

DIAGNÓSTICO DAS ARTRITES LUÉTICAS

Antonio R. Messias

Médico da Santa Casa de Misericórdia. Médico internista do Hospital de Pronto Socorro. Assistente voluntário da cadeira de Clínica Prepedêutica Médica da Faculdade de Medicina. Membro Honorário da Liga Argentina Contra o Reumatismo.

A influência da lues sobre as afecções reumáticas é ainda assunto controverso em medicina. Eram muitos os quadros articulares descritos minuciosamente pelos autores como de origem sífilítica, às vezes supostos como tais, unicamente em virtude de um Wassermann positivo.

Desde os memoráveis trabalhos de Fournier (1), tem-se notado descrença quanto a frequência desses quadros articulares crônicos, frente ao fracasso da terapêutica específica e dos achados clínicos e serológicos.

Modernamente são unânimes os autores em admitir a raridade dos processos articulares luéticos e a crítica, dia a dia mais rigorosa, restringe cada vez mais o número dessas artropatias.

Compreende-se facilmente que, sendo a infecção sífilítica tão disseminada e também tão frequente as afecções reumáticas, possam elas coexistir num mesmo paciente e que o clínico, prevenido das manifestações proteiformes da lues, possa relacionar erroneamente esse fator infeccioso aos processos reumáticos concomitantes. Ainda assim, essa coexistência não é frequente: encontramos em apenas 2,5% dos casos.

Kuhns e Feldman (2) em uma série de 1.000 pacientes portadores de artrites crônicas, encontraram sorologia positiva em apenas 1% dos casos e Ruiz Moreno (3), afirma não ter, até 1945, comprovado maior percentagem de Wassermann e Kahn positivos entre os reumáticos do que entre os sãos. A sífilis pois, é pobre em manifestações articulares e o papel por ela representado nas afecções reumáticas é muito modesto. Em 630 pacientes reumáticos, encontramos 12 casos de manifestações articulares ou peri-articulares de origem provavelmente luética, sendo que em 10 deles

obtivemos Wassermann positivo no sangue. Dos outros 618, apenas em 15 casos encontramos sorologia positiva e em nenhum deles o tratamento específico exerceu influência decisiva sobre as lesões articulares. É bem verdade que em muitos casos, nas artrites reumatóides metastásicas, passado o período inicial, as lesões articulares evoluem de forma comum independente da causa que as produziu, pois os tecidos mesenquimais podem reagir de maneira idêntica a fatores etiológicos diversos e então, o tratamento específico já não tem ação sobre os sintomas articulares (libertação etiológica). Entretanto, nas artrites luéticas, via de regra, apesar da cronicidade da patologia articular, o tratamento arsenical ou bismútico, dá bons resultados.

Em grande número de casos, o diagnóstico de uma artropatia luética não oferece dificuldade. Os sinais radiológicos e laboratoriais, precedidos de um bom interrogatório e do exame clínico, nos alcançam geralmente a chave do problema. Nos casos duvidosos porém, nos quais existe somente suspeita de lues a prova do tratamento específico é que vai decidir a questão. Para a grande maioria dos autores, essa terapêutica de prova, quando tem ação incontestável sobre os sintomas locais, é o argumento máximo a favor da natureza luética das manifestações articulares, mesmo frente a negatividade das reações serológicas.

Segundo descrições clássicas, as manifestações luéticas podem simular qualquer tipo de artropatia, desde as artralgiias puras, "sine matéria", até lesões profundas e definitivas da cartilagem, sinovial e epífises ósseas. Sem dúvida há exagero em tais afirmações, pois se de um lado existem efe-

tivamente lesões articulares diversas decorrentes da sífilis congênita ou adquirida, no período secundário, por outro lado, a semelhança dessas manifestações específicas com os quadros clínicos da moléstia reumatisma e da artrite reumatóide é rara e nós não a observamos. Raramente os quadros clínicos das artropatias luéticas se superpõe àqueles apresentados por outras manifestações articulares, infecciosas ou degenerativas.

As lesões articulares decorrem da sífilis adquirida, no período secundário e terciário e da sífilis congênita, nos estágios recentes e tardios.

Baseados nas descrições de Fournier (4) (5) e Comroe (6), vamos expor resumidamente os diversos quadros clínicos, segundo a classificação d'este último autor:

- | | | |
|--|---|--|
| Sífilis Congênita | { | a) Osteocondrite sifilítica. Pseudo-paralisia de Parrot. |
| | | b) Doença de Clutton ou sinovite simétrica. |
| | | c) Formas menos frequentes: Sinovite gomosa. Dactilite sifilítica. Artrites supuradas. |
| Sífilis adquirida
Período Secundário. | { | a) Artralgia. |
| | | b) Sinovite. |
| | | c) Hidrartrose. |
| | | d) Tenosinovite. |
| | | e) Bursite. |
| | | f) Manifestações articulares semelhantes às da moléstia reumatisma. |
| | | g) Manifestações articulares semelhantes às da artrite reumatóide. |
| Período terciário | { | a) Artrite gomosa. |
| | | b) Artropatia de Charcot. |
| | | c) Espondilite. |
| | | d) Artrite sifilítica crônica. |
| | | e) Goma justa-articular. |
| | | f) Nódulos justa-articulares. |

O primeiro passo para o **diagnóstico clínico** da artrite luética, nos é fornecido muitas vezes pela história dos antecedentes mórbidos, pessoais e familiares do doente. O interrogatório orientado no sentido de caracterizar o acidente primário ou manifestações diversas da sífilis secundária, terciária ou congênita, é de inestimável valor, pois nos fornece, muitas vezes, a noção da infecção. É em geral na sífilis tardia que se apresenta os fenômenos articulares (7).

Na grande maioria dos casos é manifestação monoarticular (obs. n.º 1, 2, 3 e 4), raramente são atingidas duas articulações (formas simétricas — obs. n.º 8), e excepcionalmente, três ou mais. As grandes articulações são as preferidas, como os joelhos (obs. n.º 3 e 6), quadrís (obs. n.º 1, 2 e 8), cotovelos, punhos (obs. n.º 4) e tíbio-társicas.

A dor é leve ou ausente, podendo a algumas vezes ser extremamente cruel, apresentando então com caráter episódico. Existem frequentemente exacerbações noturnas. Nos períodos iniciais do tratamento específico, os fenômenos dolorosos são mais intensos (obs. n.º 5 e 6).

Os sintomas inflamatórios observados nas artrites comuns, estão ausentes, observando-se apenas hidrartrose simples, sem aumento da temperatura local. A pele, ao nível da articulação atingida e dos tecidos circunvisinhos, apresenta-se normal ou com leve hiperemia. Chama a atenção a pequena incapacidade funcional e a discreta atrofia muscular, exceção feita no período terminal das artrites gomosas e das artrites fábidas, onde, pelas extensas lesões articulares, pode aparecer incapacidade total, com grandes deformações. O estado geral permanece inalterado.

Confirma o diagnóstico, a existência concomitante de outras manifestações específicas (ostealgias, adenopatias, queratite intersticial, sífilides cutâneas ou mucosas, etc.), as reações sorológicas positivas no sangue, no liquor ou no líquido articular e principalmente a prova terapêutica.

O **diagnóstico laboratorial** resume-se na positividade das reações sorológicas. Um Wassermann negativo, não exclui necessariamente a natureza sifilítica das lesões.

Segundo Stokes (8), o Wassermann no sangue é negativa em 37 % das crianças sifilíticas logo ao nascerem, tornando-se porém fortemente positivo poucas semanas

após. Nos casos de negatividade da reação no sangue e no liquor, pode ela ser positiva no líquido articular, sendo grande então seu valor dignóstico. Quando não existe derrame, faz-se uma injeção de 50 c.c. de sôro fisiológico na cavidade articular e pratica-se a reação no dia seguinte.

O treponema não é encontrado no líquido articular, que é usualmente claro, sero-fibrinoso e raras vezes hemático, apresentando linfocitose e monocitose.

Ao exame anátomo-patológico, a membrana sinovial apresenta-se espessada, com proliferação endotelial e infiltração linfocitária perivascular.

Valemo-nos algumas vezes, para o diagnóstico diferencial, da reação a tuberculina e da inoculação em cobaio do líquido articular.

Não existem sinais radiológicos patognômicos da artrite luética; observam-se entretanto certos aspectos característicos da doença, que quando presentes sugerem fortemente a natureza específica das lesões. Referimo-nos sobretudo às características radiológicas das artrites gomosas e das articulações de Charcot, sôbre as quais falaremos mais adiante.

Concorrem decisivamente para o diagnóstico, as lesões observadas nas estruturas ósseas adjacentes, representadas por periosteites, osteites gomosas e osteocondrites (metafisites) (9). São comuns: As densificações e irregularidades das superfícies articulares, alargamento ou diminuição da interlinha, destruições ósseas e cartilaginosas, proliferações ósseas, periosteites, proliferação endostal com redução do espaço medular e esclerose óssea.

Diferem os aspectos radiológicos segundo incidir a artropatia na infância (sífilis congênita que geralmente inicia com um processo de osteocondrite, sendo comum entretanto a periosteite e menos comum a goma justa-articular), na adolescência (sífilis congênita, geralmente com sinais radiológicos discretos, às vezes representados sômente pela separação das extremidades, devido a hidrartrose — Articulação de Clutton) ou na idade adulta (artrite simples, artrites gomosas e articulações de Charcot).

Entre as formas congênitas, citam os autores como mais frequente, a sinovite simétrica de Clutton. Essa afecção evolue incidiosamente, sem repercussão sôbre o estado geral, incidindo em pacientes de 8 a

15 anos de idade. Apresenta-se como hidrartrose simples, envolvendo, na grande maioria dos casos, ambos os joelhos. Praticamente não há limitação funcional, nem dôr. A radiografia nada revela de particular além do afastamento epifisário devido a hidrartrose.

A osteocondrite sifilítica, aparece em 5 % das crianças portadoras de sífilis congênita e sempre no primeiro trimestre de vida (obs. n.º 8). Na maioria dos casos a sintomatologia é marcada e representada sobretudo por tumefação regional intensa, com leve hiperemia e, o que mais chama a atenção, paralisia flácida de todo o membro atingido, produzida pela dôr ou desprendimento epifisário. (Pseudo paralisia de Parrot). Os membros superiores são atingidos maior número de vezes. Ao exame roentgenográfico verifica-se áreas de descalcificação justa-epifisárias, limitadas por zonas de maior densificação óssea. Alargamento da interlinha, espessamentos periósticos e diafisários, irregularidade no contorno das epífises e destruição das trabéculas ósseas próximas à cartilagem.

A lesão anatômica é representada por gelatinização da cartilagem e das extremidades ósseas.

A forma descrita com o nome de dactilite sifilítica, que aparece em crianças até o terceiro ano de vida e que se caracteriza clinicamente pela deformação em fuso da falange atingida (dedos ou podartículos), não é uma artrite mas uma osteite (osteite difusa rarefaciente). Melhor seria chamá-la de "falangite sifilítica" como querem alguns autores, pois as lesões se localizam nesse segmento ósseo, que pode ser destruído totalmente. Na maioria dos casos a articulação é respeitada.

As manifestações articulares do período secundário, exceptuando-se as artralguas e mialgias que se apresentam com relativa frequência, são raras. Encontramos um único caso, representado por hidrartrose bilateral dos joelhos, em uma paciente de 17 anos, que apresentava concomitantemente sífilides mucosas e dérmicas (obs. n.º 7). Essas hidrartroses do período secundário, são transitórias, com dôres moderadas e leve incapacidade funcional.

De modo geral, podemos dizer que todas as formas descritas no quadro acima citado como pertencentes ao período secundário, incidem, quiçá com mais frequên-

cia, nos estádios mais adiantados da sífilis adquirida e também na sífilis congênita.

Nunca encontramos caso algum simulando a moléstia reumatismal ou a artrite reumatóide. Autores diversos porém, descrevem quadros de poliartrites febris, com Wassermann positivo e que reagem favoravelmente à terapêutica antilúética.

As tenosinovites e bursites luéticas, são acidentes raros do período secundário, podendo aparecer igualmente no período terciário. São comumente indolores, apresentando-se as primeiras como edema bilateral e discreto das bainhas tendinosas e as bursites exteriorizando-se por edema e derrame sinovial.

Como valiosos elementos na suspeita da etiologia luética de uma artropatia, surgem as periosteites sífilíticas, manifestações de sífilis recente ou tardia e muito bem caracterizadas radiologicamente sobre o tibia, peroneo, externo, clavícula, rádio, etc. Surgem as mais das vezes isoladamente, mas podem as periosteites se localizar adjacentes às articulações e participar da patologia articular, exteriorizando-se principalmente por algias espontâneas ou provocadas pela pressão.

São processos de osteites e de osteoperiosteite, que caracterizam os estádios recentes da espondilite sífilítica com a invasão do tecido ósseo pelo treponema pálido.

A espondilite sífilítica (obs. n.º 6) apresenta-se com sintomatologia semelhante à outras espondilites específicas ou não. Isto é: Dôr que pode ser mais intensa à noite e cuja distribuição varia segundo o segmento atingido (lombo-ciatalgias, dôres torácicas, cervicais, braquiais, etc.), contratura e rigidez musculares, limitação da motilidade, etc. O processo que envolve uma ou várias vertebbras, tem predileção pelo segmento cervical. Ao exame radiológico evidencia-se: Eburnização das vértebras atingidas, lesões degenerativas simulando a espondilite osteoartrítica, processos destrutivos ou lesões mixtas (fig. 19A e B). Aquí também o diagnóstico é confirmado pela evidência de outros sinais clínicos de lues, pelo Wassermann positivo e pela melhora ao tratamento anti-sifilítico.

Na sífilis terciária é que mais frequentemente surgem as manifestações articulares. Em 12 casos de artropatias por infecção sífilítica, encontramos 8 deles pertencentes ao período terciário, isto é, numa

percentagem de 66, 6 %. As formas mais comuns são as artrites gomosas, as artrites crônicas e as artropatias de Charcot.

A forma gomosa, geralmente monoarticular, própria desse período, é uma doença primitiva das extremidades ósseas ou das sinoviais que invade progressivamente a articulação, causando destruições ósseas, cartilaginosas e dos tecidos periarticulares (obs. n.º 1 e 2). As grandes articulações são envolvidas mais frequentemente. Verifica-se hidrartrose intensa com fenômenos inflamatórios atenuados ou ausentes. A dôr é leve ou falta. Entretanto, em certos casos (obs. n.º 1), pode ser extremamente violenta, surgindo por crises paroxísticas com períodos de acalmia ou dôr leve. Existe pequena limitação de movimentos, contraturas e atrofia musculares pouco marcadas. Radiologicamente observa-se destruição das extremidades ósseas, apagamento ou desaparecimento completo da interlinha, modificação da estrutura trabecular que se torna irregular e grosseira, destruições e condensações ósseas.

As artrites gomosas podem ser confundidas com as artrites tuberculosas, com as quais se parecem. O diagnóstico diferencial entre uma e outra afecção, depara-se às vezes com obstáculos difíceis de transpor. Valemo-nos então de certos dados clínicos: A artrite tuberculosa é mais comum nos primeiros 14 anos de idade (a artrite gomosa nos períodos tardios da infecção luética), vem associada, em 50 % dos casos, com lesões viscerais da mesma etiologia e são mais sensíveis ao movimento, à percussão e à contusão do que as artrites luéticas. A atrofia muscular é discreta ou falta na sífilis e é marcada na tuberculose. Nas artropatias tuberculosas, são frequentes as anquiloses, contraturas, fístulas e abscessos periarticulares, sinais êsses que não encontramos, via de regra, nas sífilíticas. Na tuberculose falta a reação perióstica tão comum na lues e a atrofia óssea é frequente. Enfim, o caráter noturno das dôres, o Wassermann positivo e (mais uma vez) a terapêutica de prova de um lado e a cuti-reação, a inoculação em cobaio do líquido sinovial e a biópsia articular revelando lesões tuberculosas de outro lado, nos alcançam a chave do problema. Repetimos mais uma vez que comumente o diagnóstico da artrite luética não oferece maior dificuldade se nos valemos de todos os recursos clínicos, la-

boratoriais, anátomo-radiológicos e terapêuticos.

Em 5 a 10 % dos tábidos, aparecem as chamadas articulações de Charcot ou artropatias tábidas, que não são exclusivas dessa afecção, pois encontram-se igualmente na siringomielia (25 % dos casos) e em várias outras afecções onde estão comprometidos os cordões posteriores da médula, como nos tumores vertebrais, em certas mielites, etc., e que seriam por isso mais acertadamente designadas de neuro-artropatias.

O início do quadro clínico é habitualmente rápido, em alguns dias, podendo apresentar-se súbitamente e então veremos derrame articular e edema considerável desenvolverem-se em algumas horas apenas. Os sinais clínicos são representados sobretudo pelo edema considerável, deformação acentuada das extremidades ósseas, hiper mobilidade e analgesia articular. À palpação percebe-se edema periarticular, duro, pastoso e indolor. A presença de líquido é facilmente evidenciada. Notam-se crepitações, estalidos e corpos livres intra-articulares. É notável nessas artropatias, a ausência total da dôr, quer à apalpação quer aos movimentos ativos e passivos. Chama a atenção, a discordância entre os achados clínicos e a redução funcional que é pouco acentuada e está em relação apenas com as desordens articulares que acarretam obstáculos mecânicos aos movimentos. Observam-se frequentemente, ao nível da articulação atingida, estalidos, luxações, fraturas, hipotonia ligamentosa e atrofia e hipotonia musculares o que explica a hiper mobilidade da articulação que não opõe a menor resistência aos mais extremos movimentos de extensão e lateralidade.

A artrite é, por vezes, a primeira manifestação da tabes. A rigidez pupilar e a ausência do reflexo patelar são mais importantes ao diagnóstico do que o Wassermann, que pode ser negativo no líquor e no sangue.

No período inicial, a imagem radiológica acusa erosões da cartilagem, proliferações marginais, esclerose subcondral, zonas de destruição ao nível das extremidades ósseas, pinçamento articular e áreas de relativa descalcificação (10). Mais tarde, caracteriza-se a radiografia pelo aspecto anárquico da articulação: Surgem grandes deformações das extremidades ósseas, exostoses exuberantes, fraturas, sub-luxações e

luxações, calcificações musculares e ligamentosas, corpos livres intra-articulares, irregularidades grosseiras das superfícies articulares e zonas de condensação e destruição ósseas (fig. 5 e 6).

São esses os quadros que encontramos mais comumente na clínica.

Dos 12 casos por nós observados até a presente data, publicamos as observações resumidas de 8 deles, por apresentarem características especiais, sendo que os 4 restantes, não publicados, podem se superpor a uma ou outra das observações citadas. O diagnóstico foi sempre relativamente fácil como se pode notar pela leitura das histórias relatadas abaixo; si bem que, uma ou outra vez, foi a terapêutica de prova o dado decisivo para o diagnóstico final.

Antes de finalizar, queremos frisar mais uma vez a raridade das artrites luéticas (encontramos em apenas 1,9 % dos nossos doentes de clínica reumatológica) e que entre os casos diagnosticados, 66,6 % foram manifestações do período terciário.

Resumindo, são as seguintes as condições, os sintomas e sinais que nos levam ao diagnóstico das artrites sífilíticas:

- a) Anamnese cuidadosa à procura de antecedentes sífilíticos pessoais e hereditários.
- b) Exame físico rigoroso no sentido de surpreender manifestações clínicas da infecção.
- c) Estado geral conservado apesar da cronicidade dos sintomas articulares.
- d) Localização mono-articular
- e) Hidrartrose bilateral em pacientes de 8 a 15 anos de idade.
- f) Ausência de dôr ou dôr leve com caráter noturno, apesar do derrame articular intenso.
- g) Rigidez pupilar e ausência de reflexo patelar: Sugere artropatia tábida.
- h) Pouca limitação funcional.
- i) Reação de Wassermann positiva no sangue, no líquor e particularmente no líquido articular.
- j) Sinais radiológicos concomitantes de osteites e periosteites.
- k) Pronta resposta ao tratamento anti-luético.

RESUMO DAS OBSERVAÇÕES

Obs. n.º 1

D. V., 30 anos, branco, brasileiro, solteiro, operário. Hospitalizado em 25-11-44 na nona enfermaria de Clínica Médica. Leito 21. Papeleta n.º 16.109.

Diagnóstico: Artrite gomosa do quadril E.

Há 2 meses, dôres agudas em pontadas na articulação coxo-femural e que passaram completamente com o repouso. Quinze dias após acordou-se pela manhã com dor violenta na mesma articulação, que se irradiava até o joelho, exigindo imobilidade articular para suavizá-la e que o prostou no leito.

Durante um mês e dez dias, fez repouso e salicilato de sódio por indicação médica, não obtendo melhoras.

Sua história mórbida revela blenorragia há três meses, cujos sintomas cederam com tratamento sulfamídico. Cancro duro aos 18 anos.

Longilíneo estênico, emagrecido, com temperatura axilar de 38,5º conserva porém bom estado geral. Ganglios inguinais medianamente infartados. Na fossa ilíaca E, tumor ulcerado com aspecto de goma sífilítica.

Coxa E semi-flectida sobre a bacia, imóvel. Contratura das massas musculares periarticulares. Atrofia acentuada dos músculos da coxa E e glúteos do mesmo lado. Dôr à palpação das regiões periarticulares, sobretudo ao nível da região inguinal e grande trocanter. Movimentos ativos e passivos impossibilitados pelas reações dolorosas.

Pupilas reagindo bem à luz.

Exame radiológico da articulação doente: Destruição do acetábulo. Esclerose da cabeça femural. Obliteração do espaço articular. O osse ilíaco apresenta estrutura trabecular grosseira, no teto e fundo da cavidade cotilóide (tudo sugere osteíte lúética). Irregularidade marginal no pubis E ao nível da sínfise (provavelmente da mesma origem) (fig. 1)

Wassermann no sangue: positivo franco + 0

Exame comum de urina: traços leves de albumina, piúna e alguns piócitos.

Sedimentação sanguínea: 1.º h — 65 mm

Terapêutica: Neoarsfenamina 7,0 grs. Oxi-iodeto de bismuto (0,06 gr. por amp.) 23 amp.

Em dois meses e meio de tratamento arseno-bismútico observamos a regressão gradual dos sintomas. O paciente logo se tornou apirético e as dôres espontâneas, a princípio aumentadas, cessaram progressivamente. A goma cicatrizou e, por fim, com o desaparecimento das contrações musculares foi possível a movimentação passiva indolor. Então praticaram-se diariamente movimentos passivos suaves e cuidadosos, seguidos de exfloramento e imobilização do membro doente em extensão.

O paciente teve alta à pedido e abandonou a enfermaria por seus próprios meios, claudicando discretamente, apesar de não se ter restabelecido por completo da atrofia muscular.

Constatamos o seguinte: O membro inferior E, apresentava encurtamento de dois centímetros em relação ao D. Movimentos de extensão e flexão sem limitações. Abdução limitada de mais de um terço e ainda mais comprometida a rotação externa.

Exame comum de urina: traços leves de albumina.

Sedimentação sanguínea: 1.º h. — 18 mm.

Exame radiológico de controle: Recomposição do acetábulo e da cabeça femural, com protusão do fundo da cavidade cotilóide. Espaço articular livre. Diminuição da irregularidade marginal do pubis. Deformação da cabeça femural. (fig. 2).

Obs. n.º 2.

E. S., 19 anos, preta, brasileira, cozinheira. Hospitalizada em 18-12-46, na 2.º Enfermaria de Clínica Médica da S. C. de Misericórdia. Leito 21.

Papeleta n.º 16.767.

Diagnóstico: Artrite gomosa do quadril E.

Há um mês, dôr súbita na articulação coxo-femural D, que se irradiava até o maléolo interno. Dôr contínua com exacerbação noturna. Dias após foi obrigada a permanecer no leito, não tanto pela dôr como pela dificuldade em movimentar a articulação doente.

Menarca aos 15 anos seguida de mens-

truações normais. Amenorréia há 2 meses com sintomas de gravidez. Xantorréia pouco abundante.

Nega passado venéreo.

Bom estado geral. Paciente bem nutrida. Infartamento moderado dos ganglios inguinais. Articulação coxo-femural E com grande limitação de movimentos ativos e passivos. Dôres aos movimentos extremos que apresentam resistência elástica. Dôr à pressão nas regiões trocantérica e inguinal E.

Fígado doloroso à palpação.

Exame ginecológico: gravidez tópica de mais ou menos três meses.

Sedimentação sanguínea: 1.º h. — 90 mm.

Urina: traços nítidos de albumina. Excesso de urobilina.

Hemograma: 2.980400gl. vermelhos. Anisocitose e pecilocitose nítidas.

Secreção vaginal: numerosos bacilos gram-positivos. Alguns diplococos gram-negativos e vários cocos gram-negativos. Células epiteliais e alguns piócitos.

Wassermann no sangue: fortemente positivo + + + +

Exame radiológico: Sub-luxação superior da articulação coxo-femural E. Descalcificação do grande trocanter, colo e cabeça femural. Zonas de destruição óssea da cabeça do fêmur e do acetábulo que se apresenta alargado e com áreas de eburnização. (fig. 3).

Terapêutica: Sub-salicilato de Bi. (0,10 gr. em dias alternados). Iodeto de potássio "per os". Penicilina 500.000 U.O.

A resposta ao tratamento anti-luético foi imediata com alívio de tôda sintomatologia dolorosa.

Com a melhora dos sintomas locais foi tentada a extensão do membro para colocá-lo em melhor posição.

Controle radiográfico posterior mostrou regressão dos processos destrutivos e início de anquilose da articulação em posição viciosa.

Obs. n.º 3.

V. B. D., 59 anos branca, brasileira, casada doméstica. Consultório particular. Ficha C 215. Consulta em 9-6-47.

Diagnóstico: Artrite tábida do joelho D.

Há 15 anos, repentinamente, derrame articular dos joelhos e tíbiotársicas, dormência dos membros inferiores, dôres nas coxas e panturrilhas e diminuição de visão. Meses após, enorme derrame da articulação do joelho D com dôres e incapacidade para a marcha. As outras localizações haviam desaparecido. Desde então a hidrartrose do joelho D diminuiu sem contudo desaparecer completamente. O joelho aumentou muito de volume, crepita durante a marcha e apresenta valgismo exagerado que se acentua consideravelmente ao apoiar-se no membro doente. A dôr desapareceu completamente.

Duas vezes tivera crises gástricas.

Constipação crônica, flatulência, sono normal.

Bom estado de nutrição. Mucosas algo descorada. Pele seca. Apirética.

A marcha é possível somente apoiada, em virtude do valgismo exagerado do joelho D. (fig. AA).

Atrofia muscular acentuada ao nível de todo membro inferior D.

Joelho D com valgismo nítido, grandemente deformado e maior duas vezes do que o do lado são. Apresenta à inspecção um aspecto globuloso, onde não se identifica a rótula nem as depressões normais (fig. AB). À palpação notamos edema da articulação não depressível nem doloroso, derrame de volume médio com choque rotúlio facilmente constatável, extremidades ósseas irregulares e muito maiores que as do lado oposto. Ausência completa de dôr. Com a mobilização, a mão aplicada ao nível da articulação sente atritos e crepitações intensas. À movimentação passiva evidencia-se a frouxidão dos ligamentos e tecidos periarticulares, pela possibilidade de movimentos exagerados de extensão e lateralidade. Também aqui não provocamos dôr.

O exame dos aparelhos circulatório, respiratório, digestivo e gênito-urinário, nada revelou de anormal.

Sensibilidade profunda quase que totalmente abolida. Dissociação tábida da sensibilidade. Reflexos patelar e aquileu ausentes em ambos os lados. Argyll Robertson presente (pupilas rígidas e punctiformes). Não foi possível pesquisar a existência do Romberg, (porque a doente não podia se levantar nem deambular sem apoio.

Wassermann no sangue: negativo. No liquor: positivo nítido + + +.

Hemograma, sem alterações. Urina, normal.

Glicemia, uricemia, creatininemia, normais.

Sedimentação globular: 1.^o h. — 40 mm.

Exame radiológico do joelho D: Epífises aumentadas de volume e deformadas. Interlinhas articular muito irregular mas conservada. Exostoses numerosas e exuberantes em todo o contorno articular. Calcificações musculares e ligamentos. Predominância do processo de eburnização óssea com zonas de descalcificação e destruição. (fig. 5 e 6)

Obs. n.º 4.

L. A., 35 anos, branco, brasileiro, funcionário. Consultório particular. Ficha C 189 A. Consulta em 1-4-47.

Diagnóstico: Artrite sífilítica crônica.

Iniciaram seus males há seis anos, com dores e edema ao nível da tibio-társica E e logo punho E onde se localizou o processo, desaparecendo da primeira articulação. A artrite evoluiu durante anos sem grandes dores, com períodos de melhoria do edema e desaparecimento quase completo da sintomatologia. Durante êsses anos, o paciente foi submetido a inúmeros tratamento salicilados, iodados, curas hidrominerais, radioterapia, ondas curtas e infra-vermelho.

Atualmente, as dores são mais fortes e persistentes em particular à noite. Nunca se sentiu febril e jamais perdeu o apetite.

A história mórbida apresenta há 12 anos, blenorragia curada com sulfamicida, e cancro venéreo (sem pesquisa laboratorial) e que foi tratado como cancro mole.

Brevilíneo bem nutrido com ótimo estado geral. Atrofia muscular pouco acentuada da mão e antebraço EE. Edema do punho E extendendo-se pelo dorso da mão e mais acentuado no bordo cubital.

Movimentos ativos e passivos do punho doente limitados pela dor. Restrição do movimento dos dedos. A palpação não se percebe os contornos ósseos pois o paciente protesta enérgicamente à pressão mais profunda.

Além de uma polimicroadenopatia, nada mais revelou o exame clínico.

O paciente já possuía: radiografia dos

pulmões com transparência normal. Sedimentação sanguínea; 1.^o h. — 50 mm. E ainda, radiografia do punho E, na qual observamos: Irregularidades no contorno do piciforme e apófise estilóide do cúbito (desaparecimento da cortical no ápice da apófise). Sinais de descalcificação sub-condral ao nível da articulação carpo-metacarpeana, entre o quinto metacarpeano e o unciforme. Conservação da fenda articular. Edema das partes moles peri-articulares. (fig. 7).

Solicitamos: Wassermann no sangue: positivo ++ +.

Urina, normal. Hemograma, sem alterações dignas de nota.

Tratamento: Imobilização do punho em posição de função, com tala gessada anterior.

Arsenox — Iodobismuttato de q.q.

Franca melhora em duas semanas. Remissão completa da sintomatologia no espaço de 30 dias.

Radiografia de controle: Desaparição completa dos sinais radiológicos; Recalcificação das zonas sub-condrais, recomposição da apófise estilóide e contorno do piciforme. Não há edema das partes moles. (fig. 8)

Obs. n.º 5.

J. V., 57 anos, de côr mixta, brasileira, casada, doméstica. Hospitalizada em 17-8-47, na 2.^a Enfermaria de Clínica Médica de S. C. de Misericórdia. Leito 27.

Papeleta 11.448.

Diagnóstico: Artrite luética. Osteíte gomosa.

Iniciou há 1 ano com dores leves e edema intenso dos joelhos e pernas, que permitiam entretanto a deambulação, não havendo grande restrição de movimentos. Em três meses cederam as lesões dos joelhos e pernas, desaparecendo tôda a sintomatologia, localizando-se o processo nos ombros, mais particularmente no E e braço do mesmo lado, onde havia grande edema. As dores foram sempre leves.

O estado geral e as funções vegetativas não foram afetadas.

Menopausa aos 48 anos.

A paciente informa com pouca clare-

za. Pelo interrogatório não foram encontrados acidentes luéticos característicos, quer pessoais quer familiares.

Atualmente sofre de dôres noturnas intensas que perturbam o sono.

Membro superior E apresenta grande edema ao nível do terço médio do braço, cotovelo e ombro. O braço encontra-se imobilizado junto ao tórax. Movimentos passivos circunscritos mas pouco dolorosos. Dôr à palpação do ombro ao nível da região axilar e face interna do braço que em todo seu contorno apresenta empastamento difuso.

Esses mesmos sintomas também se apresentavam no ombro D, porém menos intensamente: Movimentos articulares mais amplos e extensão completa do cotovelo. Dôr difusa à palpação no ponto acromial. O braço D não apresentava lesões.

Os demais aparelhos não apresentavam alterações dignas de nota.

Wassermann no sangue: francamente positivo $+++$.

Hemograma: Eosinofilia e anisocitose leve.

Sedimentação sanguínea: 1.^a h. — 45 mm.

Urina: Traços nítidos de albumina.

Oxalemia, creatininemia e uricemia normais.

As radiografias dos ombros e braço D, não foram executadas então em virtude da falta de chapas que se fazia sentir na cidade.

Tratamento: Administramos oxi-cianeto de mercúrio (0,01) 1 amp. diariamente durante 6 dias, após o que foi submetida a tratamento arseno-bismútico.

As dôres aumentaram inicialmente, exigindo o uso de analgésicos, mas desapareceram completamente mais tarde.

Em 29-9-47 foi feita a radiografia que acusou: Aspecto anátomo-radiológico de osteosarcoma do úmero E. (fig. 9A e B).

Em 10-10-47, foi executada biópsia pelo Prof. Cesar Avila, cujo resultado foi o seguinte: Osteite crônica. Provavelmente osteite luética. (Dr. Paulo F. L. Becker).

Infelizmente não foi possível o controle radiológico posterior, em virtude da paciente se ter ausentado da cidade.

Obs. n.º 6.

M. E. M., 56 anos, branca, brasileira,

casada, operária. Hospitalizada em. . . . 28-12-46 na 2.^a Enfermaria de Clínica Médica da S. C. de Misericórdia. Leito 11.

Papeleta n.º 17.223.

Diagnóstico: Espondilite luética.

Há 6 meses, vem sentindo dôres ao longo da coluna vertebral que se irradiam ultimamente aos membros inferiores tomando caracteres de cialgia típica. Essas dôres se acentuam muito à noite, o que perturba o sono. Observou que essas sensações dolorosas obrigavam-na a caminhar curvada para o lado E. Tem crises dolorosas muito intensas na região lombar que se tornam insuportáveis ao menor movimento e a imobilizam no leito.

Há 28 anos apresentou Wassermann positivo no sangue ($+++$), quando então se submeteu a tratamento arseno-bismútico intenso, durante 1 ano, continuando após com curas anuais de 18 amp. de 10 ctgrs. de iodobismutato de q. q.

Escoliose lombar com convexidade para a D. Movimentos de lateralidade restritos. Contratura dos músculos para-vertebrais. Movimentos de torsão da parte superior do tronco comprometidos e dolorosos nas posições extremas.

Laségue negativo para ambos os membros inferiores. Neri, negativo.

Outros aparelhos sem particularidades dignas de nota.

Wassermann no sangue: positivo $++$.

Hemograma, sem modificação. Urina, normal.

Glicemia e uricemia normais.

Radiografia da coluna lombo-sacra: Sacralização bilateral da V vértebra lombar. Escoliose lombar dextro convexa. Diminuição do espaço inter-vertebral entre L IV e L V. Acentuada osteo-esclerose de L II, L III e L IV, mais manifesta nesta última. Alguns osteófitos marginais e calcificação do anel fibroso, entre D XI e D XII. (fig. 10A e B).

Tratamento: Administramos iodobismutato de q. q. Iodeto de potássio por via bucal. Aconselhado o uso do colete de Putti.

Inicialmente houve recrudescimento das dôres com caráter noturno e mais tarde alívio acentuado de toda a sintomatologia. Entretanto a paciente continuou com sensação de peso na região lombar e apresentou uma crise cialgíca clássica, pois se recusou a colocar o colete.

Pediu alta em 15-7-47 e a perdemos de vista.

Obs. n.º 7.

D.F.B., 17 anos, branca, brasileira casada, doméstica. Consultório particular. Ficha C 157. Consulta em 2-2-47.

Diagnóstico: Artrite luética. Ósteo-periosteite.

Há três meses dôres nos joelhos e pernas que se irradiavam até os pés. Observou que ambos os joelhos começaram a inchar ao mesmo tempo que a marcha tornava-se difícil em virtude das dôres ao nível do joelho E. As tíbio-társicas também foram envolvidas no processo apresentando dôres e edema.

Casada há 6 meses, apresentou 2 meses após o casamento lesões de pele, órgãos genitais e mucosa bucal que se prolongam até hoje, porém menos intensas.

Joelhos com derrame (mais intenso à E) não apresentando calor nem rubor. Região tibial anterior e interna de ambas as pernas apresentando edema acentuado com dôr ao menor toque, denunciando extensa periosteite do tibia. Boa mobilidade articular dos joelhos.

Mucosa bucal com placas avermelhadas invadindo as comisuras labiais. Ao nível do pescoço e região anterior do tórax, manchas elípticas de cor vermelho-violácea indo até o vermelho claro.

Wassermann no sangue: fortemente positivo + + + +.

Urina, normal. Hemograma, sem modificações.

Tratamento: Administramos subsalicilato de bismuto. Arsenox (0,04 gr.) Penicilina, 4 milhões de unidades.

Após a terceira ampola de arsênico a paciente estava livre de toda a sintomatologia articular.

Tornamos a ver a doente 11 meses após quando voltou ao consultório para trazer à consulta seu filho, objeto da observa-

ção n.º 8. Queixava-se então de dôres articulares no joelho E.

Obs. n.º 8.

G.F.B., 25 dias, branco, brasileiro. Consultório particular. Ficha C 482 A. Consulta em 12-1-49.

Diagnóstico: Osteocondrite sífilítica. Pseudo-paralisia de Parrot.

Os pais trouxeram o pequeno à consulta porque achavam que êle sofria de reumatismo: Ao mudarem-lhe as fraldas ou ao banharem-no, momento em que eram movimentados os membros inferiores da criança, sobrevinha choro persistente durante todo o ato. À noite chorava irrequieto constantemente. O que mais assustava a mãe era o fato de o garoto não apresentar movimentos nos membros inferiores que se mostravam inertes sobre o leito e inchados no terço superior da coxa e região inguinal.

Nascido de parto normal, eutrófico, com 3,200 grs., alimentava-se bem jamais recusando o peito e aumentava de peso normalmente.

A mãe, sífilítica (obs. n.º 7), abandonou o tratamento anti-luético mês e meio antes da gravidez. (havia feito 5 ampolas de Arsenox e 18 amp. de subsalicilato de bismuto de 0,10 gr.).

Paciente apirético com 3,700 grs. Sífilide penfigoide palmo-plantar Sífilide ao nível da mucosa bucal envolvendo comisuras labiais. Membros inferiores permanecem imóveis sobre a mesa de exame. Edema acentuado da raiz das coxas onde à palpação desperta o choro. A mobilização passiva não provoca entretanto grandes protestos por parte do paciente.

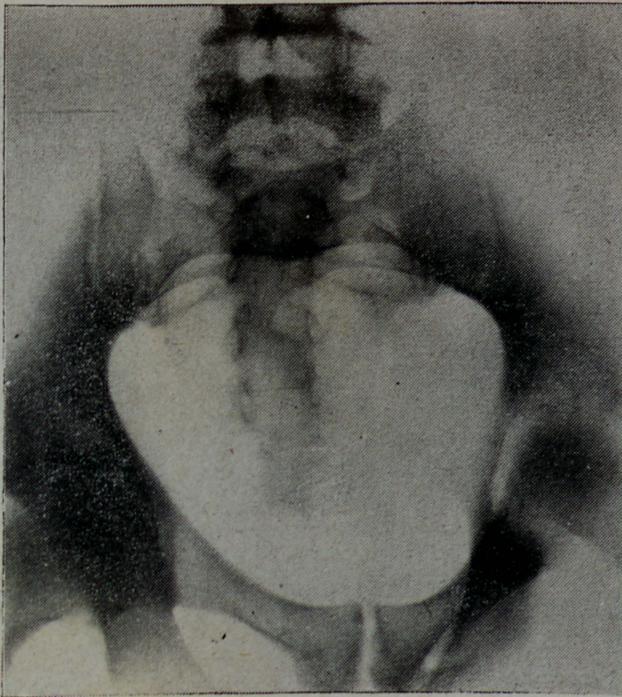
Foi solicitada a radiografia das articulações coxo-femorais que, entretanto, não foi executada por falta de recurso dos pais.

Tratamento: Recomendamos fricções com pomada mercurial dupla e stovarsol de 0,02 gr., 2 comprimidos por dia.

20 dias após, volta o doentinho ao consultório com desaparecimento quase total da sintomatologia clínica.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- 1) Fournier, Alfred — *Traité de La Syphilis* — Tomo I — Paris 1899.
- 2) Kuhns, J.G. e Feldman, T. — *Urol. and Cutan. Rev.* 44, 532, 1940. Cit. Comroe, Bernard, I. — *Arthritis and Allied Conditions* — Philadelphia — 1944.
- 3) Ruiz Moreno, A. — *Reumatismo* — Buenos Aires — 1945.
- 4) Fournier, Alfred — *Traité de La Syphilis* — Tomo I — Paris 1899.
- 5) Fournier, Edmond — *Syphilis Héritaire de L'age Adulte* — Paris 1912.
- 6) Comroe, Bernard, I — *Arthritis and Allied Conditions* — Philadelphia — 1944.
- 7) Schlesinger: *Die Arthrolues Tardiva* — Viena 1925.
- 8) Stokes, J.H. — *Modern Clinical Syphilology* — Philadelphia — 1944.
- 9) Pillmore, G.U. — *Clinical Radiology* — Vol. II — Philadelphia — 1947.
- 10) Brailsford, J.F. — *The Radiologâ of Bones and Joints* — London — 1944.

**Fig. 1**

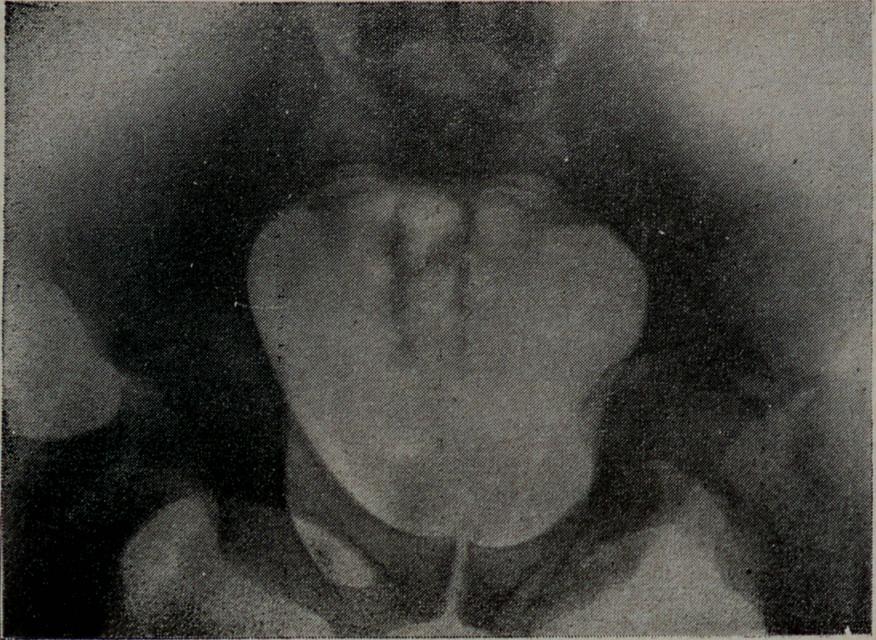


Fig. 2

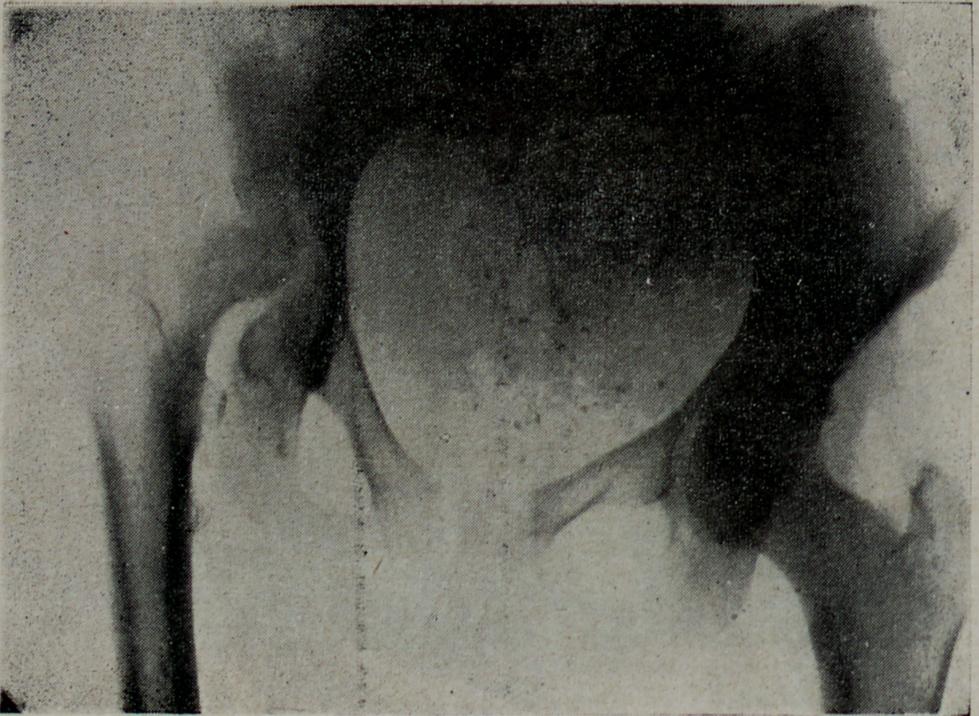


Fig. 3



Fig. 4-A



Fig. 4-B

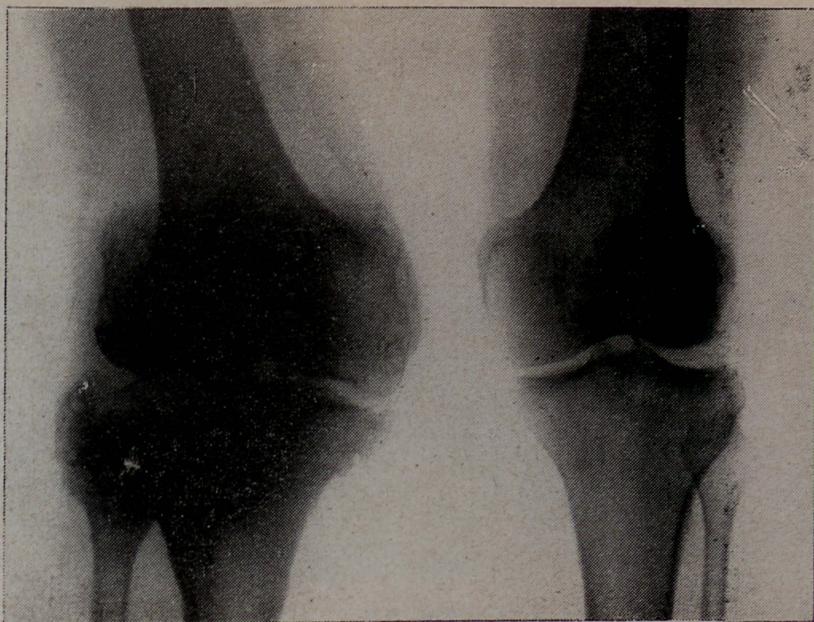


Fig. 5

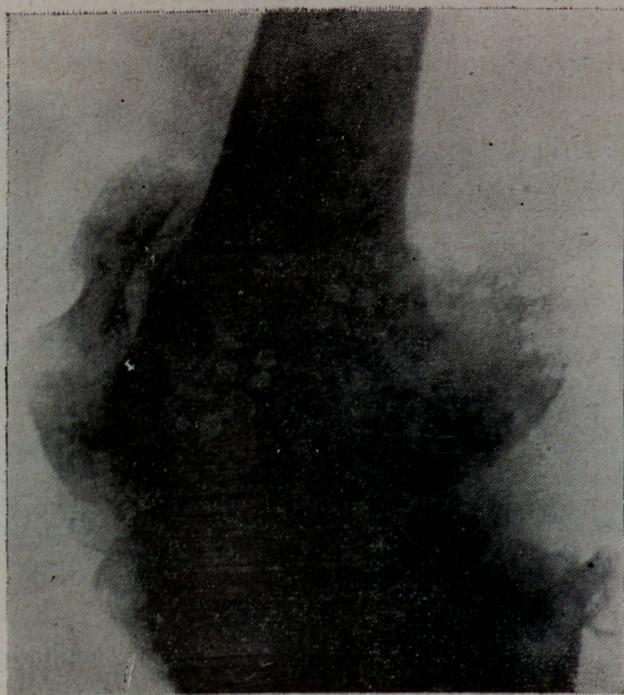


Fig. 6

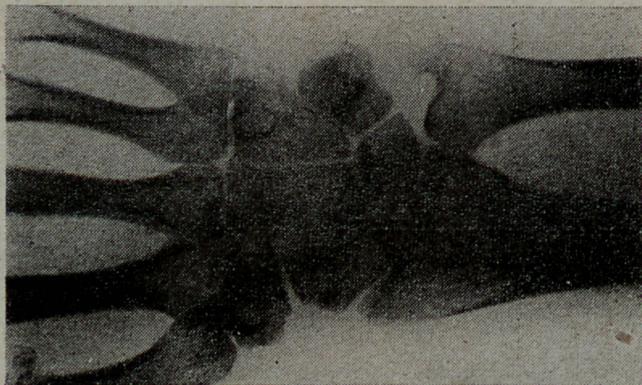


Fig. 1



Fig. 8



Fig. 9-A



Fig. 9-B

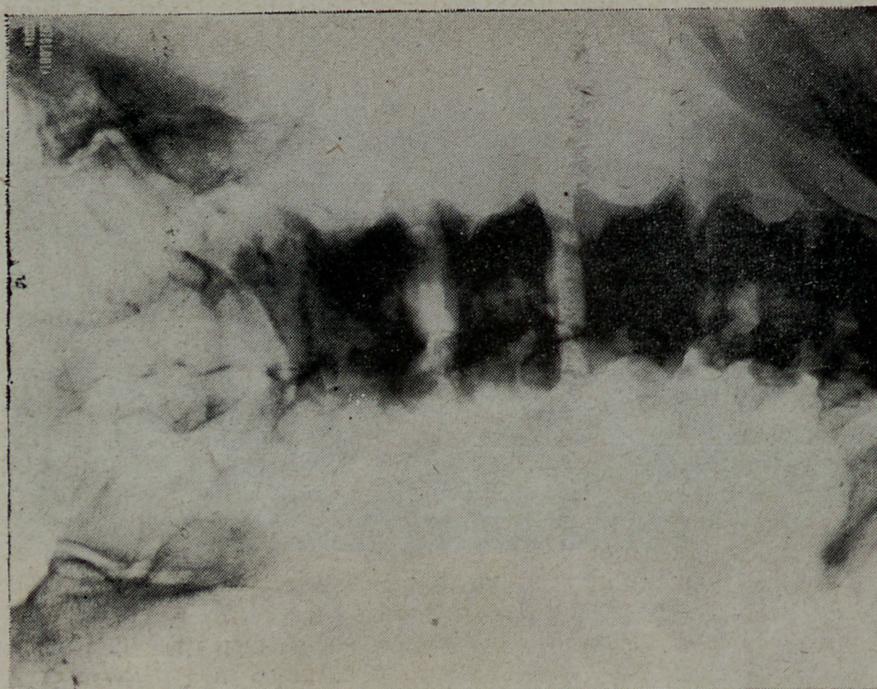


Fig. 10-A



Fig. 10-B