vertebral. Os reflexos rotulianos sam um pouco vivos. Esboço de clonus do pé. Não há Babinski. Sensibilidade normal. O colete é tirado a 15-XII-924. No dia 28 do mesmo mês apresenta uma irite do olho esquerdo que faz suspeitar a sifilis. Não obstante Wassermann negativa é instituido o tratamento que cura a lesão ocular mas é inactivo quanto á lesão vertebral.

Radiografia — Destruição superficial da face inferior de L_2 que está corroída, sobretudo à esquerda. Não há desvio vertebral.

Operação a 9-IV-925. — Tecnica usual de Albee.

Revisto a 31-VIII-925, o doente diz que já poude trabalhar

no campo sem sofrer da coluna vertebral. Sente ainda algumas dôres em cinto, mas mais altas ao nível da 10.ª costela, e de intensidade menor. Já não sofre das pernas e das costas. Os reflexos rotulianos ficam vivos. O doente anda sem dificuldade.

Deu as suas noticias em 19-1-926: não sente dores nas costas ou nos rins senão quando está fatigado. De pé ou deitado, nada lhe doi. Não obstante a rigidez segmentar da sua coluna vertebral, chega a baixar-se para diante quasi completamente e sem grande dôr. Os movimentos de rotação ou inclinação lateral sam possiveis e indolores. Desde Outubro de 1925 retomou o oficio de pedreiro e levanta pesos de 40, 50 kgrs. sem incomodo. Diz que «quanto mais o tempo passa tanto mais sensivel é a melhoria».

XXIII

C. M., de 30 anos, sem antecedentes, sente há um ano dores nas pernas e particularmente ao nível dos joelhos, irradiando ao longo do trajecto do sciatico. Mais tarde, tem dores semelhantes na região lombar, cuja característica é serem mais intensas de manhã ao despertar que de dia quando o doente circulou um pouco.

Persistencia dêste estado com alternativas de agravamento e melhoria até à entrada no hospital (12-XI-923).

Existe à inspecção uma gibosidade lombar com saliencia em L_2. A coluna vertebral suprajacente desenha uma escoliose de concavidade esquerda. A percussão, mesmo na apófise espinhosa saliente, é indolor.

Marcha normal. Rigidez do segmento lombar nos movimentos de flexão e extensão.

O exagero dos reflexos tendinosos dos membros inferiores é apenas esboçado. Não há abcesso perceptivel.

Radiografia — Estam atingidas L_2 e L_3. De frente vê-se L_2 inclinada para a direita e a sua altura diminuida dêste lado. Auzencia de disco intervertebral. L_3 está esmagada; a sua parte superior esquerda está rarefeita. Não se vê limite entre as duas vértebras do lado direito. De perfil vê-se que as lesões sam máximas em L_3 cuja superficie superior está esmagada pela vértebra suprajacente que a penetra salvo na sua parte precisamente anterior em que persiste um esporão ósseo que dá o valor dêste esmagamento. O bordo inferior de L_2 é um pouco irregular.

O doente tendo um bom estado geral, sem outra localisação bacilar, o seu mal de Pott estando limitado e não se acompanhando de abcesso, decide-se a intervenção.

Operação a 19-XI-923 — Seqüências operatórias simples. Colete durante dous mêses. Seis mêses mais tarde, a 12-V-924, é revisto. Não sofre nos rins nem nas coxas. A cicatriz operatória é muito bôa. Rigidez lombar. A escoliose dorso-lombar existe, sem modificações, mas, pelo facto da ankilose da coluna lombar, o doente tem a impressão de que a perna direita é mais curta.

Poude retomar algumas operações domésticas pouco fatigantes. O estado geral é muito melhor; aumentou 6 kgrs. Um ano depois da operação conta que retomou durante três mêses o seu ofício de tecelão mas que durante êsse tempo teve dores nas costas (era obrigado a mover os braços sem parar e a fazer executar ao tronco um movimento de balanço). Desde que deixou êste mister já não sofre.

Em flexão, vê-se a ponta inferior do enxerto fazer uma leve saliencia sob os tegumentos.

E' revisto a 24-I-926 — Não tem dores em qualquer parte do corpo. Trabalha e levanta cargas de 80 kgrs. A cicatriz é livre, não aderente. A coluna subjacente não é dolorosa à pressão e percussão. Sentem-se as apófises espinhosas soldadas uma à outra, formando bloco e aproximadamente com 1 cm. e meio de largura. O segmento vertebral lombar

é rígido. A flexão, que permite ao doente tocar o solo com a ponta dos dedos sem dobrar os joelhos executa-se nas articulações vertebraes acima e abaixo do enxerto e não é dolorosa. Neste movimento a parte inferior do enxerto salienta-se sem prejuizo para o doente. Movimentos de extensão e inclinação lateral sem dificuldade. Pode correr sem sentir nada. Reflexos normais. Auzencia de abcesso.

XXIV

J. R., de 24 anos. Pais e irmãos saüdaveis. Teve uma pleurisia aos 12 anos.

Em 1921 sente dôres nas massas musculares das goteiras vertebrais lombares. Não podia levantar a perna direita porque tinha dôres na região posterior da coxa. Não podia além disso dobrar-se para diante. Neste momento diagnosticou-se uma afecção muscular e foram prescritas massagens que não deram apreciavel melhoria.

Em outubro de 1923 é radiografado e descobre-se uma lesão vertebral.

Guillaume vê-o em janeiro de 1924. Ao exame nota-se uma escoliose de convexidade dorsal direita e lombar esquerda com desvio da bacia para a direita e encurtamento aparente da perna direita. Saliencia das apófises espinhosas de L_3 e L_4. Não há dôr à percussão. Rigidez segmentar lombar: o doente não pode apanhar um objecto do solo sem dobrar os joelhos. Reflexos vivos. Não há abcesso clinicamente.

Radiografia — De frente, L_3 e L_4 encravam-se uma na outra. Não sam vagamente distintas senão à direita.

O bordo superior de L_4 está destruido segundo uma linha oblíqua para baixo e para a esquerda, enquanto que

L_3 está alterada rarefeita em toda a sua espessura. De perfil há destruição angular de L_3 e L_4.

Não se vê abcesso.

Operação a 22-I-925. Tecnica de Albee. O doente fica na cama sete semanas, depois do que traz um colete gessado durante um mês. E revisto ao fim de êste tempo: não sente dôres lombares, anda e trabalha. O segmento vertebral enxertado está rígido, mas os movimentos não determinam dôres nêsse ponto. Estado geral muito bom, o doente aumentou 2 kgs.

XXV

A. L., de 35 anos, agricultora, sente desde dezembro de 1920, dôres nos rins e no membro inferior direito. É por causa destas dôres que entra no hospital.

Constata-se uma gibosidade leve correspondente a L_2, L_3 e L_4. A coluna vertebral está fixa, rígida no seu segmento lombar; os movimentos de flexão e inclinação não sam possiveis.

É dolorosa a percussão nas apófises espinhosas salientes; a pressão seguindo o eixo da coluna provoca egualmente dôr. A *radiografia* mostra a ultima lombar refeita, transparente e de altura diminuida. O bordo superior é confuso, irregular.

Operação a 20-VII-921.

A doente levanta-se ao fim de sete semanas de decubito dorsal. Cicatrização perfeita. Dôres completamente desaparecidas. A perna direita que estava sempre fria e na qual a doente sentia formigueiros intermitentes, está agora com uma temperatura normal e os formigueiros desapareceram.

A coluna lombar é rígida. A gibosidade desapareceu; as apófises espinhosas estam em linha recta.

Em radiografia, praticada a 19 de setembro, o enxerto é

muito visível. Está em bom logar e não apresenta descalcificação.

A doente é revista em 22-II-922. Não há gibosidade; correcção absoluta da coluna lombar. Colocada de pé, apoia-se egualmente sobre as duas pernas, sem que se observe escoliose.

Não há dôr à percussão das apófises espinhosas lombares e à palpação não há irregularidade.

Os movimentos de flexão esboçam-se sòmente na região superior e se se insiste no movimento, a doente acusa uma certa sensibilidade da região.

Em 21 de janeiro de 1926, o marido participou que oito mêses depois da operação, a doente declarou que as pernas não podiam já levá-la. Foi vista entam por um médico que lhe poz um colete gessado, mas alguns dias depois a doente diz-se incapaz de andar. Desde entam não pode ficar de pé. Todavia mexe as pernas e os braços, tem os reflexos e a sensibilidade normaes.

Mas a doente não quer andar porque tem mêdo que o enxerto quebre. Outras vezes anuncia que ela o sente pegado.

Acrescenta Guillaume que parece tratar-se de um estado psíquico particular que mantem a doente na cama, muito mais do que uma lesão organica.

XXVI

R. M., de 44 anos, sujeito a bronquites frequentes, desde 1916, tem dôres vivas na região lombar que o obrigaram a cessar o trabalho. Entra no hospital em abril de 1922. As dôres impedem-no de flectir a coluna vertebral ou de a inclinar lateralmente e sam traduzidas pela contractura dos musculos da massa sacro-lombar e a rigidez

do segmento vertebral sacro-lombar. A percussão das apófises espinhosas é dolorosa nesta zona, sobretudo ao nível da ultima lombar. Não há modificações dos reflexos.

A *radiografia* mostra um aperto da ultima lombar, que está diminuida de altura.

Operação a 6-IV-922.

O doente é revisto a 19-VIII-922. Já não acusa nenhuma dôr na região lombar nem expontaneamente, nem nos movimentos que pode executar, nem à pressão ou percussão das apófises espinhosas. A coluna lombar constitui um bloco rígido, solidário do sacro, limitando, por conseguinte, a flexão.

Durante dous mêses, depois da operação, acusou algumas dôres na tibia que fornecera o enxerto, tirado desta vez com os instrumentos electricos de Martel.

Sente ainda uma certa dificuldade em se deitar, de lado, na cama e queixa-se de não poder levantar carrêgos, tendo a impressão de que os seus rins não o sustentam suficientemente.

No dia 14 de Novembro, posto que não tendo dôres, ainda não retomou integralmente o trabalho: sente sempre êste obstáculo na coluna lombar quando levanta um objecto pesado.

Voltou no dia 17-III-923 e disse que ia muito bem. Conseguira reentregar-se ao trabalho sem dificuldade, baixar-se sem dôr, mas contraiu a gripe e desde entam sente um ponto doloroso na massa sacro-lombar direita. Uma radiografia feita nesta ocasião não mostra lesões novas.

Em 20-I-923 torna a sêr visto. Não há dôres, de pé, sentado ou trabalhando. Estado geral muito bom. Bôa cicatriz lombar, a coluna vertebral não faz saliencia e não é dolorosa. O segmento enxertado não está ankilosado.

A flexão é facil e indolor.

Reflexos fracos. Não há vestígio de abcesso.

O enxerto é visivel à radiografia: a extremidade superior está rarefeita e afilada; na parte inferior confunde-se com o sacro.

BIBLIOGRAFIA

J. E. Adams — *Clin. Journal*, Londres, 1916, t. XIV, pág. 277 e seg.
A. Aimes — *La Pratique de l'Heliothérapie*, Paris, 1914.
Albanese — *Bibliografia Ortopédica*, 1921, n.º 6, pág. 161.
Albee — *The Journal of the American Medical Association*, 9 setembro 1911, t. LVII, pág. 885.
» — *New-York Medical Journal*, 9 março 1912, t. XCV, n.º 10, pág. 469 e seg.
» — *Jermont Medical Monthley*, Berlington, 1912, t. XVIII, pág. 85 e seg.
» — *Medical Record*, Nova-York, 21 dezembro 1912, pág. 1147.
» — *Boston Medical and Surgery Journal*, 20 fevereiro 1913, pág. 283.
» — *Zeitschrift für Orthopedic Cirurgie*, Stuttgard, 1913, t. XXXI, pág. 460.
» — *Surgery, Gynec. and Obst.*, Março 1913.
» — *The Journal of the American Medical Association*, 5 abril 1913, t. LX, pág. 1044.
» — *Revue de Chirurgie*, 2.º semestre, 1913, t. LVII, pág. 1.
» — *Pacific Medical Journal*, São Francisco, 1914, t. LVII, pág. 671 e seg.
» — *Bone Graft Surgery*, Philadelfia, 1915.
» — *The American Journal of Orthopedie Surgery*, março 1916, t. XIV, n.º 3, pág. 134 e seg, discussão de Gallie, Galloway, Porter, Plummer, Ryerson, Freiberg, Schaffer, Goenslen. Bäer, Davis, Blodgett.
« *The American Journal of Surgery*, março 1920.

NOTA — Cumpre-nos dizer que não lemos precisamente toda a bibliografia apontada; dela damos no entanto conhecimento para elucidação de alguem a quem esta questão interessar.

ALDRICH — *New England Medical Gazette* 1912, t. XVIII, pág. 478.
ALLISON — *Interstate Medical Journal*, São Luiz, 1911, t. XIX, pág. 456.
ALLISON e HAGAN — *The Journ. of Am. Med. Ass*,, 1917, t. LXVIII, pág. 452.
AMBROSE — *The Medical Journal of Australia*, 1917, t. II, pág. 413 e 1918, pág. 38.
ANDRIEU — *Gazette des Hopitaux*, 12 agosto 1911, n.º 91, pág. 1351.
ARMAND-DELILLE — *L'Héliothérapie*, Paris, 1913.
AUVRAY — *Bulletins et Mémoires de la Societé Nationale de Chirurgie*, Paris, 5 julho 1922, pág. 969.
BAMPFIELD — *On the Diseases of Spine and Chest*, 1828.
BARBARIN — *XVIII Congrès de Chirurgie*, Paris, 1919, pág. 383.
» — *Revue de Chirurgie*, 1919, t. XV, pág. 706.
» — *Société de Médecine de Paris*, 22 agosto 1920.
» — *Le Progrès Medical*, 25 janeiro 1920, n.º 4, pág. 13.
BARD — *Les formes cliniques de la Tub. pulmon.*, Paris, 1927.
BASSET — *Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir.*, 10 maio 1922, pág. 682.
BAUMANN — *Münchener Medizinische Wochenscrift*, 19 fevereiro 1923, t. LXX, pág. 81.
BECK — *Munchner mediz. Wochenschrift*, 1910, n.º 33.
BÉRARD — *Lyon Chirurgical*, sessão de 16 junho 1921, pág. 84.
» — *Lyon Chirurgical*, sessão de 19 outubro 1922, pág. 103.
» — *Revue d'Orthopédie*, 1922, pág. 572.
» — *Lyon Cirurgical*, sessão de 15 janeiro 1925 da Societé de Chirurgie de Lyon.
BÉRARD ET CREYSSEL — *Revue d'Orthopédie*, setembro 1925.
BERARD ET CREYSSEL — *Lyon Chirurgicale*, 1926, t. XXIII, n.º 1.
BERG — *Medical Record*, 1912, pág. 545.
BERNHARD — *Zür Heliotherapie der Chirurgischen Tuberkulose in Hochgebirge*, 1912.
BESANÇON — *Presse Médicale*, 1927, n.º 5.
BIESALSKI — *Archiv für Klin. Chir.*, Berlim, 1923, t. CXXVII, pág. 667 e seg.
BISSAYA-BARRETO — *O Sol em Cirurgia*, Coimbra, 1915.
BILHAUT — *Annales Chir. et Orth.*, Paris, 1913, t. XXXVI, pág. 353.
BLANC Y FORTASSIN — *La Medicina Ibera*, Madrid, maio de 1920, t. XI, vol. I, n.º 134.
BOECKEL — *Gazette Medical de Strasbourg*, 1 de julho de 1885.
BOIT — *Zentralblatt fur Chirurgie*, 1923, pág. 1203.
BONNET — *Traité des maladies des articulations*, Lyon 1845.
BOYER — *Traité des maladies chirurgicales*.
BRACKETT, BAER, RUGH — Os resultados das operações para ankilosar o

raquis. Relatório da Comissão nomeada para êste estudo in *The Journal of Orthopedic Surgery,* — outubro 1921, vol. III, n.º 10, pág. 507 e in *Gazette des Hopitaux* — 4 e 6 abril 1922, n.º 27, pág. 427.

Broca — *Tuberculose des Enfants — Tuberculose chirurgicale,* Paris, 1925.

Brodie — *Traité des maladies des articulations.*

Broca — Mal de Pott dorso lombar — Relatório de E. Sorrel à Sociedade de Cirurgia *in Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.,* novembro de 1926, n.º 28, pág. 922.

Calandra — *Archivio di Ortopedia,* 1922, vol. XXXVII, fasc. 3.

Calot — *Gazette des Hopitaux,* — 25 de dezembro de 1896.

» — *XII Congrès International de Médecine,* Moscou, 19-26 agosto 1897, in *Revue de Chir.,* 1897, t. XVII, pág. 920.

» — *Congrès de Chirurgie,* Paris, 1897, pág. 306.

» — *Chirurgie et Orthopédie de guèrre.*

» — *Traitement de la coxalgie.*

» — *Berck et ses traitements,* 1923.

» — *Congrès de Chirurgie,* Paris, 1919, pág. 390.

» — *Journal des Praticiens,* 1 de novembro de 1919.

» — *L'orthopédie indispensable aux praticiens,* 9.ª Ed., 1926.

» — *Journal des Praticiens,* 25 de junho de 1927, pág. 417.

Calvé — *Journal Médical Français,* dezembro de 1912, pág. 527.

» — *Sur l'importance des hopitaux marins . . . — Rapport présenté au Congrès international de Tuberculose,* Roma 1912.

» — *La Clinique,* 21 abril 1911, n.º 16.

» — *Paris Médical,* 1.º semestre, 1912, pág. 250.

» — *Presse Médicale,* 7 janeiro 1920, n.º 2, pág. 13.

» — *Presse Médicale,* 1922, n.º 23, pág. 246.

Calvé et Galland — *Revue de Chirurgie,* 1920, pág. 340.

» — *Journal de Chirurgie,* 1922, pág. 565 e seg.

» — *Les appareils platrés,* Paris, 1917.

Cappelle — *Thèse de Paris,* 1920.

Castaigne — *Journal Médical Français,* novembro 1913.

» — *Journal Médical Français,* março 1927.

Cayre — *La Clinique,* 31 março 1911, n.º 13, pág. 196.

Charcot — *Leçons sur les Maladies du Système nerveux,* 1888, t. II.

» — *Leçons du Mardi à la Salpêtrière,* 1888-1889.

Chipault — *Revue de Chirurgie,* 1891, n.º 7, pág. 579.

» — *Médecine Moderne,* 22 julho 1896, pág. 465.

» — *Travaux de Neurologie Chirurgicale,* Paris, 1896.

» — *Rapport de l'Acad. de Médecine,* 19 janeiro 1897.

Ciaccia (de Veneza) — *XV Congresso della Societa Italiana di Ort.,*

Milão, 24-25 outubro 1924, in *Bib. Ort.*, 1924, n.os 1-2, pág. 50.

Clairmont-Spitzy — *Soc. de Médecine de Vienne*, 6 março 1914, in *Semaine Médicale*, 11 março 1914, pág. 120.

Courboulès — *Archives de Medecine et Pharm. Mil.*, maio 1921.

Creyssel — *Valeur Thérapeutique, Indications, Technique des Greffes Osseuses à manière d'Albee dans le Mal de Pott chez l'adulte — Thèse de Lyon*, 1925.

Dalla Vedova — *XII Congresso della Soc. Italiana di Ortop.*, Napoles, 24 outubro 1921, in *Bibliog. Ortopedica* — dezembro 1921, ano II, n.º 6, pág. 158; discussão de Putti, Scalona, Chiasserini, Delitala, Curcio.

Davidson — *New-York Med. Journal*, 25 julho 1914, n.º 4, pág. 157.

» — *Therap. Gaz.*, 1915, 3.ª série, t. XXXI, pág. 761.

Debrunner — *Arch. für Orth. umd unfallchir*, 1921, t. XIV, fasc. I, pág. 82 e seg., cit. in *Journal de Chirurgie*, Paris, abril 1922, pág. 382.

Delrez et Christophe — *Journal de Chirurgie*, 1925, t. XXVIII.

Delpech — *Traité des Maladies réputées Chirurgicales*, 1819.

Deforest Smith — *The J. of Bone and Joint Surg.*, julho 1923, t. VIII, n.º 3.

Delahaye — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 abril 1927, pág. 250.

Delbet — *Bull. et M. de la Soc. de Chir.*, sessão de 4 fevereiro 1920, pág. 179.

» — *Bull. et M. de la Soc. de Chir.*, sessão de 5 julho 1922, pág. 970.

Delchef et M.me Derscheid-Delcourt — *Journal de Chirurgie* e *Annales de la Soc. Belge de Chir.*, janeiro 1921, pág. 16.

Delchef — *Annales de la Soc. Belge de Chir.*, junho-julho de 1921, n.os 6-7.

» — *Bull. Méd. Paris*, 1923, pág. 241.

» — *Congrès d'Orthopédie de Paris*, 1922, in *Journal d'Orthopédie*, 1922, pág. 573.

» — *Le Scalpel*, Bruxelas, 23 junho 1923, ano LXXVI, n.º 25.

Denk — *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1924, t. CXXXI, fasc. I, pág. 156.

Denucé — *La pratique des Maladies des Enfants*, vol. VIII, *Orthopédie*, Paris, 1913, pág. 386 e seg.

Dobrotworsfi — *Zeit. für Chir.*, 12 agosto 1911.

Doche — *Heliothérapie des tuberculoses chirurgicales particulièrement en climat marin*, 1913.

Doche — *Presse Médicale*, 1922, n.º 54, pág. 579.
Duchinoff — *Beiträge zür Klin. Chir.*, junho de 1912, t. LXXXIX.
Ducroquet — *Thèse de Paris*, 1898.
Dujarier — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, sessão de 4 fevereiro 1920, pág. 178.
» — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, sessão de 5 julho 1922, pág. 967.
» — *Journal de Chirurgie*, agosto de 1909, t. III, n.º 2, pág. 117.
Duval — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, sessão de 16 julho 1919, pág. 1178.
» — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 11 dezembro 1926, n.º 33, pág. 1148.
Elmer — *Annals of Surgery*, Philadelfia, 1914, t. LIX, pág. 136.
» — *An. of Surg.*, julho 1916.
Ely — *The J. of the Am. Med. Ass.*, 20 janeiro 1917, t. LXVIII, n.º 3, pág. 183; discussão de Hibbs, R. H. Sayre, Watkins, Ryerson, Rugh.
Ely and de Quervain — *An. of Surg.*, dezembro 1919.
Enderlen — *Munch. Med. Woch.*, 1917, t. LXIV, pág. 815.
Erlachen — *Zeit. für orth. chir.*, 1914, t. XXXII.
Estor — Rapport au Congrès d'Orthopédie, 6 outubro 1922, in *Revue d'Orthopédie*, 1922, 3.ª série, n.º 6, pág. 554 e seg.; discussão de Lance, Bérard, Putti, Delchef, Maffei, Lorthioir, Sorrel, Mauclaire, Rocher, Patel, Martin du Pan.
Farrell — *The J. Am. M. Ass.*, 1915, t. LXIV, pág. 398.
Forbes and Mackenzie — Technique of an operation for spinal fusion as practised in Montréal — *Jour. of. Orth. Surg.*, 1920, vol. II, n.º 9, pág. 509.
Francesco — *Archivio di Ortopedia*, 1923, t. XXXIX, pág. 492.
Franzoni — *De l'élimination spontanée des séquestres tuberculeux par la cure solaire*, Paris, 1910.
Fromme — *Bruns Beiträge zür Klin. Chir.*, 1919, vol. I, pág. 1.
» — *Deutsche Zeitsch. für Chir.*, 1920, pág. 326 e seg.
Galeazzi — *Archivio di Ortopedia*, 1922, t. XXXVII, fasc. 2, pág. 270.
Galland (A. G.) — *Med. Rec.*, Nova-Iork, 1918, t. LXXXIII, pág. 684.
Galland (M.me Blanche) — *Consideratians mécaniques sur le trait. du mal de Pott par les greffes osseuses, Thèse de Paris*, 1919.
Gallie — *The Am. J. of Orth. Surg.*, junho 1918, t. XVI, n.º 6, pág. 373 e seg.
Gauchet — *Cont. à l'étude des méthodes ankilosantes dans le traitement de différentes affections de la colonne vertébrale, en particulier dans le mal de Pott — Thèse de Paris*, 1927.

GAUVAIN — *The British Medical Journal*, 21 de novembro de 1925, n.º 3386, pág. 937 (questão discutida na reunião anual da *British Medical Association* por Girdlestone, Gordon Pugh, Aitkens, Alwyn Smith, Fairbank, M. Murray, Osgood, Daw e Wheeler).

GAYET — *La Gibbosité dans le mal de Pott*, Paris, 1897.

GEGGIE — *Bull. Med.*, Quebec, 1913.

GEIST — *Surg. Clin.*, Philadelfia, 1913, pág. 1403: Albee bone graft operation in tuberculous of spine; a few unexpected results.

GILBERT — *Le traitement chirurgical du mal de Pott par l'operation d'Albee, Thèse de Bordeaux*, 1921.

GIRAUT — Uber Erfolge bei Albeescher Operation — *Deut. Zeitsch. für Chir.*, 1923, pág. 158 e seg.

GIRDLESTONE — *British J. of. Surgery*, janeiro, 1923, t. X, n.º 39, pág. 372 e seg.

GOENSLEN — *The J. of the Med. Ass.*, 1917, t. LXIX, pág. 1160.

» — *Wiscousin Medical Journ.*, Milwaukee, 1917, t. XV, pág. 463.

GÖRRES — *Munchner Mediz. Wochenschrift*, julho, 1920, pág. 502 e seg.

» — *Deut. Mediz. Woch.*, 1922, ano XLVIII, n.º 26, pág. 864.

GRAY — *The British Med. J.*, 1922, n.º 3211, pág. 73.

GHORMELY — Heliotherapy in Relation to the treatment of tub. of Spine in children — *The Journal of the Am. Med. Ass.*, 1927, vol. 88, n.º 5; crítica de Campbell, Carrell, Metzger, Sevier.

GUILLAIN ET LAROCHE — Sur les dangers de la ponction lombaire dans le mal de Pott — *Bull. et M. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris*, t. XLV, n.º 18, pág. 794.

GUILLAUME — *Les radiations lumineuses en Physiologie et Therapeutique*, Paris, 1927.

GUILLOT ET DEHELLY — *Journal de Chirurgie*, 1914, t. XIII, pág. 441.

» — *Congrès de Chir.*, 1919, pág. 392; in *Presse Med.*, 11 maio 1919, pág. 590.

» — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 11 Dezembro, 1926, n.º 33, pág. 1144.

GUTIERREZ A. — *Clinica y Laboratorio*, Saragoça, Agosto, 1924, t IV e *Arch. Franco-Belges de Chirurgie*, Setembro, 1924, n.º 4, pág. 761.

GUILLEMIN — Treize observations d'ostéosynthèse vertébrale pour mal de Pott par la méthode d'Albee — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 19 Março 1927, n.º 9, pág. 365; relator Et. Sorrel.

HADRA — *Trans. of the Am. Ort. Association*, 1891, t. IV, pág. 206.

HALSTEAD — *Surg. Gyn. and Obst.*, 1919, t. XXI, pág. 18.
HAMMOND — *Rhode Island Med. Journ.*, Providence, 1918.
HASS — *Zentralb. für Chir.*, 1921 n.º 20, pág. 709.
HENDERSON M. S. — *Saint-Paul Med. Journal*, out., 1914.
HENDERSON ROCH. — *Surg. Gynec. and Obst.*, maio, 1917, t. XXIV, n.º 5, pág. 600.
» — *Journ. Lancet*, Mineapolis, 1917, t. XXXVIII, pág. 371.
HERTZ — *Cont. à l'étude du trait. chir. du mal de Pott par l'opér. d'Albee Thèse de Paris*, 1920.
HIBBS — *An. of. Surgery*, Philadelfia, maio, 1913, pág. 682.
» — *New-Iork State Journ. Med.*, 1912, t. XI, pág. 501.
» — *The J. of. Am. Med. Ass.*, 1912, t. LIX, pág. 433.
» — *The J. of. Am. Med. Ass.*, 1918, t. LXXI, pág. 1322.
» — *The J. of. Bone and Graft Surg.*, Beston, 1924, t. VI, n.º 1, pág. 160.
HIPOCRATES — *Aphorismi Hipocratis Graece et Latinae* — Cum Galeni Comentariis: Nicolao Leoniceno Vincentino interprete — 1581.
HOBERT — *Klin. Wochenschrift*, 1923, n.º 26, pág. 1213.
HOESSLY — *Corr. Blatt. für Schw. Arzte*, Basileia, 1916, t. XLVI, pág. 1052.
HOFFA — Die Redression des Buckels — *Deut. Med. Woch.*, 20 Janeiro 1898.
HUC LOUIS — *Le trait. du mal de Pott par les opér. sanglantes (mét. de Hibbs et d'Albee) — Thèse de Montpellier*, 1920.
IMBERT — La greffe osseuse dans le mal de Pott — *Marseille Médical* 1923, pág. 295.
INCLAN — *Revista de Medicina e Cirurgia de la Habana*, 1918, t. XXIII, pág. 9 e seg.
JACOBS — *The J. of. Am. Med. Ass.*, 1917, n.º 7, pág. 509.
» — *The J. of the Am. Med. Ass.*, 1915, t. LXIV, pág. 400.
JAUBERT — *La Pratique Heliothérapiqne* — Paris, 1915.
» — L'hélitohérapie dans les blessures de guerre — *Paris Médical*, abril, 1915.
JORGERINK — *Nederlands Tijdschreft vor Geneeskunde*, 1921, t. LIV, n.º 2, pág. 159 (Cf. Journal de Chirurgie, 1921).
JOHN R. L. — *American J. of Orth. Surg.*, Boston, 1916, t. XIV, pág. 450.
JORGE — *Bolletins y trab. de la Soc. Cir. de Buenos-Ayres*, 1923, pág. 480: Mal de Pott lombar tratato par el metodo de Albee.
JOUSSET — *Transmission de la tuberculose dans les rapports sociaux.*
KIPNIS — Os enxertos osseos na tuberculose vertebral — *Deut. Zeit. für Chir.*, 1926, t. CXIV, n.ºs 5 e 6, pág. 325.

KANIG — *Zentralb für Chir.*, 27 Janeiro, 1623, t. L, n.º 4, pág. 119.
KUROIVA — *Sei. i. Kwwai, Med. J.* Tokio, 1918, t. XXXVIII, n.º 4.
KOPP — *L'Ostéosynthése dans le mal de Pott*, Amsterdão, 1924.
LALESQUE — *Crénothéraphie, Thalassothérapie*, Paris, 1910.
» — *Arcachon, ville de Sainté*, 1923.
LANCE — *La Tuberculose Vertébrale, Mal de Pott*, Paris, 1923.
» — *Les operations ankilosantes dans le mal de Pott — Gazette des Hop.*, 1920, n.ºs 34-36 pág. 533 e 565.
» *Gazette des Hop.*, 4 e 6 Abril, 1922, n.º 27.
LANGE — *Am. Journ. of Orth. Sug*, Novembro, 1910, t. VIII n.º 2.
LANGENSKIOLD — *Finska Läkaresallskapets Handlinger*, Maio-Junho, 1923, pág. 297 e seg. Cf. *Journal de Chir.*, t. XXIII, pág. 60.
LAPOINTE — *Bull. et. Mem. de la Soc. de Chir.*, 5 Julho, 1922, pág. 970.
LANNELONGUE — *Leçons sur la coxotuberculose*, 1886.
» — *Tuberculose vertébrale*, 1888.
LAUWERS E. — Dix-neuf cas de mal de Pott traités par Ostéosynthèse — *Bull. et M. de la Soc. de Chir.*, 18 Junho, 1927, n.º 20, pág. 832; relato de R. Proust.
LEBERT — *Traité pratique des mal. scrofuleuses et tuberculeuses*, 1849.
LEBRETON — *New-York Medical Journal*, 1917, t. CV, pág. 350.
LEDRAN — *Obs. Chir.*, 1731, t. III.
LELIÈVRE — *Le traitement orthopédique du mal de Pott*, Paris, 1912.
LERICHE — *Lyon Chirurgical*, 1922, t. XIX, n.º 4, pág. 330.
LERICHE ET POLICARD — *Les problémes de la Physiologie normale et pathologique de l'Os.* Paris, 1912.
LERICHE ET SANTY — *Lyon Chirurgical*, 1922, pág. 205.
LEWIN — *Journal of Bone and Joint Surgery*, Boston, 1924, t. VI, pág. 162.
LIEZANO — *Siglio Medico*, 1923, t. LXX, págs. 624, 680 e 726.
LLOYD F. BROWN — *Journal of B. and Joint Surge.*, Outubro, 1922, t. IV, n.º 4.
LORTHIOIR — *Le traitement chirurgical du mal de Pott — Rapport pour le le XXV aniversaire de la Soc. Belges de Chir.*, 27 Setembro 1919.
LOUGHNANE — *British J. Surg.*, 1916, t. IV, pág. 156.
LOWETT — *Combined meeting of the mass. hosp. and the child. orth. clin.*, Boston, 4 Janeiro, 1917; discussão de Bucholz, Osgood, Forndike, Soutter, Adams.
LYLE — *Bone transplantation for Pott's disease — An. of. Surg.*, 1913, t. LVIII, pág. 570.
LUTZ — *Archiv fur Dermatologie, und syph.*, vol. 124, fasc. 2.
MAASS H. — *Knochenwachstum und Knochenaufbau*, Stuttgart, 1916.

MACQUET — *Les methodes sanglantes dans le trait. du mal de Pott — Thèse de Lille*, 1919.
» — *Le trait sang. du mal de Pott — Echo Médical de Nord*, Maio, 1919.
MALGAT — *La Cure Solaire de la Tuberculose pulmonaire*, Paris, 1917.
» — *La cure solaire — Le Mois Médical*, 1901, n.º 12.
» — *La cure solaire chez les enfants*, 1919.
MATA T. R. DE — *Revista Española de Cirurgia*, julho, 1919, t. I, n.º 7,
MARAGLIANO — *Il Policlinico, sez. chir.*, 15 setembro 1918, t. XXV, fasc. 9, pág. 257 e seg.
MARIQUE — *Archives Franco-Belges de Chir.*, 1922, pág. 1041.
MAUCLAIRE — *Bull. et M. de la Soc. de Chir.*, sessão de 22 outubro 1918, pág. 1341.
» — *Bull. et M. de la Soc. de Chir.*, 15 julho, 1922, pág. 1069.
MC ELLHENNY — *N.-Iork med. and. surg. J.*, 1918, t. LXX, pág. 579.
MÉNARD — *Étude pratique sur le mal de Pott*, Paris, 1900.
MILLOZ — *Thèse de Lgon*, 1899.
MOREAN — *Archives Franco-Belges de Chir.*, 1921-1922, pág. 1032.
» — *Archives F.-B. de Chir.*, 1923, pág. 85.
MORIARTY — *Proc. of the Connect. med. Soc. Hartford*, 1915, t. CXXIII, pág. 242.
MORNARD — *Bull. de la Soc. de Chir.*, 17 outubro, 1924.
MOUCHET — in *Traité de Chirurgie, Deutu et Delbet*, 1913, t. XIV.
MULLER W. — *Die Normale uud Pathologische Phsiologie des Knochens*, Leipzig, 1924.
MURPHY — *Surg. Clin.*, Filadelfia, 1916, pág. 605.
MYERS — *S.-Luke's med. ond surg. rep.*, 1917, t. IV, pág. 59.
» — *Internat. J. of Surgery*, Nova-Iork, 1917, t. XXX, págs. 347, 288 e 382.
NÉLATON — *Affections des Os. — These de Paris*, 1837.
» — *Pathologie Chirurgicale*, t. II.
NICHET — *Gazette Médicale de Paris*, 1835.
NOEL FIESSINGER — *Les Ferments des Leucocytes*, Paris, 1923.
NOVÉ-JOSSERAND — *Bull. de la Soc de Chir.*, 18 outubro 1922, pág. 1069.
NUSSBAUM — *Zentralblatt fnr Chirurgie*, 1922, ano 49, n.º 22, pág. 780.
NUTT — *The J. of the Am. Med. Ass.*, 1913, t. LXI, n.º 20.
OHHLECKER — *Tuberculose des Knochen und gelenke*, Berlim, 1924.
OELSNITZ — *La leucocytose dans la Tuberculose*, Paris, 1903.
» — *La cure solaire et marine de la peritonite tub.*, 1903 (Congresso de Pediatria).
» — *Thérapeutique, Traité de Pathologie Médicale* — Sergent, vol. XIV, 1922.

Ombredanne — *Bull. et M. de la Soc. de Chir.*, 28 Outubro 1913, t. XXXIX, n.º 31, pág. 13.
» — *Paris Medical*, 6 Dezembro 1913, t. XIII, n.º 20.
» — *Gazette Méd. de Paris*, 1914, t. LXXXV, n.º 21.
» — *Traité de Chirurgie Réparatrice et Orthopédique*, 1920, t. I
» — *Précis Clinique et Opératoire de chirurgie infantile*, Paris 1925, 2.ª Ed.
Owen W. B. — *Kentucky Med. Journ.*, Bowling Green, 1917, t. XV pág. 239.
Paitre — *Societé de Chirurgie de Lyon*, 1925, in *Pr. Med.*, 1925, n.º 18, pág. 289.
Paoli — *Sud Med. and Chir.*, Marselha, 1923, n.º 20.
Pasman — *La Prensa Medica Argentina*, Buenos-Ayres, 30 junho 1923, n.º 3.
Patel — *Soc. de Chir. de Lyon*, 19 out. 1922, in *Lyon Chirurgical*, 1923, pág. 102.
» — *Soc. de Chir. de Lyon*, 25 novembro, 1925.
Patel et Creyssel — *Soc. de Chir. de Lyon*, 18 junho 1925, in *Pr. Med.*, 1925, pág. 359.
Phocas — *Sur l'operation d'Albee — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 13 novembro 1926, n.º 29, pág. 946.
L. Picot — *Revue Med. de la Suisse Romande*, out. 1923, n.º 10, pág. 653.
Pieri — *Archivio di Ortopedia*, 1922, vol. XXXVII, t. III.
Pinto de Miranda — *Aparelhos gessados.*
Polya — *Zentralb für Chir.*, junho 1921, t. XLVIII, n.º 25, pág. 884.
Pott — *Remarques sur cette paralysie* ... trad. Duchanay, 1783.
Privat — *Nouvelles Remarques sur l'état d'impuissance des membres inférieures.*
» — *L'orthopédie en clientéle*, Paris, 1923.
Putti — *Revue d'Orthopedie*, 1922, n.º 6.
Quervain et Hoersly — *Surg. Gyn. and Obst.*, abril 1917, t. XXIV; pág. 428.
Radulesco — *La Synostose vertebrale dans le trait. du mal de Pott, Revue d'Orth.*, julho 1922, pág. 305.
— *Paris Médical*, 9 abril 1921, pág. 284.
Rathery — *Climatothérapie et Crénotherapie, Conférences*, Paris 1924-1925.
E. Rist — *La Tuberculose*, Paris 1927.
Robert Jones — *Tuberculous in inf. and childh.*, — by various writers — Londres 1908, pág. 174.
Robertson Lavalle — Traitement par les greffes osseuses de toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses — *Bull. et M. de la Soc. de Chir.*, 13 novembro 1926, n.º 29, pág. 955; relatorio de Ombrédanne.

ROEDERER — *Journal des Praticiens*, 1922, n.º 20, pág. 329.
» — *Le traitement du mal de Pott*, 1922.
ROCHER — *Bull. et Mém. de la Soc. de Med. et Chir. de Bordeaux*, 1922, pág. 354.
» — *Bull. et M. de la Soc. de M. et Chir. de Bordeaux*, 26 fevereiro 1926.
» — *Presse Médicale*, 1927, n.º 23, pág. 356.
ROJAS LOA — *Gaceta Medica do Mexico*, 1919, pág. 106.
ROLLIER — *La cure Solaire*, Paris 1914.
» — *Die Helioterapie der Tuberkulose*, Berlim 1921.
ROSER — *Élements de Path. Chir. Spéciale*, 1869.
J. T. RUGH — *Monthley Cyclopedia*, fevereiro 1913, pág. 78.
» — *The Med. Revieu*, março 1913, pág. 78.
» — *Philad. Ped. Society*, 9 dezembro 1913 — in *The British J. of child. diseases*, março 1914, pag. 121.
» — *Arch. Pediat.*, Nova-York 1914, t. XXXI pág. 72.
» — *The Am. J. of. Orth. Surgery*, Filadelfia, janeiro 1917.
RUTHERFORD — *The Am. J. of Orth. Surg.*, agosto 1916, pág. 450.
RYERSON — *The Am. J. of Orth. Surg.*, 1914, t. XII, pág. 259.
» — *Surg. Gynec. and Obst.*, 1914 t. XVIII, pág. 578.
SANDSTON — *New Zealand Med. Journal*, Wellington, 1917, t. XVI, pág. 81.
SANTY — *Soc. de Chir. de Lyon*, 3 novembro 1921 — in *Lgon Chirurgical*, 1922, pág. 207.
» — *Soc. de Chir. de Lyon*, 8 junho 1925, in *Pr. Med.*, julho 1925, pág. 937.
SANVENERO — *Les greffes osseuses*, Bolonha, 1923.
SAVARIAUD — *Bull. et M. de la Soc. de Chir.*, 5 julho 1922, pág. 965.
L. A. SAYRE — *Spinai Disease and spinal curvature; Their treatment by suspension and the use of the plaster of Paris bandage* — Londres, 1877.
SCALONE — *La Chir. degli organi di movimento*, dezembro 1920 — in *R. d'Orth.*, 1921, pág. 389.
SCHASSE — Die Indication der Albee Operation — *Verhandlung der Deutsche Orth. Gesellschaft*, Stuttgard 1922, pág. 138.
SEEBRECHT — *Arch. franco-belges de Chir.*, 1921, pág. 1037.
SHERMANN ET MAC CHESNEY — *Calif. State J. of Med.*, San Francisco, 1914, t. XXII, pág. 485.
SIMON — La greffe osseuse — *Revue de Chirurgie*, 1922, n.ºs 4 e 5.
SMESSTERS — *An. de l'Institut Chir. de Bruxelles*, 1923, pág. 67.
E. J. SMITH — *Calif. State J. of Med.*, 1915, t. XIII, pág. 194.
SORREL — Quelques considerations sur le trait. du mal de Pott — *Pr. Med.*, 3 maio 1922 pág. 378.

SORREL — Trois resultats éloignés de maux de Pott traités par ostéo-synthèse vertébrale — *Bull. et M. de la Soc. de Chir.*, 3 julho 1926, n.º 23, pág. 759.

» — *Bull. et Mem. de la Soc. de Chir.*, sessão de 27 out. 1926, n.º 28, pág 922.

SORREL ET DELAHAYE — *Tuberculous ostéo-articulaires et ganglionnaires*, Paris 1926.

SORREL ET SORREL-DÉGERINE — *Pr. M.*, n.º 45, pág. 712.

M.me SORREL-DÉGERINE — *Cont. à l'étude des Paraplegies Pottiques*, Paris, 1926.

O'STRACKER — *Wiener Klinische Nochenschrift*, 1921, t. XXXIV, pág. 93.

STRAETER — *Deut. Zeits. für Chir.*, 1923 vol. 177, fasc. 5-6, pág. 313.

SWINGHEDAN — *Echo Méd. du Nord*, 10 julho 1920.

TAMIRU-TARAQUIN — Tratamento del mal de Pott por il ingesto osseo Albee — *Bol. y Trab. de la Soc. de Cirurgia de Buenos-Ayres*, 1923, pág. 494.

TAVERNIER — *Societé de Chir. de Lyon*, 15 janeiro 1925 — in *Pr. Med.*, 1925, pág. 121.

» — Trait. ambulatoire du mal de Pott par la greffe d'Albee — *Soc. de Chir. de Lyon*, 7 abril 1927; discussão de Bérard, Nové-Josserand, Patel.

L. TESTUT — *Traité d'Anatomie Normale et Humaine*, Paris 1921.

H. B. THOMAS — *Illinois Med. Journal*, Chicago 1915, t. XXVIII, pág 321.

» — *The J. of the Am. Med. Ass.*, 1914 t. LXII, n. 14, pág. 1064.

» — *Surg. Gyn. Med. Obst.*, Chicago 1914, t. XVIII, n.º 5. pág. 529.

» — *The J. of the Am. Med. Ass.*, 1923, t. LXXXI, pág. 1575.

THOMAS — *Mississipi Valley Medical J.*, 1917, t. XXIV, pág. 248.

TRÉVES — *Bull. Med.*, 2 e 5 março 1921.

TRUBLOW — *Arch. of diagnosis*, Nova-York, abril 1919, t. XII, n.º 2, pág. 200.

TUFFIER — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1919, pág. 1136 e 1170.

» — *Bull. et M. de la Soc. de Chir.*, 1920, pág. 71.

TUFFIER — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 4 fevereiro 1920, pág. 179.

» — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 5 julho 1922, pág. 968.

» — *Journal de Chirurgie*, 1919, t. XV, pág 411.

» — *Journal de Chirurgie*, 1920, t. XVI, n.º 1, pág. 8.

» — *Progrès Médical*, 1919, pág. 428.

» — *Le Monde Médical*, março 1920, pág. 129.

TURNER — *The Canadian Med. J.*, outubro 1913, pág. 852.

VALTANCOLI — *XVI Congresso della Societè Italiana di Ort.*, 23 agosto 1923 — in *Bib. Ortopédica*, dezembro 1923, n.º 6, pág. 444.

VALTANCOLI — *La Chirurgia degli organi di movimento,* 1924, vol. VIII, fasc. V, pág. 495.
VENABLE — *Texas State Journal of Med.,* 1914, t. IX, n.º 8, pág. 253
VEZINA — *Bull. méd. de Quebec,* março 1923, n.º 3.
VINCENT EUG. — *Révue de Chirurgie,* abril 1892, t. XII, pág. 273.
VOGEL — *Zentralb. für Chir.,* Leipzig 1914, t. XII, pág. 549.
VULPINS — *Berliner Klin. Wochenschrift,* 1914.
WALDENSTROM — *Hygiea,* Stockolmo 1916, t. LXXVIII, pág. 140.
» — *Zeitschrift für Orth. Chir.,* 1924, t. XLV, fasc. 3-4, pág 595.
WALCKER — *J. of the Oklahoma St. Med. Ass.,* setembro 1915.
WHEELER — *Tr. Roy Acad. med.,* Dublim, 1917, t. XXXV, pág. 150.
» — *Med. Press and Circ.,* Londres 1917, t. CIII, pág. 205.
» — *Dublin J. Med. Soc.,* 1917, t. CXLIII, pág. 232.
WHITMANN — *Handley Med. Soc.,* Nova-York, 1917 pág. 874.
» — *An. of Surgery* — Filadelfia, dezembro 1911, t. LIV, n.º 6, pág. 841.
WIESSINGER — *Fortsche d. Med.,* Berlim 1911, pág. 861.
» — *Deut. Med. Woch.,* 1917 t. XLIII, pág. 1053.
» — *Deut. Zeitschrift für Chir.,* Leipzig 1920, pág. 326.
WILSON — *International J. of Surg.,* Nova-York, 1915, t. XXVIII, pág. 300.
» — *American J. of Surg.,* N.-Y. 1923, t. XXXVII, pág. 240.
WOLCOTT — *The J. of the Am. Med. Ass.,* 1916 t. LXVI, pág. 108
SOUNG — *An. of Surgery,* 1914, t. LX, fasc. 2, pág. 534.
» — *Med. Council,* Filadelfia 1915, t. XX pág. 41.
» — *Trans. of the Philad. Acad. of Surgery,* 1915, t. XVII, pág. 52.
IVERT — *Technique opératoire de la Synostose vertébrale, Thèse de Lyon,* 1923.

ÍNDICE

VAZ SERRA

TRATAMENTO DO MAL DE POTT

DISSERTAÇÃO