

# ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE (\*)

DDO. JOÃO RAPHAEL LIBONATI

## IDENTIDADE

Data da entrada: 20-4-1940.

Nome: A. F. — Nacionalidade: Português.

Naturalidade: Ilha da Madeira.

Profissão: ensacador. — Idade: 50 anos.

Estado civil: casado.

Procedencia: Santos — Domicílio: Rua S. Bento 90 Santos.

## ANAMNESE

*Queixa e duração:* Dôres por todo o corpo e impossibilidade de trabalhar ha 11 meses.

*H. P. M. A.* Ha 11 meses quando se dedicava aos seus afazeres, foi atingido por uma pilha de sacos que lhe caiu sobre a cabeça atirando-o ao solo. Na queda bateu com as costas e o lado direito do torax sobre uns sacos de café que estavam atrás de si e perdeu os sentidos por uns 10 minutos. Foi imediatamente socorrido por seus companheiros que o sentaram e fizeram-lhe massagens pelo corpo. Levantou-se e foi para a Companhia de Seguros, onde deram-lhe banhos frios, que o fizeram perder novamente os sentidos. Foi removido para a Beneficiencia Portuguesa onde ficou 10 dias em tratamento, tomando remedios por boca, injeções e tirou radiografia da coluna vertebral. Logo após o acidente notou o aparecimento de dôres na região lombar e em todo o membro superior direito, que a principio eram de fraca intensidade e que depois foram se agravando cada vez mais tendo a impressão de que o braço estava amarrado, não podendo move-lo sinão com grande dificuldade.

Estas dôres foram ganhando em extensão e depois de um mês quasi todo o corpo estava acometido. Notou tambem fraqueza nas pernas. A dôr tinha seu ponto de maior intensidade na coluna lombar e aumentava desde que o paciente tentasse fletir o corpo, tendo a sensação de que a coluna estava partida nessa região.

---

(\*) Observação feita no Serviço de Clinica Neurológica (Prof. Adherbal Tolosa).

Outro ponto onde a dor permaneceu forte, foi ao nível da região pubiana e daí se irradiava para diversos pontos: subia até o epigastrio formando uma area dolorosa que abrangia as regiões epigástrica, umbelical e hipogástrica. Da região epigástrica a dor subia pela face anterior do hemitorax direito até a cintura escapular do mesmo lado, daí subia pela coluna cervical. A dor é mais intensa ao nível da região superior da nuca. Da nuca a dor sobe para a cabeça onde se espalha tendo porem certos pontos onde permanece mais intensa como nas regiões occipital e temporal. Sente concomitantemente dores nos olhos e zumbido nos ouvidos. Sente dores nos membros superiores sendo mais forte á direita; desse lado tambem existem pontos de maior eleição para a dor: ombro, cotovelo e a região correspondente ao meio do ante-braço.

Nos membros inferiores as dores têm inicio na região lombar, seguem pelos ossos iliacos e se irradiam em toda a extensão dos dois membros. Refere que as dores são nos ossos do joelho e nas massas musculares da perna e coxa. Tem a impressão que o osso ilíaco está partido.

Passou assim por 10 meses e ha um mês apareceu-lhe uma dor forte na nuca, e notou que a evacuação era dolorosa e so era conseguida por meio de purgante. As fezes eram em pequena quantidade e muito ressecadas.

Durante o periodo de doença procurou diversos medicos: — No Seguro ficou 26 dias tomando injeções e submetido a massagens electricas. Como não melhorasse tratou-se com o medico da Caixa de Aposentadoria tomando remedios para o figado e banhos de luz.

Tratou-se em seguida com os medicos do Sindicato tomando injeções, raios ultra violetas e banhos de luz.

Como apesar de todos estes tratamentos não melhorasse veio a conselho de um medico de Santos, procurar o Dr. O. Lange em S. Paulo. Foi internado na 1.<sup>a</sup> M. H. ha 20 dias.

*Antecedentes pessoais:* Trabalhava como ensacador 12 horas diárias. Fuma 8 cigarros por dia. Etilista moderado, bebendo um copo de vinho por dia e raramente uns tragos de pinga (sic).

Como molestias da infancia refere sarampo.

Teve pleuris ha 5 anos. Teve adenite supurada ha 28 anos. Fez exame de sangue diversas vezes dando sempre negativo. Teve maleita ha 27 anos, tratou-se com medico.

*Antecedentes familiares:* Seus pais eram fortes, não sabe informar de que faleceram. Tem dois irmãos. Sua esposa é forte, teve 8 filhos dos quais 4 são vivos e fortes e os outros morreram na primeira infancia. Nega abortos para o lado da espôsa.

Nega tambem doença semelhante a sua em qualquer pessoa da familia.

## INTERROGATORIO GERAL SOBRE OS APARELHOS

Cefaléa: desde que está doente, se localiza sobretudo na fronte e sobre os olhos.

Ouvido: zumbidos.

Olhos: não enxerga bem.

Ap. cardio respiratorio: Tem dispnéa as vezes. Quando respira forte sente dôr na face anterior do torax.

Ap-Gastro inestinal: Alimenta-se bem, tem pêso no estomago.

S. Nervoso: Não dorme bem é muito nervoso.

Ap. urinario: Nicturia 3-4 vezes. Ardôr no canal a micção.

## INSPEÇÃO GERAL

Doente em decubito dorsal, aspéto geral abatido, facies melancolica. Tipo constitucional: mediolineo. Pele quente e humida com boa elasticidade. Mucosas visiveis e unhas pouco coradas. Paniculo adiposo pouco desenvolvido. Musculatura regularmente desenvolvida. Arcabouço osseo bem constituido, apresentando uma falta de flexibilidade da coluna em quasi todos os segmentos. Não ha esternalgia nem tibialgia. O sistema ganglionar não apresenta alteração digna de nota.

## EXAME CLINICO GERAL

*Estado geral:* O estado geral do paciente é bom. Está febril, temperatura pela manhã 36,8. Pulso 86. Respiração 20.

*Aparelho circulatorio:* Area pre-cordial sem abaulamentos nem retrações. Ictus visivel e palpavel no 4.º intercosto. Bulhas audiveis em todos os focos com caracteristicos normais.

*Aparelho respiratorio:* Pela inspeção estatica não notamos nenhuma deformidade digna de registro. A expansão respiratoria acha-se diminuida em ambas as bases; este dado é confirmado pela inspeção dinamica e pela palpação. O fremito toraco vocal a percussão e ausculta do pulmão, são normais.

*Aparelho digestivo:* Abdome abaulado, sem edema nem circulação colateral. Pela percussão notamos uma zona de timpanismo que acompanha uma linha transversal passando pelo umbigo. Pela palpação notamos todos os segmentos colicos gargarejantes e dolorosos.

*Aparelho genito-urinario:* Nada digno de nota.

## EXAME NEUROLOGICO

*Estado psíquico:* O doente apresenta uma mentalidade pouco elevada no que se refere ao gráu de cultura. Inteligencia média, tendo a memoria muito fraca. Não se distrae facilmente, prestando bem atenção ao que se lhe diz. Fica as vezes mal humorado devido ao estado de dôres em que se encontra. A linguagem não apresenta nada de característico. Não apresenta disturbios da afetividade.

*Atitude:* Facies não característico, perfeito estado de equilibrio; marcha normal. Não pode se abaixar para apanhar um objecto no chão pois sente dôres fortes na coluna; si insistirmos, o faz, porem com muita dificuldade.

## MOTRICIDADE

*Voluntaria:* Pesquisando a motricidade voluntaria não encontramos apraxias, paralisias nem paresias. A força muscular está bem conservada, pois o paciente exhibiu sua força apertando nossa mão. Os movimentos são perfeitamente coordenados, não havendo dismetria, desvio de direção, decomposição de movimentos.

Não encontramos hipocinesias.

*Movimentação passiva:* A pesquisa dos movimentos das grandes articulações não mostrou nada de anormal. Porem ao examinarmos as articulações das diversas vertebrae entre si, notamos uma limitação nos movimentos de flexão, extensão e de lateralidade da coluna vertebral principalmente nos segmentos dorsal e lombar. O tonus muscular apresenta-se normal.

*Automatica:* Não existem alterações para o lado da fala, andar, deglutição, mastigação, mimica. Para o lado da respiração notamos que as inspirações profundas provocam dôres na parte anterior do hemi-torax direito.

*Involuntaria:* A motricidade involuntaria espontanea que se caracteriza pelas hipercinesias não foi encontrada em nenhuma de suas formas: tremores, coreas, atetoses, caimbras, mioclonia, torsões espasmos, balismos, tics, convulsões, etc..

O exame da motricidade involuntaria reflexa, mostrou-se normal, tanto para os reflexos clonicos superficiaes cutaneo-mucosos, como para os profundos: tendinosos osseos e periostais.

O reflexo cutaneo plantar é normal, não existe Babinski.

Não foi notado trepidação nem clonus do pé ou da rotula.

Não existem sincinesias, pois os movimentos feitos por uma das mãos, como por exemplo um aperto de mão, não se reproduz no membro do lado oposto. Não ha nem sequer movimentos de simples imitação.

*Therapeutica  
Moderna de  
Resultados  
Visiveis*

**HISTIDINASE**

MARCA REGISTRADA

*Tratamento  
Biochimico das*

**ULCERAS GASTRO DUODENAES  
- HYPERCHLORHIDRIAS -**

**EPIGASTRALGIAS DE ORIGEM  
NÃO ULCEROSAS**

Os pedidos de Amostras e Literatura devem ser dirigidos:

ESTADO DE S. PAULO: J. PELOSI - CAIXA POSTAL, 2881 - S. PAULO

RIO DE JANEIRO e outros Estados do Brasil:

SCHILLING, HILLIER & CIA. LIM. CAIXA POSTAL, 1030 RIO

# O PYORRHON em Ribeirão Preto



Recentemente esteve em Ribeirão Preto em propaganda e realizando demonstrações praticas do seu afamado preparado PYORRHON, o dr. Clineu Paim, abalizado profissional paulistano.

As demonstrações que foram coroadas do mais brilhante exito tiveram logar na Faculdade de Pharmacia e Odontologia daquela cidade, com grande affluencia de alumnos e profissionaes da cidade, e foram realisadas em pacientes do ambulatorio da Clinica Odontologica do citado estabelecimento de ensino odontologico do Estado.

O cliché acima mostra o dr. Clineu Paim, rodeado de collegas que assistiram as suas brilhantes demonstrações praticas.

## PYORRHÉA

Gengivas sangrentas, dentes abalados e mau halito: Resultados positivos em 8 dias, com o especifico **PYORRHON**.

Consultas: 20\$000

Demonstrações praticas aos senhores medicos e dentistas.

### DR. CLINEO PAIM

RUA BARÃO DE ITAPETININGA 120 — 4.º ANDAR — SALA, 409

(Casa Guatapará)

TELEPHONE 4-4050

SÃO PAULO

## SENSIBILIDADE

*Objetiva:* A sensibilidade objetiva não apresentou nenhuma particularidade. A sensibilidade superficial ao tacto, dôr e calor apresentam-se conservadas e normais.

Sensibilidade profunda apresentou-se nas suas diversas modalidades normal. A sensibilidade visceral, dolorosa, etereognosica, paliestesica, barestesica, batiestesica, e a discriminação da localização profunda do tacto estão normais.

*Subjetivas:* Com referencia ás dôres expontaneas foram descritas já na anamnese.

*Fenomenos troficos:* Não encontramos fenomenos troficos musculares, cutaneos, osseos, fanéricos, nem escaras.

*Fenomenos vaso-motores:* Não ha dermatografismo acentuado. Não encontramos edemas, eritemas, asfixias nem distermias.

Como pelo exame neurologico em si não pudemos chegar a uma dedução diagnostica do caso fomos obrigados a recorrer aos exames complementares:

## EXAMES COMPLEMENTARES

1 — *Liquorico:* O exame do liquor feito pelo Dr. O. Lange no dia 20-4-1940 apresentou o seguinte resultado:

Exame do liquido cefalo raquidiano.

Punção lombar deitada.

P. i. 20 Stookey: normal.

Liquor limpido e incolor.

Citologia: — 5,6 por mm<sup>3</sup>.

Albumina: — 0,20 grs. por litro.

Reação de Pandy: — negativa.

R. Benjoin: — 00000.00000.0000.0.

R. Takata-ara: — negativa.

R. Wassermann: — negativa c/ 1 cc.

(a.) O. LANGE

Como o liquor estivesse com todos os seus caracteres normais, suspeitamos então de uma *sinistrose*. Pensamos que o doente estivesse simulando um processo morbido afim de ser indenizado pela Companhia de Seguros.

Para afastarmos ou aceitarmos esta possibilidade, foi pedida uma radiografia da coluna de frente de perfil, no dia 30-4-1940.

2 — *Exame radiologico:* — O resultado assinado pelo Dr. Moretzon de Castro foi o seguinte: “Deformação dos corpos vertebraes

dorsaes, com formação de osteofitos unindo os segmentos pela sua face anterior. Esboço de osteofitos, com discreta deformação das vertebrae lombares, notando-se pequena calcificação na ponta da apofise articular superior da 3.<sup>a</sup> vertebra lombar.

Sinais radiologicos de espondiloartrose cronica deformante com tendencia anquilopoietica”.

Pela radiografia chegamos á conclusão de que se tratava realmente de uma afecção da coluna vertebral e não de uma sinistrose.

### SUMULA

Resumindo, os sinais positivos do doente são os seguintes: imobilização de todo o segmento dorso-lombar da coluna e dôr á percussão da referida região. Sinais radiologicos de uma espondilo-atrite e dôres subjetivas com os caracteristicos já descritos. A molestia é de evolução afebril.

### AFECÇÕES DA COLUNA VERTEBRAL

As afecções da coluna vertebral se classificam de maneira diversa, segundo os diferentes autores.

#### CLASSIFICAÇÕES

- I — *Roger-Widal-Tiessier*: { 1 — Reumatismo vertebral osteofitico,  
2 — Espondiloses traumaticas  
3 — Espondiloses infectuosas tipo rizomelica
- II — *Oudard-Hesnard-Cowreaud*:
- a) Afec. infl. cron. do raquis { — Espondiltes anquilosantes  
2 — Espondilose rizomelica  
3 — Espondilose deformantes diversas
- b) Traumatismos do raquis { 1 — Doença de Kummel Verneuil  
2 — Cifose heredo-traumatica
- III — *Leri*:
- a) Afecções traumaticas { 1 — Cifose heredo traumatica  
2 — Fratura mal conhecida do raquis  
3 — Compressão medular post-traumatica
- b) Doenças anquilosantes { 1 — Espondilose rizomelica  
2 — Anquiloze vertebraes (espondiloses)

O nosso caso pelo historico deveria ser enquadrado entre as afecções traumaticas da coluna; uma afecção cronica denominada SPONDILOSE TRAUMATICA. Entre estas temos dois grupos:

- a) Doença vertebral post-traumática de Kummel Verneuil
- b) Cifose heredo-traumática.

Vamos tecer alguns comentários a respeito da primeira, que é a afecção que nosso doente parecia apresentar.

### DOENÇA DE KUMMEL VERNEUIL

*Etiologia e sintomatologia:* Os casos de fratura mal conhecidas e de sintomatologia retardada nos fazem lembrar a história de uma afecção mal definida que é a doença de Kummel Verneuil, também chamada espondilite traumática. Oferece sob o ponto de vista clínico e médico-legal grande importância. Foi com efeito a legislação sobre os acidentes do trabalho que chamou a atenção para as consequências tardias dos traumatismos da coluna vertebral.

Aparece em pessoas de todas as idades e submetidas a traumatismos, quedas sobre a coluna ou pesos que caíram sobre a coluna dorso-lombar. Logo após o traumatismo aparece um período de dor e imobilização. A seguir um período intercalar de vários meses de acalmia, sem sintoma algum. Depois aparecem dores nas raízes do tronco, no dorso e nevralgia em cintura. Às vezes aparecem distúrbios esfinterianos, paraplegias e sobretudo uma inflexão raquidiana progressiva com saliência mediana angular ou circular de curto raio, com imobilização da região que não cede nem pela suspensão.

Como aparece em acidentes do trabalho, dá grandes dificuldades para o diagnóstico devido ao espaço intercalar silencioso dos sintomas.

*Patogenia:* Há diversas teorias para explicar a formação da cifose.

A) Kummel, Hattmer, Kaufmann, supuseram, que o atrito dos corpos vertebraes pelo traumatismo, provocasse distúrbios da nutrição a ponto de dar amolecimento consecutivo.

B) Miculicz e Henle admitem a formação de um hematoma traumático intra ou extra-meníngeo, que comprimindo as raízes nervosas e os ganglios determinaria secundariamente a rarefação óssea.

C) Mais recentemente pelas pesquisas radiográficas, mostrou-se a existência de fraturas ou luxações mínimas nos corpos vertebraes. A inflexão raquidiana era explicada pela evolução esclerosa do cálcio e também pela descalcificação que se observa ao nível dos ossos traumatizados, dando em consequência a deformação da coluna.

*Evolução:* Clinicamente a evolução se efetua em três fases:

1.º — Logo após o traumatismo, frequentemente muito violento, os sinais de contusão simples, desaparecem logo após alguns dias de repouso e podem passar despercebidos.

2.º — É o período silencioso ou latente de uma duração variável de 2 a 6 meses e durante o qual o doente retoma suas ocupações habituais.

3.º — É o periodo de revelação dolorosa, seguida de contratura que fixa a coluna. Aparece uma deformação por uma grande cifose, parestesia ou paralisia dos membros inferiores e disturbios esfinterianos.

*Anatomia patologica:* Kummel encontrou sempre esmagamento do tecido esponjoso, fissuras, fraturas ou luxações das vértebras. Existe uma fusão desigual das vértebras sobretudo na parte anterior. Aparecem tambem as vértebras em cunha, que dão origem á cifose.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

*Cifose heredo traumatica:* — A doença de Kummel Verneuil se confunde muito com esta molestia, da qual só existe uma diferença; é a tendencia á cifose nos antecedentes hereditarios do paciente.

*Espondilose rizomelica:* — modernamente tem o nome de “Espón-diloartrite anquilopoiética” doença de P. Marie, Strümpell, Bechterew.

Se diferencia desta molestia pelo seguinte; a evolução se efetua por etapas. Primeiro estadio, primitivo ou inferior em que as lesões articulares se assestam nas articulações sacro-iliacas e coxo-femuraes. Em seguida aparece uma fase de acalmia onde a coluna dorsal se solda em silencio.

A terceira fase é dolorosa e comprende a anquilose da coluna cervical superior e das espaduas. Na fase final temos a soldadura definitiva. A coluna torna-se completamente rija e indolor, fixada em cifose de grande raio. As coxas estão fletidas sobre a bacia, o torax é achatado na face anterior e a marcha é balouçante.

Radiologicamente, não ha deformações do corpo vertebral, nem saliencias osteofiticas nem pontes entre as vértebras. O liquido cefalo raquidiano apresenta uma hiper-albuminose e mesmo o syndrome de Froin.

A anquilose é devida a uma ossificação fibra por fibra, sem produção ossea exuberante, de todos os ligamentos que unem as diferentes vértebras entre si e com as costelas. Os ligamentos amarelos, ligamentos articulares, ligamento inter-espinhoso, ligamentos costo-vertebraes, seriam atingidos pelo processo. Nas articulações das raizes dos membros teriamos ossificação dos bordeletes cotiloidiano e glenoidiano.

É pois uma ossificação no lugar dos ligamentos, uma “menisco ligamentite ossificante”, conforme expressão de Leri.

\* \* \*

O nosso caso apresenta uma particularidade interessante: — teria a espondiloartrite como causa responsavel direta o traumatismo, ou este agiu como uma concausa. A nosso ver discordamos tratar-se de uma espondilose traumatica, pela falta dos sinais clinicos e radiologicos que vamos enumerar.

Radiograficamente não ha sinal de traumatismo vertebral: não ha fraturas, fissuras, sub-luxações, calos osseos reabsorvidos, nem achatamento em cunha das vertebras.

Clinicamente falta uma das fases mais características do processo, que é a fase silenciosa ou latente, durante a qual o paciente passa 2 4-6 meses sem sentir dôres ou outros sintomas, trabalhando normalmente no seu officio. Falta tambem uma deformação, gibosidade da coluna, que aparece sempre tardiamente. Como o nosso doente apresentava uma evolução de 11 meses, já era tempo de aparecerem as deformidades da coluna.

Afastando a hipotese de uma espondilose traumatica, preferimos catalogar o nosso caso como sendo um reumatismo vertebral osteofítico, que estava em latencia mesmo antes do traumatismo.

A causa desse reumatismo está ligada a propria profissão do paciente, que é a de carregar sacos de café na cabeça ha varios annos, exercendo pressão sobre a coluna vertebral, distendendo a todo o momento os ligamentos. Daí por conseguinte um desgaste da coluna, com irritação e crescimento dos osteofitos nas partes anteriores das vertebras. O traumatismo veio desencadear a sintomatologia do processo em latencia, agindo como uma concausa.

### REUMATISMO VERTEBRAL OSTEOFITICO

*Etiologia:* — É um processo que atinge mais as pessoas idosas, de ambos os sexos, porem preferindo mais o sexo feminino. É um reumatismo crónico localizado na coluna e não acompanhado ordinariamente de reumatismo dos membros. Às vezes é precedido por um reumatismo das mãos e dos pés. Outras vezes aparecem em individuos sujeitos a intemperies, traumatismos pequenos e continuos sobre a coluna, como seja o simples ato de carregar peso sobre a cabeça.

*Sintomatologia:* — As dôres formam o sintoma predominante. São mais ou menos vivas, difusas, em conjunto ou localizadas a uma ou outra região, particularmente na região cervico-dorsal. Quando tomam o tipo nevralgico intercostal são muito vivas e tenazes.

Hospitalizados por ciatica os doentes se queixam de dores vivas, paroxísticas nas regiões lombar, lombo-sacra, gluteas, coxas. Se apresentam com o corpo pendido para diante, e os joelhos semi-fletidos. A lordose lombar desaparece ou é substituida por um certo gráu de cifose. Existe uma proeminencia da linha espinhosa lombar. A mobilização activa está reduzida e não ha calor, rubor nem edema nas regiões dolorosas.

Putti descreve os disturbios da sensibilidade do seguinte modo: as dôres subjetivas, são dôres profundas, musculares, sem projecção cutanea; é uma dôr que o doente não pode defini-la na qualidade nem nos seus limites; se exacerba nos acessos de tosse, espirro, riso, nas evacuações e ás vezes mesmo nas inspirações profundas. O

doente não consegue localizar especialmente as dôres dos segmentos proximaes, como nos ombros, massas gluteas, coxa, enquanto que nos segmentos distaes como perna, maleolo eles definem um limite mais ou menos nitido.

Quanto mais agudo for o estado "algico", menos localizavel é a dôr. Nos estados super-agudos o doente se agita no leito, sem poder comprimir com a mão a região em que doe, porque ele é incapaz de precisar a séde da dôr.

As dores são produzidas pela irritação dos osteofitos sobre as raizes posteriores dos nervos raquidianos.

Alem da dôr, outro sintoma é a anquilose que aparece logo após as primeiras dôres. Esta anquilose pode ser generalizada mais ou menos localizada. Quando é total, a cabeça do doente pode inclinar-se mais ou menos para diante e a coluna toma aspeto cifotico; porem outras vezes a coluna pode ficar reta e rija.

*Anatomia patologica:* É uma lesão caracterizada por néo-formações osseas irregulares. O grande ligamento comum anterior se espessa e ossifica irregularmente em toda a altura; ele é moniliforme, mais saliente ao nivel dos discos inter-vertebraes do que dos corpos.

*Patogenia:* — A formação dos osteofitos recebeu diversas denominações, ou melhor explicações. Daremos a mais moderna que é a de Schmorl.

É a irritação constante produzida pela tração do ligamento anterior sobre o seu ponto de inserção, um pouco acima do bordo livre do corpo vertebral, que produz irritação do perioste, dando uma proliferação de celulas osseas. A este crescimento osseo se denomina osteofito. Estes osteofitos acompanham a direção dos ligamentos e tomam diversas formas em sua evolução. Assim é que no inicio tem a forma de *ganchos*, que crescem de maneira que o superior vá ao encontro do inferior formando a imagem tipica de *bico de papagaio*. Quando estes ganchos se unem pelas extremidades livres, formam-se as *pontes osseas*, que dão a coluna, solidez de um só bloco rijo.

Esta explicação está de acordo com o que se observa anatomicamente. De fato o ligamento comum anterior, se insere de um modo todo particular, passando em ponte sobre os discos inter-vertebraes, indo inserir-se alguns milímetros acima ou abaixo do bordo livre do corpo vertebral. Eles aderem na parte média do corpo vertebral. E' por isso que quando sujeitos a trações continuas, irritam o perioste onde se inserem dando a proliferação ossea ou osteofito.

Por outro lado, o ligamento comum posterior adere intimamente em toda a extensão do corpo vertebral. A tração se transmite por igual, e não havendo um ponto de irritação constante e localizado, não ha a formação de osteofitos. Isto explica a pobreza da sintomatologia nervosa nestes processos da coluna; não ha compressão da medula.

*Diagnostico:* — O diagnostico é feito exclusivamente pela radiografia, que apresenta caracteres patognomonicos.

1.º — Aspetto em *diabolô* dos corpos vertebraes.

2.º — As vertebraes apresentam achatamento mais pronunciado de um lado do que de outro.

3.º — Enfim a existencia de bicos de papagaio, ou neo-formações osteofiticas em estadios diferentes de sua evolução, que são ora livres, ora soldados entre si formando pontes osseas.

Pela radiografia podemos diferenciar o reumatismo vertebral osteofitico da raquialgia lombar cronica, afecção descrita por Sicard e Forestier, que e uma espondilalgia com contratura. Pela radiografia destes casos notamos a ausencia de qualquer lesão ossea.

A ausencia de lesões osseas, iljmina tambem as reações dolorosas com cóntraturas, das “nevrodocytes” e “funiculites”.

*Prognostico:* — Este processo uma vez iniciado não regride mais. O prognostico será ainda mais grave quando o processo atingir todos os segmentos vertebraes. Evolue por “pousses” de varios mēses, dando no final uma anquilose completa da coluna com uma grande curvatura antero-posterior. Para melhorar o prognostico impõe-se o diagnostico precoce e a terapeutica profilatica, para que a anquilose se dê em boa posição, isto é, em extensão.

*Terapeutica:* — De inicio podemos dizer, que toda a terapeutica é falha no sentido de dar um restabelecimento “ad integrum”.

Os processos usados são os seguintes:

- 1) Meios e metodos hiperemiantes.
- 2) Banhos de ar quente. Termoforo de Bier.
- 3) Repouso e imobilização.
- 4) Colete de gesso.
- 5) Colete elastico.
- 6) Cura cirurgica: laminectomia-laminoartrectomia-artrodese-meniscectomias, etc.

### COLETE DE GESSO

Dos processos terapeuticos o mais usado é o colete de gesso, pois quando bem aplicado, permite uma imobilização e um repouso completo de todo o segmento vertebral. Desta maneira não haverá mais irritação entre as partes osseas e as formações nervosas, desaparecendo o elemento dôr. A imobilização permite que a aquilose entre as vertebraes se faça em boa posição.

Normas geraes para a aplicação do colete de gesso:

1.º — Não corrigir nunca, por nenhuma razão, a contratura vertebral, qualquer gráu que ela tenha. E' por essa contratura que o doente se defende da dôr. Corrigindo-a o doente tem exacerbação das dôres e não suportará o colete de gesso.

2.º — Rápida execução. Não demorar mais de 10 - 15 minutos para a confecção do colete. Depois desse prazo o doente deve estar em posição horizontal, porque sinão a dôr augmenta.

3.º — Estar preparado para tirar o colete de gesso a qualquer momento. Neste particular Putti nos diz o seguinte: "Não ha erro clinico maior do que fazer-se escravo de um principio". É um erro grave, querer que o doente tolere a imobilização, só porque estamos convencidos de que a imobilização é necessaria.

A tecnica da colocação do colete, sendo uma questão mais ortopedica, deixaremos de lado.

Quando o individuo não suporta o colete de gesso, podemos substitui-lo pelo colete elastico.

O colete de gesso deve pesar no maximo 2 quilos e ser retirado depois de 2 - 3 menses. Para evitar recidivas o paciente deve continuar usando por mais um a dois menses um colete elastico.

#### BIBLIOGRAFIA

A. LERI — Afecções da coluna vertebral.

V. PUTTI — Lombartrite e sciatica vertebral.

ROGER-WIDAL e TEISSIER — Novo tratado de musculos e articulações.

V. BERGMANN — Clinica medica.

OULDARD-HESNARD e COUREAUD — Afecções da coluna vertebral.