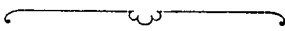


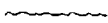
Candido Adelino de Mattos Vieira



ESTUDO

SOBRE O

RHEUMATISMO TUBERCULOSO



DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



145/8 ENC

IMPRENSA NACIONAL
de Jayme Vasconcellos —
35, Rua da Picaria, 37 —
PORTO —

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

AUGUSTO HENRIQUE D'ALMEIDA BRANDÃO

LENTE SECRETARIO

Thiago Augusto d'Almeida

CORPO DOCENTE

Lentes cathedrativos

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1.ª Cadeira — Anatomia descriptiva geral | Luiz de Freitas Viegas. |
| 2.ª Cadeira — Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3.ª Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica | José Alfredo Mendes de Magalhães. |
| 4.ª Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa | Carlos Alberto de Lima. |
| 5.ª Cadeira — Medicina operatoria | Antonio Joaquim de Souza Junior. |
| 6.ª Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 7.ª Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna | José Dias d'Almeida Junior. |
| 8.ª Cadeira — Clinica medica | Thiago Augusto d'Almeida. |
| 9.ª Cadeira — Clinica cirurgica | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10.ª Cadeira — Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11.ª Cadeira — Medicina legal | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| 12.ª Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| 13.ª Cadeira — Hygiene | João Lopes da S. Martins Junior. |
| 14.ª Cadeira — Histologia e physiologia geral | Vaga. |
| 15.ª Cadeira — Anatomia topographica | Joaquim Alberto Pires de Lima. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção medica | { José d'Andrade Gramaxo. |
| | { Antonio d'Azevedo Maia. |
| Secção cirurgica | { Pedro Augusto Dias. |
| | { Dr. Agostinho Antonio do Souto. |
| | { Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| Secção medica | { Vaga. |
| | { Vaga. |
| Secção cirurgica | { João Monteiro de Meyra. |
| | { José d'Oliveira Lima. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica | Alvaro Teixeira Bastos. |
|----------------------------|-------------------------|

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e ennuñciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola de 23 de abril de 1840, art. 155.º)

A meus Paes

A MEU IRMÃO

Padre Francisco Manuel de Mattos Vieira

Nunca esquecerei o que vos
devo.

Bem sei que este trabalho é
a recompensa de todos os vos-
sos sacrificios.

A minhas irmãs,
irmãos,
cunhados
e sobrinhos.

A TODOS OS MEUS

Ao Ex.^{mo} e Rev.^{mo} Snr.

Domingos José da Costa Araujo

Tributo de gratidão e homenagem ao seu primoroso caracter.

Ao meu dilecto amigo e condiscipulo

Dr. Eduardo Pinheiro da Motta Coelho

Considerarei-te sempre o meu
melhor amigo; obrigado pela
estima com que me tens dis-
tinguido.

Ao meu prezado amigo e condiscipulo

Dr. Alberto Julio Pinto Villela

Um affectuoso abraço.



Ao meu amigo e contemporaneo

Antonio Fanzeres

Um abraço de despedida.

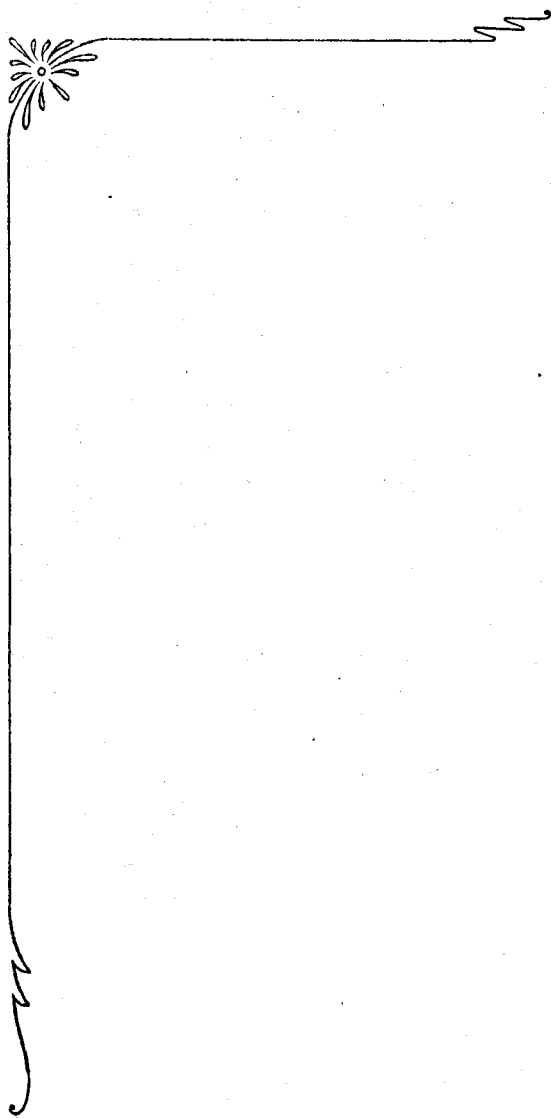
Aos meus amigos

Aos meus condiscipulos

Aos meus contemporaneos

Ào meu Presidente de These

Prof. ALVARO TEIXEIRA BASTOS



Remato agora o tirocinio escolar com este trabalho escripto.

Cheio de esperanças accumuladas durante a longa travessia d'um curso e alimentadas pela leitura de muitas paginas bellas que a litteratura medica possue, onde não falha o deleite do romance ou a harmoniosa musica da poesia, encontro o embaraço — e quem o não terá encontrado na minha conjunctura? — de deixar na Escóla um obolo de trabalho que torne a minha these digna de figurar ao lado das mais modestas que a mesma Escóla possue.

A sciencia não é bem o monopolio d'uma casta mas o fructo dos que já tudo leram. Não é ao sahir da Escóla, porém, onde pela vastidão dos conhecimentos se apprendeu apenas a orientação a seguir na busca do saber, que se pôde obter esse fructo.

Que falta para um estudo assim? Tudo: a observação d'um e d'outro doente a fornecer a semente para apparecer a hypothese; a preparação laboratorial para discernir os elementos quando pareçam semelhantes, juntar os que apparentemente sejam differentes; o criterio que só a intensa leitura e a longa experiencia podem trazer ao espirito.

É pois a resumida observação—visto que alguma coisa deveria aproveitar—que utiliso para fazer este trabalho. O assumpto suggeriu-m'o a novidade da ideia, que domina hoje a nosographia de muitas lesões articulares e que embora começada ha uns bons dez annos a introduzir-se no mundo scientifico, não tem, comtudo, entre nós, merecido a attenção dos clinicos.

Não lhe ajunto a critica que esses trabalhos ne-

cessariamente hão-de soffrer com os progressos da investigação cuidadosamente dirigida n'esse fim. Seria ousada a tarefa, se improficua não fosse, pelas lacunas que a cada passo se toparam em varios capitulos d'esse quadro morbido.

Na designação principal — Rheumatismo tuberculoso —, a curiosidade apparece, de saber o que seja um rheumatismo, — entidade legada pela medicina empirica e que até hoje tem permanecido em completo abandono nas investigações anatomo-pathologicas, tão ferteis em resultados para quasi todas as modalidades morbidas.

Etiologia e pathogenia do rheumatismo tuberculoso, principalmente a ultima, não só n'esta especie como em todos os outros rheumatismos, estão rodeados de verdadeiras incertesas.

É perfeitamente um quadro vagamente delineado, onde as figuras irão successivamente tomando fôrma, mas que permite já conceber a grandiosidade da ideia creadora.

Anima-me apenas o desejo da vulgarisação dos estudos já feitos pelos cooperadores entusiastas da obra de Poncet, salientando o valor que para a clinica advem do conhecimento das localizações articulares do virus tuberculoso, para as prevenir já que difficil se torna, muitas vezes, remedial-as.

INTRODUÇÃO

Considerações geraes sobre pseudo-rheumatismos infecciosos. Esboço historico.

O termo rheumatismo tem englobado successivamente estados pathologicos numerosos, dissimilhan-tes, ligados, comtudo, entre si por caracteres com-muns.

Baillou designava por esse termo as affecções dolorosas, fugazes, fluxionarias das partes externas, especialmente dos membros e das articulações.

A escola anatomica, (principios do seculo xix), considera como substractum anatomico do rheuma-tismo os «estados inflammatorios das membranas fi-brosas e da expansão tendinosa cuja organização e arranjo servem para a junção dos ossos entre si».

A escola organicista da primeira metade do seculo xix dava o nome de rheumatismo a toda a polyarthritis mais ou menos aguda, exceptuando as

arthrites cirurgicas. Os partidarios d'esta escola admittiam a possibilidade d'estas polyarthrites rheumatismas suppurarem, e que as arthropathias que sobreviessem durante a convalescença ou no curso de certas doencas infecciosas eram de natureza rheumatismal. A disposiçao diathetica preexistente seria a origem de manifestações diversas, tão variaveis na sua etiologia occasional como na sua evoluçao. Invocava-se o arthritismo para factos completamente differentes.

Estas ideias foram impugnadas por Teissier e depois por Laségue, que se esforçaram por separar do rheumatismo verdadeiro os rheumatismos que suppuram. Procuraram referir a especies nosologicas distinctas as affecções articulares, de marcha rheumatismal, que se originam no decurso de diversas doencas. Bouillaud notou tambem que ao lado do rheumatismo articular verdadeiro existiam certas arthrites, dependentes de estados infecciosos diversos, a que deu o nome de pseudo-rheumatismos.

Comtudo só depois da famosa discussao na sociedade medica dos hospitaes em 1866, em que as ideias de Bazin sobre a diathese arthritica foram vivamente atacadas, é que os pseudo-rheumatismos começaram a ser considerados como uma especie nosologica diferenciada.

Além do rheumatismo blenorragico descreve-se então uma série de affecções similares, geradas por estados morbidos muito differentes uns dos outros : a escarlatina, a erysipela, a angina, a variola, diph-

teria, dysenteria, sarampo, grippe, syphilis e outras affecções, podiam dar localisações articulares a que se lhes deu o nome de pseudo-rheumatismos.

Em 1881 Bouchard assignala d'um modo claro os caracteres dos pseudo-rheumatismos, isolando definitivamente do rheumatismo verdadeiro as polyarthritides de natureza differente e formúla a seguinte lei de pathologia geral: « todas as doenças infecciosas podem apresentar entre as suas manifestações contingentes, determinações articulares, distinctas do verdadeiro rheumatismo, com o qual se confundem clinicamente, e dependendo da infecção geral da economia quer essa infecção seja uma doença primitiva ou uma infecção secundaria ».

Esta lei de pathologia geral tem sido confirmada pela observação clinica e pelas investigações bacteriologicas d'estes ultimos quinze annos.

Egualmente se tem notado que a suppuração é muito frequente n'estes pseudo-rheumatismos.

As ideias de Bouchard foram rapidamente vulgarisadas e inspiraram quasi todos os trabalhos publicados sobre o assumpto, nomeadamente os trabalhos classicos de Bourcy, de Lapersonne e Marfan.

Descreveram-se desde então as arthropathias da maior parte das doenças infecciosas conhecidas e classificadas, e ao lado d'ellas os pseudo-rheumatismos infecciosos de causa desconhecida, pseudo-rheumatismos infecciosos propriamente ditos.

Estes eram os dois grupos em que se dividiram então os pseudo-rheumatismos.

Widal (*Rhumatismes et pseudo-rhumatismes, Paris, 1910*), não concorda com essa divisão sob o ponto de vista pathogenico pois que as investigações bacteriologicas demonstraram que as arthropathias que se manifestam no decurso de doenças infecciosas podiam ser devidas ao agente especifico ou a agentes vulgares de infecções secundarias. Além d'isso muitos pseudo-rheumatismos são «funções da streptococcia, staphylococcia, pneumococcia, como a arthrite blenorragica é função da gonococcia».

Grande numero de factos tem mostrado a natureza infecciosa dos pseudo-rheumatismos da blenorragia, da erysipela, infecção puerperal, de diversas pyohemias, da pneumonia, escarlatina, febre typhoide, diphteria, variola, sarampo, dysenteria, grippe, syphilis, mômro, etc., bem como dos pseudo-rheumatismos consecutivos ás anginas. Hoje crê-se mesmo na possibilidade d'um pseudo-rheumatismo infeccioso como complicação d'um ataque de rheumatismo verdadeiro (Widal).

Não nos demoraremos sobre a historia das descobertas bacteriologicas relativamente aos liquidos articulares nos casos de pseudo-rheumatismos. O exame bacteriologico do derrame articular só excepcionalmente revela o microbio especifico da infecção primitiva. Frequentes vezes isolam-se microbios de infecções secundarias e o maior numero de vezes não se obtem nenhum parasita.

As poucas doenças em que o germen especifico foi encontrado ao nivel das articulações lezadas são

a blenorragia, pneumonia, febre typhoide além das varias manifestações da streptococcia.

Nas arthropathias da blenorragia póde dizer-se que o gonococcus é o microbio que se encontra mais raras vezes.

Umas vezes isolam-se germens pyogeneos vulgares e quasi sempre as investigações são infructiferas.

No curso da pneumonia notam-se varias vezes arthrites suppuradas por infecção secundaria, causadas geralmente pelo streptococcus; comtudo ha casos em que o pneumococcus foi isolado do liquido articular.

No pus das arthropathias da erysipela muitas vezes encontra-se o streptococcus só ou associado ao staphylococcus. Outras vezes não se encontra nenhum microbio.

Os pseudo-rheumatismos da febre typhoide, em virtude da sua raridade, são mal conhecidos sob o ponto de vista bacteriologico.

As arthrites são devidas muitas vezes a infecções secundarias. Comtudo ha observações em que o bacillo de Eberth foi isolado.

Orloff e Colsi fizeram experiencias em coelhos com culturas de bacillos typhicos que permitem contar o bacillo de Eberth no numero dos poucos microbios especificos de que se tem podido até hoje verificar bacteriologicamente a acção sobre as articulações.

Nas arthropathias d'origem diptherica não é pos-

sível encontrar-se o agente etiologico ao nivel das synoviales visto que o bacillo de Löffler não é susceptivel de generalisação; o mesmo acontece varias vezes com microbios que se generalisam; por exemplo no curso da streptococcia.

Como é que o agente pathogeneo vae dar á articulação doente?

Por via lymphatica e por via vascular sanguinea.

A prova d'isso é-nos fornecida ha muito, tanto pela experiencia como pela observação clinica. Inoculando no sangue d'um animal um microbio pyogeneo, e lesando-lhe uma articulação, o microbio em circulação colonisa, em geral ao nivel do ponto traumatizado e ahi determina um foco de suppuração.

As experiencias de Hermann, continuadas por Kasperek, mostraram que a secção do nervo sciatico favorecia a localisação dos staphylococci circulando no sangue, em todas as partes do membro privado de innervação.

Em alguns casos em que o exame bacteriologico fica infructuoso podemos admittir que o microbio já desaparecera do liquido articular no momento em que se fizeram as observações.

N'esse caso terá sido absorvido pela phagocytose, ou a arthrite será unicamente d'origem toxica?

É um facto muitos rheumatismos infecciosos comportarem-se como rheumatismos toxicos. Nem admira por que os microbios pelas toxinas que ela-

boram, e pelos venenos que originam no organismo sobre que actuaem, obrigam a comportar-se como toxhemias as infecções geraes e certas infecções locaes. N'essa ordem de ideias a experimentação tem dado resultados absolutamente positivos.

Charrin mostrou que a injeção de 4 a 5 gottas de cultura pyocyanica esterilisada na synovial de animaes determinava suppuração e lesões graves da articulação. É de crêr que seja devido a uma toxhemia que a diphtheria se complica de arthropathias.

*

*

*

Feitas estas rapidas referencias á bacteriologia e á pathogenia dos pseudo-rheumatismos, entraremos no estudo d'aquelle que é, verdadeiramente, o objecto d'este trabalho: *o rheumatismo tuberculoso*.

CAPITULO I

Rheumatismo tuberculoso em particular

Ao rheumatismo tuberculoso está intimamente ligado o nome de um clinico illustre: Antonin Poncet.

Póde dizer-se que é unicamente aos seus trabalhos, ou por elle inspirados, que o rheumatismo tuberculoso hoje é conhecido e figura no numero dos pseudo-rheumatismos infecciosos.

Não porque se ignorasse completamente as relações do rheumatismo e da tuberculose, pois que já em 1845 Bonnet as assignalava no seu tratado de doenças das articulações e mais tarde Trousseau, Gueneau de Mussy, Cornil, Laveran, descrevem a coexistencia do rheumatismo e da tuberculose, se bem que ainda não descortinassem claramente as relações d'essas duas affecções. Gübler descreve com o nome de «pseudo-rheumatismo tuberculoso» accidentes rheumatoides.

Apesar da observação de Laveran em 1877 d'um

caso de granulia articular das synoviaes do joelho, ainda nem então as arthrites rheumaticas d'origem tuberculosa foram inscriptas no quadro nosologico.

Em 1890 Lannelongue e Mauclaire, injectando tuberculina em animaes, obtiveram resultados semelhantes aos de Charrin, por meio de culturas de bacillos pyogeneos, produzindo arthropathias causadas pela intoxicação tuberculosa.

Comtudo é a Poncet que cabe a honra de fazer a synthese d'esses factos isolados, de dar uma descripção completa d'essas variedades de pseudo-rheumatismos e de precisar-lhes a pathogenia das suas diversas manifestações clinicas.

Em 1897 n'uma comunicação feita por elle ao Congresso Francez de Cirurgia, sobre o pseudo-rheumatismo chronico, ficou o assumpto bém definido. «O rheumatismo tuberculoso, nascido da observação clinica, revela-se immediatamente com todas as modalidades dos outros rheumatismos infecciosos». (Poncet).

Definiu então rheumatismo tuberculoso: «um conjunto de manifestações articulares devidas provavelmente ás toxinas do bacillo de Koch e podendo produzir-se em todo o individuo tuberculoso ou fortemente predisposto; manifestações articulares caracterisadas não por lesões fungosas, suppurantes, destructivas, como no tumor branco ordinario, mas ao contrario por lesões irritativas de tendencias fibroplasticas, analogas ás dos pseudo-rheumatismos infecciosos das quaes podem clinicamente revestir todas

as fórmãs, desde a simples arthralgia á ankylose completa».

Desde que todas as doenças infecciosas produzem fluxões e originam um rheumatismo, a tuberculose, doença das mais infecciosas, não podia fazer uma excepção.

Poncet estabelece *provas clinicas, anatomo-pathologicas e experimentaes* justificando a existencia do rheumatismo tuberculoso.

Observemos cada um d'esses argumentos.

PROVAS CLINICAS.—Dá a maxima importancia á «lei das coincidencias», segundo a qual phenomenos pathologicos multiplos, apparecendo n'um mesmo doente, no mesmo infectado, dependem em geral da mesma infecção causal. Assim, diz: se n'um individuo attingido de blenorragia, indemne de outra qualquer infecção, toda a manifestação articular espontanea, deve ser considerada, *a priori*, como de natureza blenorragica, da mesma fórmula sobrevivdo, sem motivo, uma arthrite n'um tuberculoso, deve ser referida a tuberculose antes de mais nada».

Effectivamente as manifestações articulares rheumatismaes são muito frequentes nos tuberculosos: 15 a 17 %.

Comtudo ha casos em que o rheumatismo é clinicamente primitivo, apparecendo-nos como primeira manifestação da tuberculose até então ignorada, podendo o foco bacillar estar escondido nos ganglios thoracicos ou na medulla ossea.

As osteo-arthrites tuberculosas consecutivas a manifestações articulares rheumatismas são instructivas sob o ponto de vista da pathogenia e da natureza do rheumatismo que as precedeu. Especialmente quando o doente é attingido de rheumatismo poly-articular agudo, localisando-se depois n'uma unica articulação, que se torna lentamente fungosa.

Por vezes as localisações rheumatismas estão tão intimamente relacionadas ás lesões tuberculosas, que não admitem a menor duvida sobre a sua pathogenia e etiologia. Rondet e Poncet narram casos de rheumatismo tuberculoso consecutivo á supressão accidental da tosse em tuberculosos declarados.

Em geral n'esses doentes quando as perturbações pulmonares melhoram, manifestam-se as localisações articulares e vice-versa, uma arthrite rheumatismal desaparece a seguir a uma hemoptyse.

PROVAS EXPERIMENTAES. — Consecutivamente a injecções de tuberculina tem-se observado grande numero de arthralgias, synovites agudas, etc.

Milian com uma injecção de tuberculina como meio de diagnostico, obteve uma arthrite rheumatismal em articulações até então indolores.

PROVAS ANATOMO-PATHOLOGICAS E BACTERIOLOGICAS. — Das tres especies de arthrites rheumatismas consideradas: *rheumatismo tuberculoso com reacção especifica* —; *rheumatismo tuberculoso sem especificidade anatomo-pathologica, mas com especificidade*

bacteriologica e —; *rheumatismo tuberculoso sem especificidade anatomica nem bacteriologica*, é esta a que mais tem prendido a atenção dos observadores. É em arthrites d'essas que o tumor branco se origina posteriormente.

Dó conhecimento etiologico d'essas arthrites é que nasceu a concepção da tuberculose inflammatoria (Poncet).

Já nos Archivos internacionaes de cirurgia, 1903, Poncet disse:

A tuberculose não é unica nas suas manifestações. Ao lado dos casos em que se traduz por edificações anatomicas caracteristicas, é susceptivel de gerar lesões banaes, indo da congestão fugás á esclerose definitiva, que não tem de especifico senão a sua etiologia. Póde, sob essa fôrma, attingir todos os órgãos e tecidos. O rheumatismo tuberculoso não é mais do que a localisação d'ella nas serosas e nas synoviales, comprehendendo tambem as lesões abarticulares, que podem produzir-se no curso ou na occasião d'um accesso rheumatismal».

Fazem larga referencia á tuberculose inflammatoria L. Bernard, Gougerot e Broden. Aquelles dizem que essas reacções inflammatorias não differem em nada das produzidas por outras infecções e que são incontestavelmente d'origem tuberculosa.

Broden fazendo experiencias no epiploon do coelho dá-nos a conhecer toda a série de lesões inflammatorias das serosas. O primeiro acto mórbido, diz, consecutivo á inoculação bacillar é um simples phe-

nomeno inflammatorio exsudativo; só mais tarde é que a agglomeração das cellulas irritadas constituirá folliculo tuberculoso. De modo que bacillos pouco virulentos produzem só ligeiras inflamações: congestão, estado catarrhal das suas superficies, exsudações fibrinosas, etc., e nunca lesões anatomicas especificas.

Pathogenia

Sobre a pathogenia do rheumatismo tuberculoso apresentam-se tres hypotheses que á falta de completa demonstração, comtudo concorrem para a interpretação dos factos clinicos, indiscutíveis.

1.º TOXINAS BACILLARES DIFFUSIVEIS.—O bacillo acantonado em qualquer parte do organismo segrega toxinas, que lançadas na torrente circulatoria vão fixar-se em certas articulações produzindo ahi determinadas lesões, consequencia da intoxicação bacillar.

2.º VENENOS ADHERENTES.—Por esta hypothese crê-se na acção local e especifica do agente. Não se reconhece ao bacillo de Koch a propriedade de produzir a distancia, por meio das suas toxinas, lesões inflammatorias. A tuberculose torna-se então uma doença d'intoxicação local, encontrando-se a lesão só onde o bacillo está localizado.

Este modo de vêr foi defendido por Auclair e explica a pathogenia das manifestações tuberculosas

segundo o predomínio das materias gordas extrahidas do bacillo de Koch: etherina e chloroformina. Ora Daculafoy, Griffon, Poncet e outros, raras vezes encontraram o bacillo em manifestações de tuberculose articular, bem como neoformações especificas na synovial. Porisso esse processo parece estar condemnado a caducar apesar dos interessantes resultados obtidos por Auclair.

Resta a «acção directa do bacillo». Esta hypothese tem sido defendida por Arloing que chegou mesmo a obter por meio de culturas dos bacillos humanos uma especie de bacillos de Koch, produzindo só ligeiras lezões infecciosas. Aventou a opinião de que o rheumatismo tuberculoso talvez fosse uma variedade de tuberculose obtida experimentalmente. Isto é, o rheumatismo tuberculoso seria um rheumatismo microbiano, dependendo d'uma disseminação dos bacillos nos tecidos.

Poncet, depois d'uma criteriosa analyse d'estas hypotheses pathogenicas, diz:

«A tuberculose inflammatoria, o rheumatismo tuberculoso que ella tem como consequencia, são função do virus tuberculoso no sentido mais vasto e mais extenso, dado a esse termo.

Todos os modos d'acção concedidos a essa toxi-infeção podem intervir, para o produzir. Toxiniano, toxi-infeccioso, o rheumatismo tuberculoso é um dos mais bellos typos que ha de rheumatismo infeccioso».

N'uma discussão ácerca da pathogenia do virus tuberculoso sobre as articulações atingidas ¹, Poncet, disse que era o caminho directo, isto é, a localização immediata do veneno sobre as serosas articulares, sobre as extremidades osseas, como o attesta a transformação *in situ* d'arthrites a principio simplesmente inflammatorias em arthrites francamente tuberculosas com fungosidades, absessos, pus, etc.

A via nervosa não se póde contestar, visto que é ella utilizada em grande numero de arthropathias d'outra pathogenia. A via organica precisa de demonstração. É preciso o conhecimento de signaes locaes de modificações thyroideias.

Comtudo, muitos auctores fallam da origem thyroideia do rheumatismo chronico.

É certo que o rheumatismo thyroideu é devido a uma insufficiencia do corpo thyroideu.

Ora os trabalhos de Roger demonstram que esta resulta d'estados infecciosos, portanto o rheumatismo thyroideu n'um tuberculoso, não é mais do que uma modalidade da tuberculose-rheumatismal. O rheumatismo é thyroideu mas o thyroidismo é de natureza tuberculosa.

¹ Bulletin et mémoires de Société des Hôspitiaux, juillet 1909.

CAPITULO II

Estudo clinico do reumatismo tuberculoso

Da mesma fôrma que para os outros reumatismos infecciosos, Poncet adoptou a divisão em tres grandes classes das especies do reumatismo tuberculoso: 1.º Fôrma arthralgica; 2.º Arthrites agudas ou sub-agudas mono ou poly-articulares; 3.º Arthropathias chronicas.

Apezar de serem todas importantes sob o ponto de vista clinico, diagnostico, prognostico e tratamento, estudaremos principalmente as arthrites tuberculosas agudas e sub-agudas. Tambem não podemos occupar-nos do reumatismo tuberculoso abarticular, que abrange todas as manifestações extra-articulares da tuberculose inflammatoria.

O seu conhecimento é importante, não só no ponto de vista da pathologia geral como para a clinica; a sua extensão é tal, que apezar de ainda em estudos raros são os órgãos em que se não tenha

encontrado. Contudo n'este trabalho referir-nos-hemos ás relações que affectam entre si a fôrma articular e abarticular.

I. Arthralgias

Com esse nome, Poncet, comprehende o conjuncto, de manifestações rheumatoides mais ou menos localisadas nas articulações. Essas dôres locaes ou a distancia foram bem descriptas por Weil com o nome de perturbações nervosas nos tuberculosos ¹.

São uma fôrma frequente de rheumatismo tuberculoso. Trebeneau na sua these sobre a frequencia do rheumatismo tuberculoso nas tuberculososes visceraes e locaes, Lyon, 1902, apresenta 19 casos de arthralgias em 84. O seu conhecimento é importante por que póde ser a primeira manifestação d'uma tuberculisação latente no periodo de germinação, e que dentro em breve se revelará por symptomas alarmantes.

São vulgares nas crianças e por vezes confundem-se com as dôres do crescimento e com simples arthrites, que não sendo reconhecidas a tempo podem ter por consequencia o apparecimento de tuberculosos graves. Ora na evolução d'essas arthralgias notam-se

¹ Rev. de med., juillet 1893.

certas particularidades, que, bem observadas, podem prever a sua origem verdadeira: attingem de preferencia as grandes articulações, anca, joelho, espadua e cotovello; comtudo é frequente a sua localização na columna vertebral, difficultando ainda mais o seu diagnostico. Em geral são dôres surdas, augmentando com os movimentos; espontaneas tambem. Barbier ¹ distingue as hyperesthesias articular, ossea e muscular, como os tres principaes symptomas das arthralgias. Poncet considera a fôrma ossea e muscular como manifestações abarticulares da tuberculose rheumatismal.

A hyperesthesia articular revela-se por dôres espontaneas ou provocadas, surdas mas augmentadas pelos movimentos ou fadiga. A articulação não se apresenta tumefacta nem com qualquer modificação objectiva; comtudo a pressão da interlinha articular é dolorosa.

O facto capital a notar n'estas hyperesthesias é a ausencia de signaes objectivos; nem vermelhidão nem tumefacção das partes molles. Além d'isso observa-se, como em todos os pseudo-rheumatismos, uma resistencia absoluta ao tratamento ordinario do rheumatismo, nomeadamente á medicação salicylada.

No adulto o diagnostico d'estas arthralgias tuberculosas mais difficil se torna por causa de duas infecções

¹ Bull. Med., 21 mars. 1903.

que podem dar dôres analogas, blenorragia e syphilis. Ora das arthralgias blenorragicas Fournier e Ricord fizeram uma boa descripção. «As arthralgias blenorragicas attingem uma ou mais articulações e são muitas vezes symetricas. Parece que têm uma localisação electiva nas pequenas articulações e particularmente nas do pé. As dôres são d'intensidade variavel, sem congestão, tumefacção nem deformação. Desapparecem com o repouso. Duram mezes, ás vezes com estalidos, revelando uma synovite subaguda ou chronica.

Vê-se, pois, que as arthralgias blenorragicas differem das tuberculosas unicamente na maior tendencia que apresentam em atacar as pequenas articulações da extremidade do membro inferior, emquanto que a arthrite tuberculosa attinge de preferencia as grandes articulações e manifesta mais tendencias para a chronicidade. N'este caso tem o maior valor a historia do doente e os antecedentes da doença além do exame da urethra.

Nos casos de co-existencia de blenorragia e tuberculose o diagnostico só póde ser esclarecido pela observação demorada, pela analyse da evolução das lesões locaes, bem como do apparecimento de accidentes novos. Mais embaraçoso se torna o diagnostico dos phenomenos dolorosos secundarios da syphilis e da arthralgia bacillar, na ausencia de phenomenos secundarios concomitantes e da cicatriz do cancro duro.

Resumindo: as arthralgias tuberculosas offerecem

difficuldades de diagnostico, quando se manifestam em sujeitos indemnes de tuberculose, aparentemente, pelo menos, ou em quem as lesões são de tal modo ainda insignificantes que só pela lei das coincidencias de Poncet as podemos relacionar á tuberculose. Em alguns casos, porém, a evolução permite fazer um diagnostico retrospectivo. Com effeito, se muitas vezes na evolução da arthralgia tuberculosa se nota a integridade ulterior physica e funcção da articulação, pôde comtudo ser o preludio de lesões especificas n'uma articulação ou n'uma viscera, tumor branco do joelho, mal de Pott, lesões pulmonares. Ás vezes é por arthralgias que começa a fôrma aguda do rheumatismo tuberculoso.

II. Rheumatismo tuberculoso agudo e sub-agudo

«Esta segunda fôrma de rheumatismo tuberculoso é caracterizada por uma ou mais arthrites agudas, ou sub-agudas, dando o quadro clinico do rheumatismo articular agudo franco (doença de Bouilland).

Menos frequente que a fôrma arthralgica é, comtudo, melhor notado em vista da tumefacção e phenomenos inflammatorios locaes que apresenta. De todas as fôrmas do rheumatismo tuberculoso é a que mais se confunde com o rheumatismo poly-articular agudo. Demais os seus signaes clinicos são quasi

identicos, apenas se apresentam ligeiras particularidades no começo e na terminação. Póde mostrar-se por acessos successivos separados por longos intervallos de acalmia. Umas vezes desaparece rapidamente ou persiste por muito tempo com periodos de exacerbação e remissões. Percorre quasi todas as articulações, joelho, anca, cotovello, punhos, etc., ou então persiste n'uma determinada articulação seguindo-se-lhe depois o rheumatismo chronico deformante, cuja confirmação tem sido diversas vezes apresentada por varios exemplares de que Poncet faz largas referencias e ultimamente Milian n'uma communicação feita na Sociedade Medica dos Hospitaes de Paris.

Paul Martin ¹ apresenta grande numero de observações de osteo-arthritis tuberculosas consecutivas ao rheumatismo articular agudo tuberculoso. E Poncet no seu livro sobre o « Rheumatismo tuberculoso » faz a descripção de casos verdadeiramente curiosos de ankyloses consecutivas a arthritis rheumatismas tuberculosas agudas, que se assemelham ao rheumatismo blenorragico.

Portanto, só as circumstancias em que estas arthritis e arthralgias se encontram é que nos fazem conhecer a sua natureza bacillar.

«O rheumatismo articular agudo sobrevem em

¹ Thèse de Lyon, 1905-906.

tuberculosos confirmados ou em sujeitos até então saudáveis, ou mais ou menos suspeitos d'infeção bacillar. O interesse clinico não é o mesmo nos dois casos. Nos primeiros é um episodio d'um prognostico variavel, que póde conduzir a lesões articulares geraes, mas que não modifica essencialmente a situação pathologica. Nos segundos, o rheumatismo abre a scena e toma sob todos os pontos de vista uma importancia de primeira ordem» (Poncet).

Esta é a base que Poncet estabelece para a divisão em duas grandes variedades, cujo estudo faremos a seguir:

- 1.º Rheumatismo articular agudo tuberculoso primitivo;
- 2.º Rheumatismo articular agudo tuberculoso secundario ou consecutivo.

Rheumatismo articular agudo tuberculoso primitivo

Esta fórma de rheumatismo tuberculoso, tanto sob o ponto de vista clinico como prophylatico tem uma grande importancia.

Às vezes constitue a primeira e unica manifestação da tuberculose em sujeitos anteriormente sãos ou tidos como taes.

Mailland, em varios artigos publicados na *Ga-*

zeta dos Hospitais, de Paris, insiste na necessidade d'um diagnostico precoce, d'onde poderá, ás vezes, depender o futuro d'um doente, e mesmo porque varias observações tem demonstrado que a infecção pôde exgotar a sua acção na articulação, e então seria importante poder, apenas declarada a doença, não só reconhecer a affecção, mas ainda estabelecer um prognostico.

Na descripção do rheumatismo articular agudo tuberculoso primitivo, guiarme-hei pelos estudos feitos sobre o assumpto por Mailland, Egman ¹, Cubertafon ², Barbier ³, Pèchinié ⁴ e especialmente pelos trabalhos de Poncet.

Poncet e Mailland distinguem-lhe duas fórmas principaes: a fórma aguda diffusa generalisada a varias serosas e a fórma sub-aguda simples.

Fórma aguda diffusa das serosas

«É caracterisada pelo apparecimento subito, em sujeitos com saude, muitas vezes com tendencia

¹ Thèse de Lyon, 1901.

² Des arthrites tuberculeuses à forme rhumatis-mal (Thèse de Paris, 1903).

³ Communications à la Société Médical des Hôpi-taux de Paris.

⁴ Polyarthrites aigües primitives d'origine bacillai-re. (Thèse de Lyon, 1903).

morbida, d'arthrites agudas com febre, dyspnêa, suores, etc., por symptomas geraes rapidamente graves. Dentro em pouco manifestam-se estados inflammatorios simultaneos ou successivos, em varias serosas: peritoneu, pleura, etc., acompanhados da recrudescencia dos symptomas geraes. As arthropathias, que ficam em segundo plano relativamente á malignidade das outras inflamações, persistem até ao fim». (Poncet).

Este typo clinico, diz o mesmo auctor, está eschematisado na observação de Besançon, communicada á Sociedade Medica dos Hospitaes, 1901, com o titulo de pseudo-rheumatismo tuberculoso — tuberculose generalisada das serosas. Resume-se no seguinte: uma mulher de 24 annos, até então com saude, é attingida bruscamente de polyarthrites agudas geraes d'apparencia rheumatismal.

Instituido o tratamento salicylado em altas doses, ficou durante 30 dias no mesmo estado até que apresentou signaes de endocardite, e dentro em pouco todos os signaes d'uma infecção geral grave localisando-se nas meninges, pleura, peritoneu, que a victimam em menos d'um anno.

Raynaud¹, analysando esta observação, diz: Este caso permite seguir todas as difficuldades de diagnostico que successivamente se apresentam em simi-

¹ Pseudo-rhumatismes infeccieux (Thèse de Paris).

lhantes circumstancias. Depois d'um periodo de começo affectando a marcha de um estado infeccioso grave qualquer, o apparecimento de manifestações articulares, impõe, por assim dizer, o diagnostico de reumatismo agudo verdadeiro.

Mas immediatamente dois factos: a improficuidade do salicylato e a longa duração, a tenacidade das poly-arthrites, tornam esse diagnostico pouco provavel. É evidente que se trata d'um pseudo-reumatismo infeccioso. Basta então pensar na existencia do reumatismo tuberculoso para conhecer immediatamente a verdadeira pathogenia d'esse pseudo-reumatismo, e as localisações pleuraes, meningeaes e peritoneaes, revelar-se-hão com os caracteres de infecções bacillares.

Fôrma aguda e sub-aguda simples

É, segundo Poncet, a fôrma mais vulgar assim como a mais util de conhecer bem, em vista do seu valor semiologico e da sua importancia nosologica. Considera dois periodos na evolução dos accidentes.

No primeiro periodo notam-se manifestações articulares agudas que dissimulam, pelos seus symptomas alarmantes, a tuberculose, ignorada, ainda latente. A segunda phase é caracterisada pelo apparecimento de lesões tuberculosas mais virulentas, n'uma articulação ou n'outro órgão qualquer, e pela evolução das arthropathias rheumatismaes do inicio.

Comprehende-se a importancia do conhecimento

precoce da origem real d'esse rheumatismo; porisso faremos a descripção pormenorizada dos seus symptomas e da sua evolução.

Mailland ¹, referindo-se ao rheumatismo tuberculoso primitivo assignala-lhe as seguintes particularidades:

«Póde terminar de varias maneiras, mas o seu começo é quasi uniforme. Manifesta-se por accidentes rheumatismas agudos ou sub-agudos de que é difficil, ás vezes mesmo impossivel no começo, reconhecer-lhes a verdadeira natureza. Os symptomas são os de uma synovite rheumatismal mono ou polyarticular, sobretudo. Ás vezes, como no rheumatismo verdadeiro generalizado, as articulações são attingidas em grande numero».

Esse pseudo-rheumatismo é insidioso; apresenta uma grande fixidez nas suas localisações, desapparece lentamente deixando muitas vezes vestigios da sua passagem; não attinge de novo a primeira articulação doente, como acontece, geralmente, com o rheumatismo verdadeiro. Em regra ataca poucas articulações. A febre é pouco elevada, mas o estado geral altera-se em breve. Complicações visceraes não existem, ou então estão sob a dependencia da tuberculose e não da arthropathia.

A polyarthrite aguda tuberculosa não se genera-

¹ Gazette des Hôpitaux, 23 juillet, 1903.

lisa tão frequentemente como o reumatismo verdadeiro e resolve-se menos vezes, não sendo em nada modificada na sua evolução pelo tratamento salicylado.

Este primeiro periodo constando de varios ataques successivos, separados por periodos d'acalmia, ou d'um só em que os accidentes se seguem sem interrupção, cuja duração pode ser de alguns dias a mezes, termina segundo um dos três typos clinicos seguintes :

1.º As arthropathias rheumatismaes desaparecem sem deixar vestigios, emquanto que se manifestam symptomas de tuberculose n'uma viscera ou n'uma serosa.

N'estes casos o primeiro periodo é em geral bastante curto; os phenomenos rheumatismaes melhoram progressivamente sem nenhum beneficio do estado geral, a febre persiste, o emmagrecimento continua depois do desaparecimento das arthrites, o doente tosse e o pseudo-rheumatisante torna-se um tuberculoso pulmonar, o maior numero de vezes.

2.º O reumatismo articular toma os caracteres d'uma arthrite fungosa, d'um tumor branco. As grandes articulações são em geral as atingidas.

As lesões, mais ou menos agudas, mais ou menos dolorosas, têm uma marcha variavel.

É vulgar, em fórmias relativamente benignas, vêr taes arthrites caminhar para a ankylose, e suppura-

rem só muito mais tarde, consequentemente a irritações repetidas.

3.º O reumatismo torna-se chronico, a tuberculisação não se faz. N'este caso as articulações atingidas, geralmente as das mãos e dos pés, apresentam o aspecto typico do reumatismo chronico deformante.

Nas grandes articulações, as lesões approximam-se das da arthrite secca ou da arthrite ankylosante plastica.

Esses tres typos raras vezes existem no estado puro, comtudo todas as observações podem agrupar-se em torno d'elles.

Como typo do primeiro modo de evolução, podemos citar, além de outras ¹, a observação de Grifon ²:

Um doente de 38 annos sem tara tuberculosa, entrou para o Hospital apresentando phenomenos de reumatismo agudo em varias articulações, sobretudo no joelho e tornozello direitos. N'esse periodo agudo, o diagnostico de reumatismo verdadeiro parecia evidente. Comtudo a inefficacia do salicylato e a evolução da polyarthrite fazem modificar o diagnostico. Os phenomenos geraes desaparecem, os phenomenos inflammatorios diminuem d'intensidade

¹ André Pèchiné (Thèse de Lyon).

² Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

na maior parte das articulações, mas o joelho direito é séde d'um derrame crescente, com todos os caracteres d'uma hyarthrose tenaz sem tendencia á regressão.

O diagnostico de pseudo-rheumatismo impõe-se. Eliminada a hypothese da origem gonococcica, á falta de antecedentes blenorragicos, e da natureza syphilitica, pois que o doente, apesar de syphilitico, não podia ser atacado de arthropathias originadas por essa infecção porque sendo essas proprias do periodo secundario, manifestar-se-hiam então, e nunca depois; Griffon, pensou então no rheumatismo tuberculoso, e esse diagnostico foi comprovado pelos methodos de laboratorio, obtendo resultados positivos tanto pelo cyto-diagnostico como pelas inoculações.

Como se vê, a evolução dos accidentes divide-se aqui tambem em dois periodos. No primeiro o doente parece ser um rheumatisante agudo. No segundo, a lentidão da marcha da doença, a persistencia das arthropathias, o insuccesso do salicylato de soda fazem pensar n'um pseudo-rheumatismo infeccioso.

Casos analogos de rheumatismo articular agudo tuberculoso seguindo-se-lhes lesões visceraes de natureza tuberculosa, apresenta-os Poncet bem como André Pèchiné, na sua these sobre «Polyarthrites agudas primitivas de origem bacillar».

Relativamente á terminação em resolução completa do rheumatismo tuberculoso simples, nos casos que offerecem a particularidade de cura completa sem deixar vestigios da sua passagem nas articula-

ções invadidas, Griffon diz: «Em face dos pseudo-rheumatismos chamados tuberculosos porque se manifestam em tuberculosos averiguados, ao lado dos pseudo-rheumatismos considerados como tuberculosos porque os vemos transformar-se finalmente n'um tumor branco ou n'uma meningite bacillar, devemos conceber um pseudo-rheumatismo tuberculoso ao mesmo tempo primitivo e susceptível de terminar por resolução, lembrando, n'uma palavra, no seu modo de aparecimento e na sua marcha, a evolução habitual da pleurisia franca sero-fibrinosa cuja natureza bacillar (Landouzy) é hoje unanimemente acceite.

Paul Martin¹ reuniu grande numero de observações em que o rheumatismo agudo tuberculoso é seguido d'arthrites fungosas, suppurantes. N'esses casos as arthropathias especificas podem apresentar formas anatomicas diversas: synovite fungosa ou plastica, com ou sem grãos riziformes, hydrops tuberculosus, etc.

Observações em que a forma aguda do rheumatismo tuberculoso evoluciona para qualquer forma de rheumatismo chronico, são igualmente apresentadas por Poncet e Mailland.

Além da polyarthrite aguda rheumatismal existe tambem a mono-arthritis rheumatismal aguda ou

¹ Osteo-arthr. tub. consecutives à manifestations articulaires rhumatismales (Thèse de Lyon, 1905).

sub-aguda, que póde dar lugar a difficuldades de diagnostico, (Broca, Gaz. des hôpitaux, 28 Janvier, 1904), nomeadamente com a hydarthrose traumática e o pseudo-rheumatismo blenorragico. Porisso Mailland dizia: ¹

«O rheumatismo tuberculoso primitivo tem uma significação muito differente do rheumatismo secundario. Sendo o primeiro indicio d'uma infecção bacillar em germen e ainda ignorada, o seu valor semiologico póde ser consideravel, porque se lhe conhecermos bem os caracteres, torna-se um signal revelador importante da tuberculose incipiente, e então merece attrahir particularmente a atenção.

Não quer isto dizer que essa infecção latente deva sempre e em todos os casos manifestar-se, nem que o pseudo-rheumatisante seja irremediavelmente condemnado a lesões mais graves de futuro.

Um foco bacillar em desenvolvimento póde muito bem cicatrizar-se e curar completamente sem se manifestar por symptomas apparentes. A pratica das autopsias revela todos os dias lesões tuberculosas dos pulmões curadas, de cuja existencia nunca se suspeitou durante a vida».

Poncet tambem diz que póde haver um rheumatismo verdadeiramente primitivo, em que a impregna-

¹ Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire, (Gaz-hebd. 1900).

ção tuberculosa foi articular *d'emblée* e devida a uma diffusão rapida dos bacillos ou das suas toxinas, sem localisação tuberculosa anterior, e que n'outros casos existe algures um fóco latente até então não diagnosticavel, d'onde partiram as toxinas».

Apesar de nem sempre se poderem fixar caracteres especiaes á symptomatologia do rheumatismo agudo tuberculoso, comtudo é possível n'um doente indemne de tara tuberculosa, emitir, perante accidentes articulares, a hypothese de rheumatismo d'origem tuberculosa, cuja confirmação será dada pelos methodos laboratoriaes.

«Em presença d'um rheumatismo, o que se deve demonstrar em primeiro logar, é que não é tuberculoso» (Poncet).

Rheumatismo articular agudo tuberculoso secundario ou consecutivo

Manifesta-se em individuos tuberculosos com lesões clinicamente apreciaveis. É bastante frequente. Relativamente aos outros rheumatismos (50 %) e em tuberculosos (20 %).

Pela sua symptomatologia e evolução em nada se distingue das arthrites primitivas. Sob o ponto de vista do prognostico podemos considera-lo como manifestação d'uma toxhemia incipiente, d'uma infecção prestes a generalisar-se e a aggravar o estado geral do doente.

Merecem especial referencia os casos de manifestações reumatismas apparecendo no curso de tuberculoses cutaneas: lupus, tuberculides, etc. Estes casos são frequentes.

A fôrma arthralgica e as arthrites agudas e sub-agudas são as mais vulgares manifestações reumatismas secundarias á tuberculose cutanea (Bouveyron, Pautrier).

Nos casos de reumatismo articular agudo tuberculoso secundario nota-se quasi sempre um balanço nitido entre os accidentes articulares e as lesões visceraes. Quando uns retrocedem, as outras aggravam-se. Desde que uma localisação grave appareça (osteo-arthritis suppurada d'uma grande articulação etc.), a fixação faz-se e o typo fluxionario e metastático desaparece (Poncet).

III. Rheumatismo tuberculoso chronico

Esta variedade de reumatismo tuberculoso foi o objecto dos primeiros trabalhos de Poncet que lhe attribue grande importancia clinica sob o ponto de vista do diagnostico, prognostico e do tratamento.

Segundo esse auctor esta variedade de reumatismo pôde succeder a um ou varios ataques de reumatismo articular agudo ou ser chronico *d'emblée*.

Sobrevem em tuberculoses de fôrma medica ou cirurgica, apesar de ser mais frequente no segundo periodo da vida, não é raro, comtudo, nas crianças

(Barbier). Reveste clinicamente a apparencia do rheumatismo chronico verdadeiro, com os seus signaes classicos. Póde terminar pela cura; mas o maior numero de vezes, é entrecortado de accessos sub-agudos e febris, com remissões incompletas, ao mesmo tempo que se aggravam o estado local e a impotencia funcional. Muitas vezes apparece como um rheumatismo primitivo. Poncet faz a descripção d'um caso d'esses que apresentou á Sociedade medica dos hospitaes de Paris (1907).

Se nas outras variedades de rheumatismo tuberculoso observamos fórmas determinadas, parallelas aos diversos typos do rheumatismo verdadeiro agudo ou sub-agudo, no rheumatismo chronico vêmos reunir-se modalidades clinicas ligadas entre si unicamente pela noção da longa duração d'essas affecções articulares. Até hoje ainda não se pôde fazer um estudo definitivo do rheumatismo chronico d'origem tuberculosa, bem como do rheumatismo chronico em geral.

Descrevem-se quatro variedades de rheumatismo chronico: a *poly-arthritis deformante tuberculosa*, as *poly-synovites chronicas*, a *arthritis secca senil* e o *rheumatismo tuberculoso ankylosante*. Poncet falla ainda n'um typo clinico correspondendo á *osteoporose rheumatismal* e que occupa, no rheumatismo chronico, o mesmo logar que as arthralgias no grupo dos rheumatismos agudos.

a. Polyarthrite chronica deformante tuberculoaa

Esta forma de reumatismo encontra-se em todas as idades. Barbier conta casos em que foram atingidas creanças de tres, dez e treze annos.

Berard e Destot ¹ dividem esses doentes em tres cathegorias: 1.º os individuos indemnes de manifestações tuberculosas pessoaes, mas de tronco bacillar; 2.º doentes cujas polyarthrites foram precedidas d'outras localisações tuberculosas, pulmonares ou visceraes: 3.º os doentes atingidos d'um tumor branco d'uma grande articulação, antes do começo das polyarthrites.

Isto é, o reumatismo chronico deformante tuberculoso pôde ser primitivo ou secundario.

Os aspectos clinicos do reumatismo deformante são numerosos.

As deformações articulares são independentes da evolução da polyarthrite e, geralmente, succedem-se n'uma ordem quasi constante.

Poncet, no seu livro de reumatismo tuberculoso, faz uma minuciosa descripção da evolução d'essas polyarthrites e das suas deformações articulares.

As lesões podem mostrar-se em todas as articulações mas de preferencia nas das mãos e dos pés, onde as deformações são mais notaveis.

Qualquer que seja o aspecto clinico que a poly-

¹ Congrès de chirurgie français, 1897.

arthrite deformante revista, evoluciona sem tendencia a abcessos e sem vestigio de inflamação suppurativa ou necrotica. Encontram-se ahi os mesmos processos intermittentes, as mesmas crises dolorosas mais ou menos agudas, como no rheumatismo chronico não tuberculoso: é pois illusorio procurar nos phenomenos locais, subjectivos ou objectivos, signaes sufficientemente pathognomonicos d'essa fórma, fóra das manifestações bacillares no passado ou no presente (Poncet).

Milian n'uma comunicação feita á Sociedade medica dos hospitaes de Paris, 19 de maio de 1910, apresentou um caso de rheumatismo tuberculoso deformante em que a radiographia mostra alterações osseas varias: attitudes viciosas, desgaste das cartilagens, osteophytos, luxações articulares, etc.

Berard e Destot ¹ tentaram uma differenciação radiographica entre a polyarthrite tuberculosa deformante e a polyarthrite rheumatismal simples.

Apezar dos aspectos radiographicos differentes, diz Poncet, «a tuberculose póde igualmente dar o schema radiographico da polyarthrite rheumatismal franca. A morphologia é insufficiente para fixar a etiologia d'um rheumatismo, e as classificações não podem basear-se na anatomia pathologica».

¹ Congrès de chirurgie. Paris, 1897.

b. Polysynovites chronicas

Com este nome designam-se certas lesões inflammatorias chronicas das synoviae articulares ou tendinosas com ausencia completa de deformações articulares ou osseas.

Podem ser chronicas *d'emblée* ou succeder a ataques agudos de rheumatismo ou a simples arthralgias. Tem a evolução e prognostico de todas as affecções analogas, a mesma symptomatologia das vulgares synovites rheumatismaes.

Muitas vezes coexistem com outras manifestações pseudo-rheumatismaes, com inflammções chronicas da mesma natureza das bolsas serosas, das bainhas tendinosas, dos dedos, das mãos, etc.

c. Arthrite secca senil

Este typo de rheumatismo tuberculoso do velho revela-se muitas vezes por dôres surdas e apparece lentamente.

O morbus coxae senilis é a mais caracteristica de todas as arthrites seccas senis (Poncet). A sua symptomatologia é a mesma da arthrite secca classica. A sua evolução local é muito lenta. Nas tuberculosos fibrosas a sua frequencia é notavel.

Por vezes, a verdadeira etiologia d'estas arthrites só é revelada pelo conhecimento de antecedentes tuberculosos hereditarios bastante accentuados.

d. Rheumatismo tuberculoso ankylosante

Todos os pseudo-rheumatismos, especialmente o blenorragico e tuberculoso, tendem para a ankylose, no caso em que não sejam hydropigeneos, e d'elles dependem todas as arthrites plasticas.

Sendo a tuberculose inflammatoria essencialmente plastica e edificadora, facilmente se reconhece o caracter fundamental d'essas arthrites ankylosantes.

Poncet affirma que o rheumatismo franco nunca pôde produzir ankyloses verdadeiras. «As pretendidas ankyloses rheumatismaes, a maior parte das arthrites plasticas ankylosantes dependem da tuberculose».

O mesmo auctor chega á conclusão de que todas as ankyloses espontaneas são d'origem toxi-infectiosa.

«O frio humido, o traumatismo, etc., não são senão causas occasionaes, provocadoras ou localisadoras d'um pseudo-rheumatismo».

Estas arthrites podem ser primitivas, isto é, anteriores a quaesquer manifestações tuberculosas, ou secundarias a manifestações agudas ou sub-agudas.

Observam-se n'ambos os sexos tanto nos individuos idosos como nos novos.

N'aquelles é mais frequente a fôrma vertebral.

Distinguem-se duas fôrmas: uma generalisada, outra mono-articular.

I.^a FÓRMA POLYARTICULAR GENERALISADA.—Inicia-

se d'uma maneira lenta e insidiosa ou mesmo bruscamente com reacções locais e gerais intensas (febre, arripios, suores, emmagrecimento, etc.)

As articulações tornam-se então dolorosas, sendo impossível a menor mobilização voluntária ou passiva.

Por vezes a ankylose produz-se sem as articulações revelarem grande intensidade do processo fluxionario e mesmo sem o doente soffrer grandes dores. Essa é quasi sempre funcionalmente completa e muitas vezes puramente fibrosa.

Nos processos muito agudos, sobrevem rapidamente a fusão ossea, como o demonstra a prova radiographica.

Comtudo, no caso de varias articulações serem atingidas, nem todas se ankylosam.

Mouriquaud, interno dos hospitaes de Lyon, e Poncet apresentam casos typicos d'esta forma de reumatismo chronico.

Entre as mais curiosas e mais interessantes localizações d'este reumatismo tuberculoso ankylosante, contam-se as ankyloses vertebraes, de que a ankylose simples e a spondylose rhysomelica de natureza bacillar são as modalidades melhor conhecidas. No capitulo das observações faço allusão a um caso de spondylite n'uma tuberculosa cirurgica.

Casos analogos descrevem Pic, Bombes de Villiers e Poncet.

2.º FÓRMA MONO-ARTICULAR. — N'este caso, o rheu-

matismo tuberculoso ankylosante apparece, em geral, bruscamente, como um rheumatismo verdadeiro. A articulação attingida mostra-se quente, vermelha, tumefacta e dolorosa e a ankylose succede a essa arthrite, sem haver atrophia precoce dos ossos e dos musculos e sem as dôres surdas, características do começo da carie secca. As lesões são unicamente da synovial com integridade do tecido osseo. A organização de exsudatos inflammatorios, fibrinosos, soffrendo a evolução conjunctiva, pôde produzir a synostose sem fungosidades nem tuberculos. Então só as provas clinicas, estudo do terreno, condições do doente, constatação, no momento do accesso rheumatismal, d'um fóco latente de tuberculose, susceptível de crear esse pseudo-rheumatismo, podem elucidar-nos sobre a natureza da doença (Poncet).

D'um modo geral o que caracteriza estas fórmas chronicas, é, sob o ponto de vista anatomico, a tumefacção mais ou menos consideravel das articulações doentes, com deformação progressiva das extremidades osseas articulares, e sob o ponto de vista da evolução um verdadeiro relaxamento articular, produzindo-se progressivamente, dando á articulação uma lassidão anormal. Crises dolorosas d'intensidade variavel, falta de tendencia aos abcessos e ás fungosidades, podendo obter-se crepitações á palpação.

O diagnostico com outras variedades etiologicas, rheumatismo chronico deformante, faz-se pelos antecedentes, pelas taras tuberculosas hereditarias, pela

idade, (o rheumatismo chronico apparece geralmente depois dos quarenta annos, e a polyarthrite tuberculosa aos vinte), e ainda pelos caracteres radiographicos alem da contraprova bacteriologica e experimental.

Conclusões sobre o diagnostico clinico do rheumatismo tuberculoso; enumeração de varios processos laboratoriaes de diagnostico

Como se viu, o pseudo-rheumatismo tuberculoso pôde apresentar modalidades clinicas numerosas e variaveis, difficultando sobremaneira o seu diagnostico preciso. Comtudo podemos lembrar alguns caracteres muito geraes communs a todas essas arthropathias.

Distinguem-se dos tumores brancos pela sua marcha aguda, organização polyarticular, ausencia de fungosidades e de pus, sua retrocessão muitas vezes espontanea e pelo retorno das funcções *ad integrum*, ás vezes em pouco tempo. Por outro lado o seu inicio brusco, as localisações a principio multiplas, retrocedendo pouco depois para fixar-se n'uma só articulação, o maximo duas, a improficuidade do tratamento especifico do rheumatismo franco e a tendencia á ankylose, são caracteres que lembram o aspecto clinico e a evolução dos pseudo-rheumatismos infectiosos.

De modo que a marcha geral do diagnostico consiste em eliminar o verdadeiro rheumatismo, a

tuberculose especifica, fazer o diagnostico de pseudo-rheumatismo infeccioso, pensar na origem bacillar d'esse pseudo-rheumatismo e tentar proval-o pela clinica.

Ha casos em que os methodos laboratoriaes, apesar de não estar estabelecido ainda o seu valor absoluto, se utilizam accessoriamente para confirmar um diagnostico incerto de rheumatismo tuberculoso primitivo.

Apesar d'isso, Poncet diz que é necessario saber dispensal-os no diagnostico do rheumatismo tuberculoso. Além de que a maior parte d'elles limitam-se a indicar que o doente é ou não tuberculoso.

Em dois doentes dos quaes apresentamos nas nossas observações chegou a empregar-se a cuti-reacção de von Pircket e Vallée, obtida por meio d'uma gotta de tuberculina depositada na pelle es-carificada.

A technica e evolução d'esse processo de diagnostico nos doentes a elle submettidos nas enfermarias da Escola e que tive occasião de observar, é a seguinte, conforme se acha descripta na these do meu condiscipulo Arthur Augusto Pacheco Dias de Freitas, da qual fez um estudo particular ¹.

Procedeu-se da seguinte maneira : depois da asepsia da pelle da região deltoide, fizeram-se tres sé-

¹ *Cuti-reacção de von Pircket*; These de Arthur Augusto Pacheco Dias de Freitas. Porto, 1910.

ries de escarificações com um vaccinostylo; cada série tinha duas escarificações distantes uma da outra dois millímetros, e occupava um dos vertices de um triangulo equilatero, tendo tres a quatro centímetros de lado. Estas escarificações foram feitas de maneira a não obter grande fluxo de sangue, mas sómente a produzir, no fundo da ferida, uma especie de orvalho avermelhado. Sobre duas séries de escarificações, collocou-se a cuti-tuberculina de Calmette, do Instituto Pasteur, de Lille, e, na outra, agua distillada esterilisada, para servir de testemunha; deixou-se seccar durante quinze minutos de exposição ao ar, e, em seguida fez-se um penso com gaze esterilisada.

Nos pontos escarificados, quaesquer que sejam as substancias empregadas, produz-se um ligeiro rubor, que se estende a uma pequenissima distancia de cada lado dos bordos da ferida e subsiste durante uma ou duas horas. Quando a crosta, que enche o sulco das escarificações, se fórma, o erythema desaparece, pelo menos nas escarificações testemunhas.

Nas escarificações recobertas com cuti-tuberculina, ou o erythema desaparece definitivamente, como nas testemunhas, ou desaparece e volta de novo, quando a reacção se torna positiva; outras vezes ainda, emquanto desaparece o erythema traumatico das escarificações testemunhas, persiste o das escarificações com cuti-tuberculina, estendendo-se progressivamente.

Depois de um tempo variavel, dá-se a elevação

da zona de reacção, formando-se uma pápula á superficie da epiderme, que se vê nitidamente de perfil ou se sente pelo tacto, passando o dedo sobre a zona reaccional. Algumas vezes a crosta é levantada por um exsudato esbranquiçado, que dá á escarificação um aspecto cremoso, e deixa sahir um liquido amarelado, quando se rompe. Ao mesmo tempo, ou pouco mais tarde, produz-se um outro phenomeno que tem grande valor, porque nos casos duvidosos torna-se o elemento mais importante de diagnostico differencial: é o *endurecimento*. A zona de reacção fórma um só bloco independente, adherente á derme, e movel sobre os planos profundos.

São tres, portanto, os caracteres communs a toda a cuti-reacção positiva: rubor, pápula e endurecimento.

O rubor, a pápula e o endurecimento ficam estacionarios durante tempo variavel, e, em seguida, a reacção diminue progressivamente, terminando por não deixar vestigio algum dos phenomenos que ahi se passaram.

Sicard considera quatro fórmas de cuti-reacção:

1.^a *Cuti-reacção negativa*: — as escarificações cobrem-se d'uma crosta escura sem zona inflammatoria.

2.^a *Cuti-reacção fraca*: — em volta de cada escarificação fórma-se uma zona avermelhada, erythemo-papulosa, sem confluencia com a zona erythematosa da escarificação visinha.

3.^a *Cuti-reacção media*: — dá-se a confluencia

erythematoso entre a zona inflammatoria das duas escarificações.

4.^a *Cuti-reacção forte*: — fôrma-se um bordalete edematoso em volta da pápula, e o tecido cellular subjacente ás escarificações torna-se séde de um edema de apparencia urticariana.

Nos casos duvidosos de diagnostico da cuti-reacção o endurecimento permite affirmar que se trata de uma cuti-reacção positiva, porque este endurecimento nunca existe quando a seguir á escarificação se produz uma simples zona inflammatoria.

Posto que a intensidade da cuti-reacção não esteja em relação, nem com a extensão, nem com a gravidade das lesões, é comtudo um meio commodo de tuberculo-diagnostico, do valor da injectão subcutanea de tuberculina e sem os inconvenientes d'essa.

A *ophthalmo-reacção de Calmette* como meio de diagnostico da tuberculose, é de valor muito relativo com a aggravante de poder originar uma conjunctivite.

O *séro-diagnostico* é um methodo laboratorial que pôde prestar esclarecimentos de grande valor quando a reacção é positiva.

O *cyto-diagnostico* não tem para as articulações o valor que tem para a pleura. Demais são raros os casos em que se pôde recolher liquido sufficiente para essa investigação.

Tambem não está ainda bem determinado o valor real da *experiencia pelo vesicatorio de Mérieux* (reacção thermica, n'um caviá artificialmente tuber-

culisado, pela infecção d'uma serosidade de vesicatório).

Finalmente a *inoculação ao caviá da serosidade articular* é o methodo laboratorial mais seguro e que dá muitas vezes resultados positivos sobre a natureza tuberculosa d'um rheumatismo.

Comtudo não tem um valor absoluto e nas formas arthralgicas é impossivel o exame bacteriologico. Além d'isso nos casos em que se pôde recolher liquido sufficiente para a inoculação, tem de se esperar muito tempo um resultado.

E as inoculações negativas nada provam. Podem só dar-nos a conhecer a pouca virulencia e o pequeno numero de bacillos, ou mesmo a sua ausencia, explicando-nos assim a existencia de fluxões articulares puramente toxicas provenientes d'uma tuberculose latente.

Prognostico e tratamento

O prognostico do rheumatismo tuberculoso varia segundo as condições individuaes, d'hereditariedade, idade, meio social, etc., e com a importancia de outras quaesquer manifestações bacillares.

O rheumatismo articular agudo tuberculoso primitivo, considerado em si não é perigoso e as suas complicações raramente o são. Um diagnostico precoce, um tratamento apropriado, immediatamente estabelecido tem uma influencia consideravel sobre o futuro do doente.

O seu prognostico parece, em geral, melhor que o do rheumatismo evoluçionando no curso d'uma tuberculose.

As lesões articulares e osseas não têm, a maior parte das vezes, a mesma gravidade que as que se estabelecem *d'emblée* nos tuberculosos. Tambem quando é necessario intervir cirurgicamente, é n'esta categoria de rheumatisantes que a operação conservadora dá os resultados mais lisongeiros, pois que «o periosseo, os tecidos visinhos, irritados, inflamados, mas não destruidos como nas outras osteoarthritides tuberculosas, mais virulentas, têm conservado todas as suas propriedades osteogenicas».

A arthrite plastica ankylosante é sempre de prognostico mais sombrio.

No rheumatismo secundario o prognostico é relativamente benigno.

Geralmente os tuberculosos rheumatisantes tornam-se refractarios ás fórmias graves da tuberculose.

Apenas diagnosticado o rheumatismo tuberculoso, sujeita-se o doente ao tratamento geral e local.

O tratamento é o de todo o tuberculoso: hygiene, repouso e boa alimentação associada a uma medicação reconstituente.

O tratamento local na fórmula mono-articular consiste na immobilisação n'um aparelho gessado para evitar a passagem á arthrite fungosa. A revulsão local, tintura d'iodo, vesicatorios e pontas de fogo, é util nos casos dolorosos. Geralmente o salicylato de soda e a antipyrina são inefficazes contra as crises

dolorosas. A cryogenina e a aspirina nos doentes em que as empregamos não deram melhor resultado. As fricções com pomadas de gaiacol ou salicylato de methylo seguidos do envolvero algodoado das regiões dolorosas, prestava ás vezes grande allivio aos doentes.

Empregamos em dois doentes o methodo de Bier que deu magnificos resultados bem como a applicação de vesicatorios, nas fórmulas articulares agudas com tumefacção e edema. A technica é descripta no capitulo das observações.

A heliotherapia, exposição directa ao sol das articulações doentes, tem produzido curas inesperadas.

Contra a tendencia á ankylose emprega-se a massagem, fricções e mobilisações progressivas.

O tratamento n'uma estação thermal é contra-indicado, em geral.

Moriez, cirurgião dos hospitaes de Nice, n'um relatorio ácerca da influencia do clima mediterrânico sobre o rheumatismo e os rheumatisantes, indica os bons resultados que os rheumatisantes tuberculosos podem obter com o clima marítimo principalmente depois d'uma permanencia demorada no littoral do Mediterraneo, durante a estação fria e humida.¹

O dr. Lévêque² preconisa o tratamento pelas cor-

¹ Congrès français de Climathothérapie et d'hygiène urbaine. Nice, 1904.

² Lévêque, Thèse de Lyon, 1903.

rentes continuas no rheumatismo tuberculoso primitivo de longa duração, tendendo á chronicidade. Apesar dos resultados lisongeiros que obteve, este methodo não tem sido muito applicado.

Tambem não temos experiencia d'elle, bem como da thyroidotherapia, que parece dar resultados em certas variedades de rheumatismo chronico.

Comtudo, o que importa principalmente tratar no rheumatismo agudo tuberculoso é o estado geral: o doente simples rheumatisante ao principio, póde tornar-se mais tarde um tuberculoso.

OBSERVAÇÕES

I.

A. P. F., sapateiro, 16 annos de idade, filho de Francisco Pinto, do Porto. Entrou para o Hospital de Santo Antonio no dia 9 de fevereiro com grandes dôres nos punhos e esses muito tumefactos, bem como dôres de cabeça e febre.

Ao exame directo apresentava o punho direito muito inchado até ao terço inferior do antebraço. Os dedos muito augmentados de volume, especialmente o indicador e médio, flectidos, sendo completamente impossivel estendel-os bem como imprimir-lhes o mais leve movimento.

O punho esquerdo apresentava-se tumefacto da mesma fôrma que o direito.

O pollegar direito estava muito encostado ao indicador parecendo mesmo collado.

Os punhos levemente edemaciados e violaceos.

HISTORIA DA DOENÇA.—Começou-lhe de repente. Trabalhou durante todo o dia e á tarde sentiu fortes dôres nos tornozellos e joelhos, custando-lhe muito a andar; dôres de cabeça, falta de appetite e impossibilidade de continuar a trabalhar pois que as mãos começaram tambem a doer-lhe e a inchar muito.

No dia immediato recolheu á cama sendo as dôres mais intensas e continuando a febre, cephalalgia e anorexia.

Passados dois dias veio á consulta ao banco do Hospital onde lhe deram um linimento com que fricionou as articulações doridas, fazendo-lhe muito bem ás dôres nas articulações do joelho e dos tornozellos.

Ás dôres nas articulações dos punhos não fizeram nada e, como persistissem com a mesma agudeza, recolheu ao Hospital no dia immediato.

Na enfermaria da clinica medica, onde permaneceu durante todo o tempo que esteve no Hospital, começou a tomar o salicylato de soda (5 grammas por dia), durante oito dias, de que não tirou resultado algum, pois que as dôres continuaram da mesma forma e a temperatura oscillava de 37°,3 de manhã a 39°,5 á tarde.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS—HISTORIA DO DOENTE.—Seu pae é saudavel. A mãe falleceu tuberculo-

sa aos 27 annos. Tem uma irmã que soffre do peito vindo frequentes vezes á consulta ao banco do Hospital. Tambem já teve dôres rheumatismaes no joelho.

Desde os doze annos que sente dôres thoraxicas do lado esquerdo. Teve o sarampo.

EXAME DO DOENTE.—Pelo exame dos differentes appparelhos notei:

Apparelho respiratorio.—Pulmão esquerdo, subacidez e ligeiras ralas na base anteriormente; pulmão direito, adiante, expiração soprada no vertice, bronchophonia, augmento de vibração, signal de Bernhein, dôr á pressão no primeiro espaço intercostal.

Apparelho circulatorio.— Pulso frequente, 96°.

Angulo epigastrico, 64. Micropolyadenia. Peso, 42^k,50.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA E TRATAMENTO.—As dôres nas articulações dos punhos conservam-se renitentes mau grado o uso prolongado do salicylato de soda, cryogenina, aspirina, e as applicações locais de pomada gaiocolada. Só ao fim de mez e meio é que começaram a diminuir de intensidade, conservando-se ainda a mesma tumefacção. O punho esquerdo, mais volumoso, apparenta, ao nivel da apophyse es-

tyloidea do cubito, uma deformação d'essa extremidade ossea.

A 28 de março a mensuração dos punhos dava o seguinte:

Perimetro no pulso direito, parte inferior 16 centim. Esquerdo, 16 centim.

Perimetro na raiz dos metacarpianos direitos, 21 centim. Esquerdo, 20 centim.

Perimetro na parte média do carpo direito, 20 centim. Esquerdo, 19 centim.

Com o uso da cryogenina (3 H. de 25 centigram. por dia), desde o dia 17 de fevereiro até ao dia 24 do mesmo mez, a temperatura baixou e teve como limite maximo á tarde 38°,7. De 24 de fevereiro a 2 de março, estando o doente no uso da aspirina (3 H. de 25 centigram. por dia) e depois tomando 4 colheres de sopa da solução de salicylato de soda a 5 %, a temperatura subiu mais attingindo á tarde 38°,9, com remissões diarias notaveis.

De 3 de março a 10 do mesmo mez com 6 colheres de salicylato de soda, a temperatura desceu um pouco, chegando em alguns dias a não ultrapassar 37°,6 de tarde. Comtudo as remissões diarias eram bem sensiveis.

Do dia 10 a 17 do mesmo mez recommçou o uso da cryogenina (2 H. por dia). Durante esse espaço de tempo a temperatura oscillou de 36°,5 de manhã a 37°,7 de tarde.

Começou a tomar então o oleo de figados de

bacalhau, de que fez largo uso durante o tempo em que esteve no Hospital ¹.

Sobrevindo-lhe n'esta occasião uma erupção erythematosa diffundindo-se discretamente pelo dorso, applicaram-se-lhe injeccões de biiodeto de mercurio (uma série de 10), e terminada a applicação d'ellas usou o soluto de iodeto de potassio a 5 % de que tomou 2 colheres por dia durante 10 dias. Este tratamento em nada influenciou a marcha da doença.

Pelos fins de março as dôres dos punhos estavam quasi completamente extinctas; a tumefacção, porém, persistia assim como a difficuldade de uma extensão ou flexão completa dos dedos. Durante os ultimos 15 dias do mez de março a temperatura conservou-se quasi normal, havendo apenas uma remissão de $\frac{5}{10}$ de grau.

Nos principios do mez de abril o doente mostrava-se animado e contente, pois que já podia imprimir movimentos activos, se bem que ligeiros, aos dedos da mão esquerda. Augmentara de peso quatro kilos, tinha appetite e já não apresentava a mais ligeira elevação de temperatura. Além da emulsão, fazia uso da poção de arseniato de soda, alternativamente com a de sulfato de strychnina.

A 11 de abril começou a applicar-se-lhe a tuberculina Jacob em injeccões.

¹ A 28 de fevereiro fez-se-lhe a cuti-reacção que foi positiva forte.

Não apresentou reacção febril.

No dia 18 nova injeccão de tuberculina; tambem não sobreveio a mais ligeira elevação thermica.

Á terceira injeccão de tuberculina, dia 25, apresentou a seguinte temperatura: antes 36°, depois 37°.

Tambem usou o cacodylato de soda em injeccões sub-cutaneas (uma série de 10).

Depois de terem desaparecido as dôres mais intensas, as expontaneas, conservaram-se os punhos ainda no mesmo estado de tumefacção. Esta desapareceu n'um praso relativamente curto, abreviando-se a resolução d'esse estado inflammatorio, com a applicação da faixa elastica, segundo o methodo de Bier.

A applicação da faixa era feita duas vezes por dia, de manhã e de tarde, e cada sessão demorava meia hora. A faixa era applicada no terço inferior do antebraço, um pouco acima da parte tumefacta, n'umas seis voltas, e apertada de modo que a circulação se não suspendesse, o que se reconheceria pela côr violacea e pelo arrefecimento da região hyperhemiada.

Devido ao methodo de Bier pôde o doente sahir do Hospital ao fim de tres mezes completamente curado e apresentando as suas mãos exactamente o mesmo volume.

Augmentara de peso proximamente oito kilos. As perturbações pulmonares diminuidas, não se notando á auscultação nenhuma rasas.

II

A. de J., 34 annos, jornaleiro, filha de Joaquim Marques, natural de Vizeu. Entrou para o Hospital no dia 29 de março indo logo para a enfermaria de Clinica Medica.

EXAME DA DOENTE. — Facies pallido e magro. As conjunctivas, labios e gengivas anemiadas. Queixa-se de dôres com sensação de calor no joelho esquerdo, por vezes tão intensas que lhe fazem passar as noites em claro. Suores vesperaes e nocturnos, estes mais abundantes. Na perna e pé esquerdos tinha acroparesthesia intermittente. Anorexia e palpitações.

EXAME LOCAL. — Pelle pallida, um pouco brilhante, com linhas azuladas.

Tumefacção ligeiramente fusiforme; as gotteiras

normaes tinham desaparecido. O joelho estava em semi-flexão e rotação externa. Á palpação notava-se a temperatura local mais elevada. Acima da rotula e na parte lateral esquerda, sobretudo posteriormente, reconhecia-se uma pseudo-fluctuação pouco notavel. Havia tres pontos em que a dôr á pressão era mais intensa: ao nivel da parte superior da tuberosidade anterior da tibia; o segundo um pouco para dentro e para cima, e o 3.º ao nivel do bordo inferior da rotula, 3 centímetros para fóra da linha média.

Mensuração do joelho esquerdo e do direito (para comparação):

	Joelho direito	Joelho esquerdo
Perimetro ao nivel da parte media da tuberosidade anterior da tibia	28 cent.	30 cent.
Ao nivel do vertice da rotula.	29,5 "	34 "
" " da parte media da rotula	31 "	36,5 "
Ao nivel da base da rotula .	30 "	38 "
A 5 centímetros acima da rotula	33 "	35 "

MOBILIDADE.—Movimentos activos e passivos impossiveis.

Apparelho respiratorio.—Pulmão direito, anteriormente, terço superior, ligeira sub-bacidez, especialmente, na fossa sub-clavea; inspiração breve e expiração reforçada, broncophonia. Posteriormente: sub-

bacidez no terço superior e murmurio vesicular diminuido na fossa supra-espinhosa.

Apparelho circulatorio. — Pulso pouco amplo, 80 puls. por minuto, com a tensão de 13 (Potain).

Havia ainda a notar polyadenia inguinal e ligeira hypertrophia de alguns ganglios carotideos.

HISTORIA DA DOENÇA. — Por ocasião da cheia de dezembro de 1909 molhou-se e pouco tempo depois appareceram-lhe dôres no terço inferior da côxa esquerda, augmentando com a marcha. Um mez depois o cotovello e joelho esquerdos eram séde, simultaneamente, de dôres com tumefacção.

Andara então appoiada a um pau, mas dentro em pouco via-se obrigada a recolher ao leito. Com o repouso as dôres acalmaram. Por varias vezes fez applicação de linimentos no cotovello, d'onde desapareceram as dôres assim como a tumefacção ao fim de 15 dias.

Como lhe sobreviesse a falta de appetite desde o apparecimento das dôres, emmagreceu bastante e sentia-se cada vez mais fraca.

HISTORIA DA DOENTE. — Em creança teve crostas de impetigo na cabeça, eczema retroauricular e escrofulas. Tem tido varios accessos de erysipela de face.

HISTORIA PREGRESSA. — A mãe é saudavel: nada sabe de importancia ácerca do pae.

Tem 2 filhos e ambos saudáveis.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA E TRATAMENTO. — As dores do joelho direito e do cotovello esquerdo desapareceram dentro em pouco tempo, fixando-se com tenacidade no joelho esquerdo. N'esta articulação as dores eram agudas e os movimentos impossíveis até a applicação do methodo de Bier. A pseudo-fluctuação chegou a ser tão nitida que se fez a punção; esta foi branca.

Começou a ser medicada, apenas entrou para a enfermaria, com o salicylato de soda, de que não tirou resultado algum, sendo por isso supprimido.

O tratamento local até ao dia 6 de maio consistiu simplesmente na applicação da faixa elastica, duas vezes por dia (manhã e tarde), produzindo-se uma hyperhemia passiva durante meia hora de cada vez.

A pseudo-fluctuação desapareceu rapidamente. As melhoras foram-se accentuando localmente. A 13 de abril já tinha appetite que foi augmentando successivamente.

As dores, que nos primeiros 15 dias, ora augmentavam ora diminuiam, foram desaparecendo pouco e pouco de modo que, não muito tempo depois da applicação de methodo de Bier, mal as notava a doente.

As medidas, tiradas a 16 de abril, ao nivel do joelho esquerdo accusavam o seguinte:

Perimetro ao nível da parte média da tub.

ant. da tibia	29 cent.
Ao nível do vertice da rotula	32 "
" " da parte média da rotula	34 "
" " " base da rotula	35 "
A 5cm acima da rotula	35 "

A 31 de março foi-lhe feita a cuti-reacção, resultando *positiva média*.

No dia 6 de maio iniciou-se concomitantemente ao methodo de Bier o de Velpeau (applicação de vesicatorios sobre a articulação doente).

A 22 de maio e a 8 de junho repetiu-se a applicação do vesicatorio.

Antes de sahir do Hospital a mensuração dos joelhos dava os seguintes numeros:

	Joelho dir.	Joelho esq.
Perim. ao nível da parte média da tub.		
ant. da tibia	29,3 cm.	29,5 cm.
Ao nível do vertice da rotula	30 "	30,5 "
" " " meio da rotula	33 "	33,5 "
" " da base da rotula	32,5 "	32,9 "
A 5cm acima da rotula	33,3 "	33,3 "

Já não sentia dôres ; podia flectir a perna em angulo recto e a extensão era muito regular, apesar de não ser completa.

Ao caminhar notava-se ainda ligeira claudicação. Comtudo a marcha é-lhe menos custosa do que a posição em pé firme. Á auscultação, havia no pul-

mão direito vestígios da primitiva modificação do timbre.

Durante os primeiros quinze dias da sua estada na enfermaria a temperatura oscillava de 37° de manhã a 38° á tarde. Durante o mez immediato ia de $36^{\circ},2$ de manhã a 37° á tarde e durante o restante tempo attingia á tarde $36^{\circ},8$ ou 37° e de manhã descia a $36^{\circ},4$.

Usou alternativamente os tonicos seguintes: Arseniato de soda, sulfato de strychnina. Glycerophosphatos e cacodylato de soda, em injectões.

Sahiu do Hospital a 30 de junho, tendo augmentado bastante de peso, com bom aspecto e contente com os resultados obtidos.

III

Maria Araujo, solteira, 18 annos, creada, natural de Famalicão.

Entrou para o Hospital no dia 7 de outubro de 1909.

EXAME DA DOENTE. — Apresenta as articulações dos pés e das mãos muito tumefactas e dolorosas; anorexia e febre. Á auscultação nota-se diminuição do murmurio vesicular no terço superior do pulmão direito, anteriormente.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — Os paes são vivos; tem sete irmãos todos saudaveis. O pae soffre dos ouvidos ha muitos annos. A mãe queixa-se frequentemente de dôres intensas nos ossos.

ANTECEDENTES PESSOAES. — Teve sarampo; fractu-

rou a perna direita pelo terço medio. O anno transacto esteve n'este Hospital queixando-se de dôres em varias articulações.

HISTORIA DA DOENÇA. — Em março de 1908 sentiu fortes dôres nos ossos dos pés, generalizando-se depois aos tornozellos e a quasi todas as articulações dos membros.

As articulações attingidas não apresentaram então a mais leve tumefacção. Em abril do mesmo anno entrou para o Hospital onde se demorou tres mezes em tratamento. Sahiu curada. Em fevereiro de 1909, novo acesso doloroso generalizado a varias articulações. N'esta occasião as articulações carpo-metacarpianas e dos tornozellos apresentaram tumefacção notavel.

A febre era constante.

Em outubro de 1909 teve de recolher ao Hospital apresentando a symptomatologia que acima fica descripta.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA E TRATAMENTO. — De 8 a 23 de outubro a temperatura era 37,°5 de manhã e 39° — 39,°2 á tarde.

Começou a ser medicada, apenas entrou para a enfermaria da Escola, com o salicylato de soda (cinco grammas por dia), durante 8 dias. As dôres não abrandaram de intensidade apesar de a temperatura ter descido sensivelmente.

Nos primeiros dias de novembro as dôres eram violentas; além do salicylato fizeram-se-lhe applicações de pomada de salicylato de methylo durante varios dias. A resistencia das dôres era constante.

Substituiu-se ao salicylato a aspirina (0,850), durante 5 dias. A temperatura era então elevada; contudo a influencia sobre as dôres foi quasi nulla. Empregou-se ainda a cryogenina (0,850 por dia). Em meados de novembro sobreveiu-lhe um ataque de grippe, durante o qual a febre chegou a attingir 40°,2 durante varios dias. Applicaram-se-lhe n'essa occasião injeccões de electrargol. A temperatura começou a decrescer com a antipyrina e quinino, e nos primeiros dias de dezembro desapareceu por completo, sahindo d'ahi a 20 dias livre das dôres, mas bastante enfraquecida.

O mais interessante n'este caso e á circumstancia de, a uma fórmula arthralgica do rheumatismo tuberculoso, sobrevir o rheumatismo tuberculoso agudo primitivo.

IV

Lucinda Augusta, 34 annos, viuva, natural de Figueira de Castello Rodrigo.

Entrou para a enfermaria de clinica cirurgica no dia 10 de xii de 1909; por causa d'um tumor branco do joelho esquerdo.

Dias depois de entrar para o Hospital queixou-se de dôres no thorax, lado direito e á auscultação notava-se o murmurio vesicular diminuido no vertice do pulmão direito, sub-bacidêz anterior e posteriormente, terço superior e ralas subcrepitanes.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA E SUAS COMPLICAÇÕES.—Quasi sempre febril, pulso hypotenso e tachycardico (100 pulsações). Erythema do terço inferior do ante-braço direito e esquerdo e da região dorsal das mãos.

Em março sobrevieram-lhe dôres muito agudas

na nuca, ao nível da sexta e setima vertebrae cervicaes, impossibilitando-a de fazer o mais ligeiro movimento com a cabeça.

Essas dôres persistiram durante março e abril com a mesma intensidade. Após o seu desaparecimento, deixaram uma deformação da apophyse espinhosa da sexta vertebra cervical, que se revela por uma saliencia espessa e irregular, simulando uma exostôse.

Estas complicações do lado da nuca, foram o aviso de que o estado geral se aggravava e que a bacillose talvez triumphasse do organismo. O rheumatismo tuberculoso apresenta aqui o interesse do prognostico. Effectivamente em maio apparece-lhe uma gomme costa-esternal direita (3.^a costella).

Á auscultação notava-se a generalisação das lesões tuberculosas a ambos os pulmões. O joelho esquerdo mais inchado, ankylosado e em attitude viciosa.

Anorexia, emmagrecimento e nos primeiros dias d'este mez começou a apparecer uma ascite que hoje muito a incommoda. Em 10 dias o abdomen avolumou extraordinariamente. O erythema que apresentava nas mãos e ante-braços, hoje não existe já. Prognostico grave.

TRATAMENTO LOCAL.— Pontas de fogo no joelho e na região cervical. Tambem se empregou o methodo de Velpeau. Linimentos diversos e o methodo de Bier. Os resultados obtidos foram pouco animadores

pois que o estado geral da doente conservou-se sempre precario. No dia 3 do corrente mez a gomma tuberculosa costo-esternal foi aberta e, depois de esvaziado o seu conteudo, lavada com agua iodada.

• TRATAMENTO GERAL. — O da tuberculose em geral com as devidas prescripções medicamentosas que as complicações requeressem. •

V¹

Francisco Antonio Lopes, de 41 annos, casado, de Alfandega da Fé, entrou para a enfermaria de Clinica Cirurgica em 1 de dezembro de 1908.

ANTECEDENTES. — Pae morto de tuberculose por hemoptyse fulminante; padecia bastante de rheumatismo e tinha ultimamente contracturas nas mãos e deformação nas ancas.

A mãe morreu d'uma lesão cardiaca. Conhece, na sua familia, quatro primos fallecidos de tuberculose.

¹ Esta observação é extrahida da these do meu collega e amigo dr. Eduardo Reis: "A tuberculose cirurgica," outubro de 1909.

Só teve uma irmã que falleceu de 7 annos. Tem quatro filhos: um são, e 3 bastante fracos, dois d'estes escrofulosos.

Teve aos 16 annos uma perturbação digestiva grave. Sezões differentes vezes: uma d'ellas durou nove mezes e apresentou todos os typos.

HISTORIA DA DOENÇA. — Data a sua doença de ha tres annos. Principiou a ter dôres erraticas em todo o thorax; em maio de 1906 principiou a doer-lhe o joelho esquerdo desaparecendo as outras.

Alguns dias depois inchou-lhe esse joelho com o aggravamento das dôres. A tumefacção desapareceu ao fim de tres dias e as dôres permaneceram. Por tres vezes, com grandes intervallos, lhe voltou a tumefacção, desaparecendo sempre com facilidade, se bem que nunca completamente.

Em fevereiro de 1908 voltou a tumefacção mas d'esta vez para não diminuir. Em 28 de setembro as dôres recrudesceram d'intensidade; além d'isso tendo sido no principio na parte interna da articulação, eram agora na parte externa.

Caracterisavam-se ainda por augmentarem quando se deitava, por perturbarem o somno e por acompanharem qualquer exercicio maior que desse á articulação.

EXAME. — Tem habitualmente o membro doente em extensão, unica posição em que, na cama, não tem dôr.

A flexão do joelho, activa ou passivamente, não vae além do angulo recto.

Ha tumefacção de toda a região do joelho, com desaparição dos fossetas rotulianas.

Não tem edema no resto do membro, nem perturbações, nem atrophias musculares. As extremidades articulares estão hypertrophiadas, principalmente a do femur.

Á pressão tem uma dôr intensa na interlinha articular, desde a rotula até o ligamento externo.

A região tem a rêde venosa superficial muito desenvolvida.

Não ha fluctuação.

Os perimetros comparados dos dois joelhos são: 0^m,310 na interlinha do direito e 0^m,337 no esquerdo.

TRATAMENTO. — Depois de uma applicação de pontas de fogo, foi prescripta a applicação d'um aparelho silicatado. A 18 de dezembro fêz-se-lhe a primeira sessão de applicação do methodo de Bier.

Antes d'este tratamento usou o doente a dose diaria de 1 gramma de iodeto de potassio, que pouco depois foi suspenso em virtude da intolerancia gastro-intestinal apresentada.

A hyperhemia diminuiu as dôres pouco e pouco, permitindo-lhe uns movimentos um pouco mais amplos tambem. Em 3 de janeiro, tinha já 16 sessões, seguidos d'um exito animador, quando lhe sobrevêm novamente as dôres intensas e a volta do movimento ao estado primitivo.

Lamentava n'essa occasião o doente que não lhe applicassem mais pontas de fogo, pois notara que ao primeiro lhe tinham trazido um allivio immediato. Fez-se-lhe a vontade, suspendendo-se o methodo de Bier desde essa occasião.

Teve varias sessões de pontas de fogo. A 21 de janeiro começou a fazer-se-lhe a hyperhemia activa, por meio de ventosas, durante oito dias.

Apezar das dôres terem diminuido desde a suspensão da faixa, e o doente ter recuperado os movimentos, apresentava, comtudo, dôres á pressão. As ventosas fizeram-nas diminuir cada vez mais e em 2 de fevereiro, quando pediu alta, podia caminhar com facilidade.

A tumefacção tinha diminuido bastante mas não desaparecido completamente.

Usou durante muito tempo o oleo de figado de bacalhau.

Proposições

Anatomia descriptiva. — O olho é uma colonia avançada do cerebro.

Physiologia. — Para as articulações, o movimento é a vida.

Therapeutica. — O rheumatismo syphilitico cede rapidamente ao tratamento especifico.

Pathologia externa. — A cataracta senil póde definir-se: um vicio marastico do cristallino.

Operações. — Rejeito a hemostase pelo processo de Momburg em individuos magros e em todos aquelles que apresentarem alterações cardio-pulmonares.

Partos.—Durante a gravidéz, por uma lei natural, a mulher deve interromper as relações sexuaes.

Pathologia interna.—Podemos reputar os reumatisantes como verdadeiros nevropathas.

Anatomia pathologica.—O rheumatismo agudo lambe as articulações e morde o coração.

Medicina legal.—A intervenção cirurgica n'um menor não deve depender da auctorisação paterna.

Pathologia geral.—Á qualificação corrente: os reumatisantes são barometricos, prefiro: os reumatisantes são hygrometricos.

Hygiene.—A luz do littoral mediterrânico europeu contraria a opacificação do crystallino.

Histologia.—O appendice é a amygdala do intestino.

Anatomia topographica.—A anatomia explica o accesso de tosse na exploração do canal auditivo.

Visto
Teixeira Bastos,
Presidente.

Póde imprimir-se
A. Brandão,
Director interino.

ERRATA

Pag. linhas.	Onde-se lê	Leia-se
28 21	sociedade medica dos hospitaes	Sociedade medica dos Hospitaes
31 24	Colsi	Colzi
32 2	Löffler	Löffler.
34 11	Gueneau	Guéneau.
36 21	a	á
36 29	thoracicos	thoraxicos.
39 3	folliculo	o folliculo.
40 8	Auclair	Auclair.
41	(nota)	Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, juillet 1909.
41 6	<i>in sittu</i>	<i>in situ</i> .
41 8	absessos	abscessos.
46 20	Bouilland	Bouillaud
47 30	o rheumatismo articular agudo	o rheumatismo tuberculoso agudo.
52 4	tuberculoso	tuberculoso
68 14	dos quaes	dos que.
72 1	infecção	injecção.
85 1	jornaleiro	jornaleira.
93 17	e á	é a.
96 15	costa esternal	costo esternal.
101 4	dos	das.
101 27	seguidos	seguidas.