

1212

1905

**ALGUMAS PALAVRAS**

SOBRE

**Arthrite Blennorrhagica Aguda**

123/10 ENC.

AGOSTINHO EMILIO DE SOUSA PINTO

---

*N.º 10.*

ALGUMAS PALAVRAS

SOBRE

# ARTHRITE BLENNORRHAGICA AGUDA

---

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

Typ. a vapor do PORTO MEDICO  
Praça da Batalha, 12-A

MCMV

*123/10 EHC*

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO INTERINO

ALFREDO DE MAGALHÃES

## Lentes Cathedrauticos

- |  |   |
|--|---|
| 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 . . . . .         | Illydio Ayres Pereira do Valle.   |
| 4.ª Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa. . . . .                   | Antonio Joaquim de Moraes Caldas.<br>Clemente Joaquim dos Santos Pinto. |
| 5.ª Cadeira—Medicina operatoria  |   |
| 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. . . . .  | Antonio d'Azevedo Maia.   |
| 9.ª Cadeira—Clinica cirurgica. . . . .   | Roberto Bellarmino do Rosario Frias.                                    |
| 10.ª Cadeira—Anatomia pathologica . . . . .                                      | Augusto Henrique d'Almeida Brandão.                                     |
| 11.ª Cadeira—Medicina legal. . . . .   | Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos.                                     |
| 12.ª Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica. . . . .             | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.   |
| 13.ª Cadeira—Hygiene . . . . .   | João Lopes da Silva Martins.  |
| 14.ª Cadeira—Histologia e physiologia geral . . . . .                            | José Alfredo Mendes de Magalhães.                                       |
| 15.ª Cadeira—Anatomia topographica . . . . .                                     | Carlos Alberto de Lima.   |

## Lentes jubilados

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| Secção medica. . . . .    | José d'Andrade Gramaxo                                     |
| Secção cirurgica. . . . . | J Pedro Augusto Dias.<br>} Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

## Lentes substitutos

- |                           |                                    |
|---------------------------|------------------------------------|
| Secção medica. . . . .    | J Vaga.                            |
|                           | } Vaga.                            |
| Secção cirurgica. . . . . | J Antonio Joaquim de Souza Junior. |
|                           | } Vaga.                            |

## Lente demonstrador

- |                           |       |
|---------------------------|-------|
| Secção cirurgica. . . . . | Vaga. |
|---------------------------|-------|

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

ALFREDO DE MACHADO

Medico Capataz

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

(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, artigo 153.º)

À memória de meu querido Pae

À memória de meu chorado irmão Carlos

À saudosa memória

de meu tio Guilhermino

À memoria

de Francisco Assis de Souza Vaz

DO CONSELHO DE SUA Magestade, COMMENDADOR  
DAS ORDENS DE NOSSO SENHOR JESUS CHRISTO E DE S. MAURICIO E S. LAZARO,  
DOUTOR EM MEDICINA, LENTE JUBILADO  
E DIRECTOR DA ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO, NASCIDO A 7 DE AGOSTO DE 1797  
E FALLECIDO A 6 DE ABRIL DE 1870

« Havendo projectado deixar um legado á dita escola para o seu rendimento ser applicado ao aperfeiçoamento e derramamento dos conhecimentos medicos, bem como a subsidiar alguns alumnos necessitados, e não tendo podido realizar tão util pensamento, foi este interpretado por sua irmã e herdeira D. Rita de Assis Souza Vaz, legando á mesma escola, e para o fim indicado, sessenta inscrições da divida publica nacional do va'or nominal de 1:000\$000 reis cada uma.»

EM TESTEMUNHO DE GRATIDÃO,

O. D. C.,

O ALUMNO PENSIONARIO,

*Agostinho Emilio de Sousa Pinto.*

A memória

de meus condiscipulos

Antonio Ferreira da Silva e Sá Junior

Luiz Filippe Gavião Felix

Antonio Feliciano Soares

A minha Mãe

A meu padrasto

A minhas irmãs

A meu cunhado

A minha tia Amalia

A meus primos

Accacio Pinto

Genserico Pinto

Aos meus parentes

Ao Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.

Pompeu Martins de Moura

e sua ex.<sup>ma</sup> Esposa

Aos meus condiscipulos

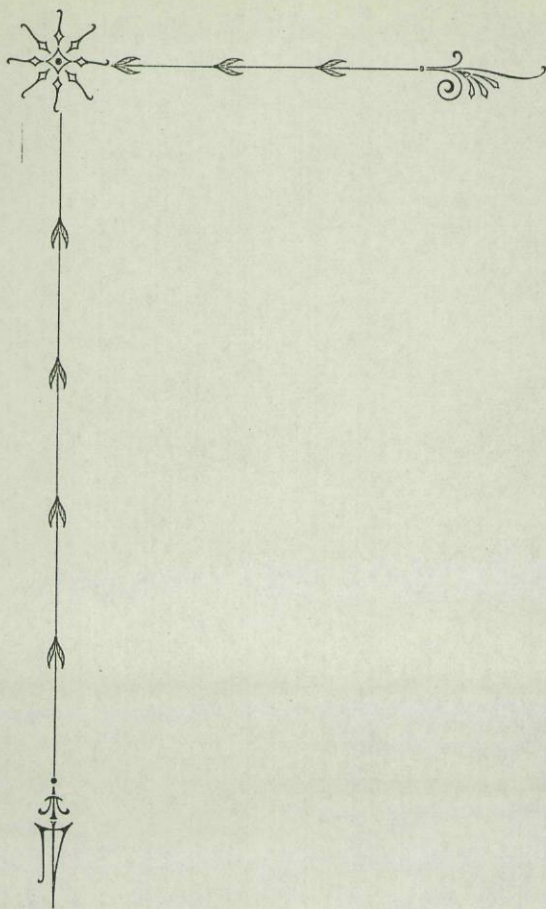
Aos meus contemporaneos

Aos meus amigos

**Ao meu presidente**

**o Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.**

**Prof. Dr. Illidio do Valle**



## PALAVRAS PRÉVIAS

Antes de tudo convem advertir que não se trata n'este presente trabalho d'uma obra acabada; ha n'elle apenas a revelação d'uma inteira sujeição ao espirito da lei que nos obriga a apresentar uma defeza de these com a aggravante de ser impressa.

E tanto mais custosa é esta tarefa quanto é certo que um estudante, ao cabo da sua carreira escolar, trabalhando para satisfazer ás exigencias dos professores e enfarinhado quasi sómente em questões especulativas, mal póde com firme criterio assegurar suas opiniões nos diversos e complicados casos que a clinica tem de investigar. Falta a larga experiencia que muitas vezes briga com a theoria, ou a obriga a remodelar seus dados.

Mas, n'este ligeiro trabalho, porque escolhemos de preferencia a outros assumptos A ARTHRITE BLEN-

NORRHAGICA AGUDA? A resposta é simples: quando nos era mister decidir pela escolha da materia a versar, subitamente revela-se n'um amigo nosso e commensal um caso de arthrite blennorrhagica aguda, que nos interessou deveras.

Por essa mesma occasião pudemos saber da existencia d'um outro caso e seguil-o com attenção; com estas duas observações não hesitamos em tratar o assumpto, que primeiro se nos deparou.

Abandonar, pois, este assumpto que tinhamos á mão, e em epoca de pensar a sério na execução do nosso desvalioso trabalho, seria perder a oppor-tunidade de cumprir um dever.

Em toda a deficiencia d'este trabalho uma unica coisa se salva: a vontade bem intencionada de não errar; portanto, á reconhecida benevolencia e abali-

sada illustração dos membros que hão de julgar-nos, fiamos esta dissertação, que, se bem que breve, é sufficientemente extensa para campo de reparos.

E sem mais preambulos, que por descabidos se dispensam, lembrando sempre aquelle dito latino— « esto brevis et placebis »—que tem aqui inteiro cabimento, entramos despretenciosamente no assumpto.

## INTRODUÇÃO

Torna-se preciso, antes de entrar no corpo do assumpto versado n'este trabalho, expôr duas palavras de esclarecimento.

As complicações geraes da blennorrhagia, primeiramente conhecidas, foram sómente as affecções articulares designadas pelo nome de rheumatismo blennorrhagico.

Alguns annos depois conheciam-se as synovites e ophthalmias blennorrhagicas, e mais tarde ainda accrescentavam-se a essas complicações, affecções da superficie cutanea, do tecido conjunctivo, do systema lymphatico, do coração e apparelho circulatorio, do systema nervoso central e peripherico, e até do rim.

O conjuncto d'estas complicações blennorrhagicas formaria o blenno-rheumatismo para alguns auctores, do mesmo que todas as complicações do rheumatismo constituem a affecção rheumatismal: para outros auctores, porém, o rheumatismo blennorrhagico é ainda hoje, como primitivamente, formado apenas pelas manifestações articulares blennorrhagicas.

Sem discutirmos de que lado está a razão, julgamos uma expressão má a denominação—rheumatismo blennorrhagico,—pois que ninguém pode precisar o que ella comprehende ou exclue; no emtanto temos de acceitar este termo, por isso que o uso o tem consagrado.

No decurso do nosso trabalho fallamos algumas vezes de blenno-rheumatismo, querendo referir-nos exclusivamente aos phenomenos inflammatorios articulares e peri-articulares.

A arthrite blennorrhagica pertence ao grupo das arthrites infecciosas; e, como o seu nome indica, é a inflammação articular, cuja causa se deve procurar na blennorrhagia.

Demonstrado, como está, que o gonococco é a causa efficiente da blennorrhagia, a designação—*arthrite blennorrhagica*—pode ser substituida pelo termo—*arthrite gonococcica*.

A arthrite gonococcica comprehende as formas arthralgia, hyarthrose, arthrite pseudo-nodosa e arthrites aguda e suppurada.

Deixamos a arthralgia e a hyarthrose, que nada têm que nos possa deter, e vamos direitos ao nosso fim, que é a arthrite blennorrhagica aguda; isto é, aquella que revela maior intensidade dos phenomenos inflammatorios, e a que mais vulgarmente se manifesta n'um blennorrhagico.

A nossa exposição é feita como é costume em todas as doenças; trataremos primeiramente da etiologia, e, successivamente n'outros capitulos, da pathogenia, symptomatologia, diagnostico, prognostico e tratamento.

## ETIOLOGIA

A arthrite aguda blennorrhagica, pela sua localização nas synovias articulares e tendinosas, foi por muito tempo confundida com o rheumatismo propriamente dito; e numerosos auctores chegaram a considerá-la como uma variedade de rheumatismo despertado pela blennorrhagia. Actualmente não se acredita na acção importante da diathese rheumatismal, e sómente a blennorrhagia é considerada a causa essencial da arthrite aguda blennorrhagica.

Para fixar esta opinião, geralmente aceita, muito contribuiu o professor Fournier que em 1869 dizia: « a blennorrhagia é a causa essencial, efficiente, indispensavel, dos accidentes rheumatismas, cujo conjuncto forma o rheumatismo blennorrhagico; é ella que os determina, e por si só basta para os produzir, independentemente de outra causa apreciavel ».

Posteriormente outros auctores, entre elles Duplay e Brun, descrevendo a arthrite aguda blennorrhagica, admittiam tambem a blennorrhagia como a causa directa da affecção.

Na sua these, em 1881, este ultimo auctor affirma que basta ter observado com cuidado as arthrites blennorrhagicas, analysar os caracteres especiaes e a evolução particular das arthropathias blennorrhagicas, para se ficar devidamente convencido de que na blennorrhagia está a causa primaria, essencial, da sua apparição.

A arthropathia blennorrhagica constitue pelas suas modalidades clinicas, pela sua origem e evolução, uma entidade morbida bem distincta do rheumatismo propriamente dito. Se esta ultima affecção tem apparecido em individuos que têm tido arthrites blennorrhagicas, nada no estado actual ou no passado pathologico d'esses individuos nos faz pensar na capital importancia da diathese rheumatismal.

A coincidencia das duas affecções, em rigor, é possivel, mas apresentam então caracteres clinicos proprios, que nos levam a reconhecer com certa facilidade a sua independencia pathogenica. O longo somno da diathese rheumatismal e uma acção tardia não explicam sufficientemente os casos de individuos que têm tido successivas blennorrhagias, e só a ultima d'estas se complicou de arthrite.

Não retirando á diathese rheumatismal um papel secundario, pelo menos, como causa adjuvante, negaremos comtudo a sua preponderancia n'esta affecção articular. Considerada a blennorrhagia como causa directa d'esta arthropathia, devemos ligar a faculdade, (que apresentam certos individuos), da generalisação da infecção gonococcica a duas causas, como em todas as infecções: uma inherente ao gonococco, virulencia extrema; e outra referente ao organismo, terreno favoravel á gonococcia.

Muitos auctores dão maior importancia ao terreno; e, se não podem dizer as qualidades pathologicas d'esse terreno, apoiam-se em considerações clinicas importantes. Assim a generalisação gonococcica apresentada em individuos com lesões urethraes, muito fracas, infinitesimales, e a repetição das complicações blennorrhagicas em individuos com successivas blennorrhagias são argumentos clinicos a favor do terreno.

Nem só a blennorrhagia urethral, isto é, a urethrite, é a causa d'esta complicação articular; ha arthrites consecutivas a ophtalmias blennorrhagicas, e até ha um caso proveniente de uma balanite blennorrhagica sem urethrite.

A raridade d'esta arthropathia no sexo feminino é mais apparente do que real, e já se não pode pensar que o blenno-rheumatismo seja apanagio exclusivo do sexo masculino. Até ha poucos annos via-se, pelos casos publicados, que o sexo masculino pagava um tributo mais pesado a esta complicação blennorrhagica; mas sabe-se hoje que tanto um como outro sexo são igualmente atingidos. Ha ainda quem attribua á urethra profunda um papel importante, e chegue a affirmar que, emquanto a urethrite gonococcica ficar localisada á parte pre-sphincteriana do canal, não se podem dar as condições necessarias para a existencia das complicações blennorrhagicas. Não podemos avançar tanto; ha casos em que a arthrite apparece effectivamente, quando a blennorrhagia está localisada á urethra profunda; e casos em que tal complicação não sobrevem nas mesmas condições.

Nas mulheres não tinham sido encontrados, como até no homem, alguns casos de arthrite blennorrhagica, porque, não sabendo os doentes relacionar sempre a af-

fecção venerea e a arthropathia, passavam esses casos a ser attribuidos a uma outra etiologia. Sob a rubrica de rheumatismo propriamente dito, tinham desaparecido verdadeiros casos de arthrite gonococcica.

Esta affecção articular dá-se de preferencia em individuos de 15 a 30 annos, mais proprios de contagio; mas pode tambem dar-se nos velhos e nas creanças. N'estas é a complicação ou consequencia de vulvo-vaginite, e frequentemente da blennorrhagia ocular, o que confirma não ser precisa uma urethrite para a producção d'esta complicação articular.

Em creanças de 2, 3 até 10 e 12 annos, até mesmo em recém-nascidos, tem sido encontrada esta arthropathia.

Deutschmann publicou os primeiros casos em 1890, e estabeleceu a identidade bacteriologica da arthrite e da conjunctivite no recém-nascido, verificando a presença de gonococcus n'uma arthrite de uma creança com blennorrhagia ocular. Numerosos casos tratados por diversos têm vindo confirmar este resultado.

É a articulação do joelho a mais frequentemente attingida n'estes casos.

As vulvo-vaginites diversamente explicadas, mas a maior parte das vezes provenientes do contagio por meio de roupas e outros objectos, são effectivamente uma causa de arthrite blennorrhagica.

A affecção articular aguda tem-se mostrado benigna nas creanças, curando sem deixar vestigiõs no espaço de quatro semanaes.

O frio e a humidade são invocados pelos doentes, como em varias affecções, para explicar a rasão do seu estado, e são exaggerados sempre em importancia. Não

gosando n'esta affecção o papel importantissimo que se lhes attribue no rheumatismo vulgar, devem comtudo ser considerados causas adjuvantes.

Os traumatismos, pancadas e quedas, a fadiga excessiva, o verdadeiro *surmenage* da articulação actuando n'um ponto d'esta do mesmo modo que um traumatismo chronico, criam um logar de menor resistencia e favorecem o apparecimento da arthrite.

É muito variavel a época do apparecimento d'esta affecção, sobrevindo tanto em pleno periodo da urethrite, como muito mais tardiamente.

Em geral, produz-se do 10.<sup>o</sup> para o 15.<sup>o</sup> dia da blennorrhagia, mas ha casos precoces do 5.<sup>o</sup> para o 6.<sup>o</sup> dia, e tardios de 30.<sup>o</sup> ao 60.<sup>o</sup> dia.

N'um dos casos por nós apresentados decorreu o periodo de 30 dias entre a blennorrhagia e o apparecimento da arthropathia.

A gravidade d'esta complicação não está de modo algum subordinada á abundancia da purgação, ao estado agudo da urethrite aguda, pois que doentes com uma purgação pouco importante têm uma arthrite aguda com dôres intensas.

O corrimento chronico, a gotta militar, pode dar origem a manifestações articulares muito agudas.

Ha casos clinicos, em que a purgação se resumia n'umas gottas de pús pela manhã, e as manifestações articulares eram intensissimas.

O grau de frequencia da arthrite gonococcica é diversamente apreciado; para a maior parte dos auctores é avaliado em 2 ou 3 por 100. É difficil dar ideia exacta da frequencia d'esta affecção, porque muitos casos ainda serão rubricados pelo rheumatismo.

Ainda que se procure systematicamente o diagnostico da arthrite, ha casos em que as lesões primitivas (urethra, prostata, utero, etc.) são tão minimas que o portador não se preoccupa com ellas.

A arthrite blennorrhagica pode invadir qualquer das articulações, mas a frequencia é desigual.

Attinge de preferencia algumas das grandes articulações; e pela sua ordem de frequencia invade em primeiro logar o joelho. Logo em seguida vêm o tarso, o carpo, o cotovelo, a espadua e as pequenas articulações. N'estas pequenas articulações, a affecção é muitas vezes consecutiva á invasão das grandes articulações.

Pode então dizer-se que o rheumatismo blennorrhagico não é sempre mono-articular, como se affirmava; e, pelo contrario, no começo é oligo-articular no maior numero de casos.

Quando os phenomenos inflammatorios se revelam principalmente n'uma articulação, ha manifestações blennorrhagicas do lado das synovias tendinosas e de certas bolsas serosas.

Esta affecção articular não se generalisa no mesmo grau que o rheumatismo vulgar; é antes oligo-articular, attinge 2 ou 3 articulações.

## PATHOGENIA

A microbiologia e a clinica têm-nos auxiliado muito no conhecimento da arthrite blennorrhagica, que é considerada uma affecção distincta, principalmente pelo seu ponto de partida — a blennorrhagia.

Bem assentes as origens d'esta affecção articular, não se sabe, comtudo, quaes os agentes pathogenicos que forçam a mucosa urethral ou ocular para se fixarem no organismo.

Diversas opiniões, que trataremos resumidamente, foram emittidas para explicar esta complicação blennorrhagica, e, em vez de se excluirem, parecem completar-se.

A primeira d'estas theorias é a do microbio especifico da blennorrhagia — o gonococco. Sómente este microbio, actuando por si só, localmente, como dizem uns, á distancia e pelas suas toxinas, como affirmam outros, é a causa efficiente d'esta arthrite.

A segunda theoria adduz como agentes os microbios ordinarios da suppuração, aos quaes o gonococco, pela sua acção destruidora das mucosas, teria aberto a a porta de entrada.

A terceira theoria é ecletica; reconhece o meio termo entre as outras duas, e affirma, por meio da existencia do gonococco e outros micro-organismos (pyococcos) nas articulações doentes, que uns e outros trabalham conjuntamente.

A favor da primeira theoria ha um certo numero de factos, diversas constatações do gonococco nas articulações atacadas.

Mas, a par d'estas investigações positivas, não se pode concluir que encontraremos sempre na articulação este microbio, e sómente as difficuldades de technica bacteriologica impedirão de o descobrir.

Estas difficuldades são realmente grandes, porque do gonococco é difficil obter a cultura; e tambem a sua vitalidade é fraca nos liquidos dos derramamentos articulares.

As observações negativas de gonococco e até d'outros microbios, a existencia somente de pyococcos, são factos apontados por diversos auctores de toda a probidade scientifica.

Enumeraremos, pois, umas e outras observações que mais nos prenderam a attenção, e que mais dignas de importancia se nos apresentaram.

Petrone em dous blennorrhagicos com arthrite do joelho encontrou o gonococco no sangue e no liquido do derramamento articular. Bouchard, no exame do sangue de quatro blennorrhagicos tambem achou o mesmo microbio. Bousquet, Harmonic, Hartley, Wertheim, Kam-

merer e Rendu, depois de algumas tentativas infructíferas, conseguiram igual successo.

Höck com liquido de duas punções de arthrites do joelho conseguiu preparações de diplococcus em tudo semelhantes ao gonococco; não tomavam o Gram, não se desenvolviam em gelatina ou gelose, mas só em meio especial. Em duas creanças com ophtalmia purulenta e arthrites com derramamento, este mesmo bacteriologista pôde verificar egualmente o gonococco. Neisser n'uma arthrite encontrou no liquido retirado pela punção diplococcus com todos os caracteres do gonococco.

Bordonni com o derramamento articular obteve o mesmo resultado pelo exame directo e por culturas. Pela inoculação d'estas a um homem novo e robusto, cujas ultimas relações sexuaes tinham sido quatro mezes antes, conseguiu para esse homem uma urethrite especifica. É um dos casos raros de inoculação a confirmar o exame microscopico e as culturas.

De nove casos observados por Hewes, dous foram concludentes. No primeiro d'estes, em pleno periodo da blennorrhagia, e quando varias articulações tinham sido atacadas, foi feito o exame do sangue repetidas vezes, e o resultado foi dos mais felizes. Todas as vezes encontrou um diplococco, que não se desenvolvia em gelose nem em gelatina e comportava-se com os corantes como o microbio de Neisser. O outro caso, comparavel ao de Bordonni, era de um individuo com uma urethrite intensa, ao qual um violento traumatismo tinha favorecido o apparecimento de uma arthrite. A inoculação confirmou o resultado das culturas, que tinham sido feitas cuidadosamente e reproduzidas grande numero de vezes por passagens successivas.

Burci e Respighi no exame de um derramamento de arthrite não encontraram micro-organismos; e em culturas o mesmo resultado negativo se lhes apresentou. Tendo sido, porém, aberta a articulação e semeada uma parcella da synovial, obtiveram gonococco.

Finger apresenta um caso curioso de uma creança que dez dias depois do nascimento apresentava uma ophthalmia purulenta e arthrites multiplas, do joelho, tarso, articulação temporo-maxillar, e que dentro de poucos dias morreu de um phleigmão do pescoço.

Aproveitado algum pus dos differentes focos para cultura, encontravam-se: no pús do phleigmão do pescoço, arthrite temporo-maxillar e sangue da orelha, estreptococco puro; no pús de uma perichondrite costal gonococco; no derramamento do joelho uma mistura de gonococco e estreptococco.

Na these de 1895, Raynaud publica um caso de dois abcessos, um na face interna do joelho e outro na face externa; somente um deu gonococco, e o outro microbios differentes d'este (pyococcus).

Ha curiosas investigações bacteriologicas feitas por Delbet em cinco doentes. Os microbios foram semeados em caldo addicionado de uma certa quantidade de liquido articular e nenhuma cultura deu gonococco, o que não é para admirar, visto que ella só se desenvolve em meios especiaes de cultura. Nas suas trez primeiras observações foram encontrados varios coccus e diplococcus; no quarto doente estaphylococco branco; no quinto o exame foi um pouco duvidoso, e só pôde ser affirmáda a existencia de coccus.

N'uma creança attingida quasi simultaneamente por

uma vulvo-vaginite, conjunctivite de ambos os olhos e dupla arthrite suppurada do punho e da anca, foram encontrados por Griffon, no pús dos diferentes focos, gonococco, estaphylococco e estreptococco.

A esta longa enumeração de casos, tão valiosa como necessaria n'este trabalho, visto que foi impossivel fazer o exame bacteriologico dos dois casos por nós apresentados, ha a oppôr os resultados negativos de grande numero de auctores, dos quaes não podemos duvidar.

Ha mesmo observações negativas a respeito de toda a especie de microbios, e, apezar de rigorosas, o seu numero não é pequeno, o que nos força a ponderar que estas complicações articulares podem ser produzidas pelas toxinas gonococicas reabsorvidas.

Seria então a blennorrhagia uma toxinemia.

Ha uma variante da theoria da infecção gonococica, admittindo uma origem sensitivo-reflexa das arthropathias, e baseada em curiosas observações de Pulpian, Charcot e Jacquet. Esta acção nervosa a distancia seria exercida pela irritação produzida pela lesão articular sobre os centros trophicos da medulla.

Com ella Jacquet explicava as osteopathias blennorrhagicas com perturbações trophicas e amyotrophias; e a clinica por outro lado, para se afirmar alguma consideração a esta opinião, mostra-nos a associação frequente com as lesões osseo-periosteas das perturbações trophicas cutaneas, variadas nevropathias, dôres sciaticas e a volta dos accidentes nervosos *pela fadiga nervosa* em blennorrhagicos curados.

Da ausencia mesmo de microbios de qualquer espe-

cie, como succede muitas vezes, não julgamos licito concluir a absoluta natureza nervosa das complicações blennorrhagicas, porque não sabemos se as perturbações nevrosas são anteriores ou secundarias a essas complicações. Inclina-mo-nos a acreditar que as toxinas gonococcicas tenham acção, n'estes casos, não directamente nas articulações, mas nos centros nervosos, determinando por meio d'estes as alterações articulares.

Pondo de parte esta opinião sobre a pathogenia da arthrite blennorrhagica, do que expuzemos resumidamente, é-nos permittido concluir que esta affecção articular é causada pelo menos n'um grande numero de casos, pela infecção gonococcica, isto é, que esses accidentes são produzidos ou pela migração do gonococco, fixação e pullulação nas articulações ou pelas suas toxinas.

N'um outro grupo de casos (são principalmente os que suppuram) não tendo sido encontrado o microbio de Neisser, mas só os pyococcus, julgamos poder affirmar que a genese das complicações articulares é devida a infecções secundarias. Para corroborar esta affirmacão sabe-se que a urethra é normalmente habitada (em parte) pelos pyococcus, e, portanto, desde que o gonococco mais virulentos que elles, lhes abre a porta de entrada, teremos a infecção mixta. O gonococco parece crear nos órgãos uma receptividade especial para os microbios das infecções secundarias, os quaes se lhe podem juntar, supplantal-o mesmo para prolongar os seus effeitos e até modifical-os.

De todas estas opiniões sabemos que a mais seguida é a da infecção gonococcica, pelas suas toxinas.

mas ficamos sem poder resolver de modo exacto a pathogenia d'esta complicação articular.

E d'esta nossa incerteza dão-nos razão a escassez dos exames necropsicos e histologicos, a bacteriologia e a clinica que ainda não nos garantem com o auxilio prestado á verdade da pathogenia.

## ANATOMIA PATHOLOGICA

O estudo das lesões anatomicas e histologicas que existem nas arthrites blennorrhagicas agudas, tem sido muito difficultado pela raridade das autopsias, pois estas affecções quasi nunca têm como resultado a morte.

Aquelles que se têm occupado d'este assumpto, lutam sempre com estas difficultades, e ainda até hoje poucas affirmações seguras se têm feito.

Á arthrotomia (intervenção sangrenta para o tratamento d'esta arthrite) se deve um grande auxilio no conhecimento das lesões, do estado da synovial e das superficies articulares; por ella tambem ficamos mais aptos a considerações sobre a natureza da ankylose resultante da arthrite de que nos occupamos.

No começo a serosa apresenta somente um ligeiro augmento d'espessura e congestão; mais tarde, no periodo agudo inflammatorio, torna-se muito espessa, bastante avermelhada, com apparencia carnuda e granulosa e ás vezes até com o aspecto da mucosa intestinal.

Um exsudato fibrinoso adhere á sua face profunda,

e ás vezes tanto que é preciso raspar com a unha para o separar.

Na arthrite do joelho, pelo effeito da incisão para a arthrotomia ou pela lavagem da articulação, sahe muitas vezes uma crosta esverdeada, fibrinosa, muito coherente, com a forma do fundo de sacco sub-tricipital.

Differentes córtes da synovial têm provado, alem de bons resultados bacteriologicos, caracteres microscopicos que não mencionamos, por não differirem sensivelmente dos que se encontram em qualquer processo inflammatorio articular.

Nas superficies articulares e até nas extremidades osseas visinhas da articulação, produz-se uma osteite com tumefacção, persistindo a deformação d'ellas mesmo depois do desaparecimento dos accidentes inflammatorios.

Em dois casos apresentados por Delbet e que necessitaram pela ankylose completa as reseccões dos cotovelos, encontraram-se essas alterações. No primeiro d'estes casos havia o desaparecimento d'uma pequena porção da cartilagem e de uma parcella de tecido compacto, tanto do lado da trochlea como do condylo.

Estas lamellas de tecido compacto tinham-se fixado d'um lado á cupula do radio, deixando em seu logar uma pequena excavação com tecido esponjoso a descoberto, e do outro lado a perda de tecido era dividida pelo humero e cubito, ficando o vértice da apophyse coronoidêa fixo á trochlea. Havia augmento de volume das extremidades osseas, o tecido esponjoso quasi normal e o compacto adelgado em alguns pontos.

O vertice do olecranio apresentava n'um pequeno

ponto osteíte e o epicondylo e a epitrochlea eram normaes.

N'este caso a ankylose era devida á soldadura das extremidades osseas e os phenomenos inflammatorios tao prolongados encontram explicação em differentes tentativas de mobilisação.

As lesões articulares do segundo caso são mais importantes. No condylo a cartilagem não existia em alguns pontos e n'outros estava mais delgada. Havia soldadura do humero e do radio, e, quando foi preciso flectir o ante-braço para cerrar mais facilmente as partes osseas a tirar, ella rompeu-se, indo fixar-se ao condylo humeral uma parcella do radio.

Na trochlea as mesmas lesões pelo que respeita a cartilagem, e na parte anterior d'aquella e bordo externo tambem havia soldadura do humero e do cubito, a qual se rompeu á custa do cubito. Na parte interna da trochlea havia perda de substancia n'uma extensão regular, e o tecido esponjoso rarefeito. No olecranio as mesmas lesões na cartilagem, a substancia esponjosa apparecendo a descoberto e uma lamella de tecido compacto fixo á trochlea. Na parte interna da cavidade havia uma pequena porção do humero solidamente ligada, que foi impossivel destacar sem a quebrar.

No radio, a cabeça era muito volumosa, e a cartilagem da sua cupula apresentava as lesões já referidas.

Um pedaço de condylo encontrava-se no centro da cupula e ao lado uma depressão correspondente á parcella d'osso fixa ao humero.

N'estes casos interessantes, como em muitos outros, a ankylose estabeleceu-se com uma promptidão desusada, e a situação dos doentes tornou-se mais aggra-

vada assim pela immobilitade das articulações. Para explicar a ankylose tem-se dito que á volta da articulação se estabelecem bridas fibrosas e que ha retracção do apparelho ligamentoso, dando em resultado a rigidez e a suppressão parcial ou total dos movimentos. Essas bridas têm sido observadas, e até tem havido quem tentasse pela secção sub-cutanea d'ellas terminar com a ankylose. A sua existencia incontestavel e tambem a soldadura articular dão á ankylose uma natureza fibrosa ou ossea. Como quer que seja, a terminação d'esta afecção articular pela ankylose está ligada a lesões da cartilagem e das extremidades osseas.

Pelas puncções feitas em articulações, mesmo a titulo therapeutico, desde muito tempo tem sido examinado, quer bacteriologicamente quer anatomo-pathologicamente o derramamento articular.

Publicamos do professor Laboulbène a analyse comparativa de trez derramamentos articulares, um de polyarthritis aguda rheumatismal, o segundo de uma arthritis traumatica com inflammação intensa, e o terceiro de uma arthritis blennorrhagica. Na inflammação rheumatismal uma mistura de synovia e d'um liquido soro-fibrinoso com bastante mucina; na arthritis traumatica um liquido turvo, purulento, com montões de leucocytos agglomerados em deposito granuloso; na arthritis blennorrhagica um liquido amarellado formado por serosidade viscosa, turva e purulenta, mas sem muco. Encontramos ainda em alguns auctores que o derramamento na arthritis gonococcica é filante e córado fracamente algumas vezes por sangue, o que denota a existencia de globulos rubros.

A quantidade de liquido é variavel com as formas

da arthrite blennorrhagica aguda. Com a forma em que predomina a tumefacção articular, o derramamento é, em geral, minimo, e, pelo contrario, é abundante quando o processo inflammatorio invade intensamente a cavidade articular. N'esta ultima forma podem obter-se 60 grammas de liquido ou uma quantidade mais consideravel.

## SYMPTOMATOLOGIA

Na arthrite blennorrhagica aguda ha a considerar um periodo prodromico, chamado tambem periodo de invasão e um periodo de estado.

Durante o periodo de invasão os doentes queixam-se sómente de dores nas articulações, dores vagas, de grande mobilidade, espontaneas e difficeis de provocar, e que não trazem comsigo diffculdade ás funcções articulares.

É o periodo de verdadeiras dores de arthralgia, pois que não apparecem n'elle nem alterações das articulações nem dos tecidos peri-articulares.

A sua duração é, em geral, de um ou dois dias, mas pode ser ainda de 7 ou 8 dias.

N'um dos casos que pudemos observar, o doente queixava-se primeiramente de dôres no joelho que duraram dois dias, e depois de tarso que lhe duraram mais tempo (6 dias). Entendemos a principio que tratar-se-hia da forma clinica (arthralgia) da arthrite blennorrhagica, mas passado aquelle periodo de tempo vimos no membro superior (carpo e cotovelo) os phenomenos agudos inflammatorios bem evidenciados.

Ha casos, porém, em que não apparecem estes prodromos, e os doentes entram logo no periodo de estado.

N'este periodo as manifestações violentas da affecção articular principiam na maior parte das vezes durante a noite, e consistem em uma dôr atroz, intoleravel, acompanhada de perto por uma tumefacção mais ou menos pronunciada, e seguida pouco tempo depois pela impotencia funcional. A dôr que é violenta principalmente quando a tumefacção é consideravel só com a persistencia de um tratamento adequado desaparecerá e não rapidamente pelo repouso. como se tem affirmado. Até á applicação d'esse tratamento ella conservará a mesma intensidade, apresentando periodos de diminuição durante o dia e de exacerbação durante a noite, pelo que é impossivel aos doentes a conciliação do somno. A dôr exaggera-se pelos movimentos da articulação. Quando queremos apreciar os movimentos, o doente evita-os, defendendo-se pela contracção muscular; e, se persistimos em fazer o menor movimento, veremos que elle se queixa afflictivamente do seu soffrimento.

O seu ponto maximo é na interlinha articular e n'esta mesma ha pontos d'eleição variaveis para cada articulação. Na espadua os pontos maximos de dôr são a gotteira bicipital e o vertice do cavado axillar. No cotovelo são as partes lateraes da interlinha articular e no carpo os vertices das apophyses. Para o joelho, esses pontos de eleição da dôr são muito variaveis, mas ainda as mais das vezes residem nas partes lateraes da articulação.

Em geral, pode dizer-se que os pontos de eleição da dôr estarão sempre nas partes da interlinha articular, menos cobertas de partes molles.

A tumefacção acompanha algumas horas depois a dôr intensa d'esta arthropathia e raras vezes a precede.

Poucas vezes se pode verificar o seu ponto de partida, porque o doente apparece-nos com todo o segmento articular invadido pela inchação.

O começo está determinado pela interlinha articular, mas a tendencia á diffusão em todas as direcções é extrema, para que se possa sem grande difficuldade notal-o.

A face dorsal dos membros é invadida mais apressadamente, e d'um modo mais completo pela tumefacção.

A face palmar e as faces lateraes são pouco depois invadidas, ficando então a articulação com uma forma quasi cylindrica.

Pelo menos no começo não se dá sempre esta deformação. Em certas arthrites do joelho a deformação é um pouco especial, sobretudo nas de grande derramamento primitivo seguido mais tarde de tumefacção periarthricular.

A parte da região abaixo da rotula é pouco invadida no começo e na parte superior d'este osso desenham-se os fundos de sacco da synovial distendidos, havendo um bordelete em forma de ferradura a tocar a rotula. A tumefacção nas arthrites do joelho é, ás vezes, tão extensa, que a podemos sentir até ao meio da perna, em sua face antero-interna e do lado da coxa até ao meio d'ella.

Na articulação do cotovelo a tumefacção tambem é grande, chegando a attingir em alguns casos o terço superior do braço e os dois terços superiores do antebraço. No carpo ha quasi sempre a generalisação a toda a

parte dorsal do punho e da mão. Tivemos ocasião de verificar nos nossos dois casos a grande extensão da tumefacção.

Deve dar-se um valor importante, mesmo sob o ponto de vista do diagnostico, á grande extensão edematosa, visto que o gonococco produz, pelo menos quando tem uma certa virulencia, um grande edema inflammatorio. É um facto da physiologia do microbio de Neisser, e, a confirmal-o, temos, além dos casos de arthrite, os edemas prepucial e peniano no começo d'uma blennorrhagia, comparaveis ao edema d'esta arthropathia.

A tumefacção provém de tres elementos differentes: o derramamento intra-articular, o edema peri-articular e o augmento das extremidades osseas.

O derramamento intra-articular seria para Brun e outros, d'estas tres causas a que possuiria menor valor; mas não é tanto assim, porque ha casos de grande derramamento intra-articular.

É preciso, pois, distinguir duas formas de arthrite aguda: a forma secca com pouco liquido articular e a tumefacção peri-articular pronunciada e a forma contraria, com grande derramamento intra-articular. Já na parte referente á anatomia pathologica notamos por este modo a variabilidade da quantidade de liquido articular e apresentavamos estas formas, que de resto têm os mesmos symptomas da arthropathia aguda. Nas formas secas, o edema dos tecidos peri-articulares é, em geral, duro, podendo excavar-se em *godet* e deixando a marca do dedo como em outros edemas; e é tão tenso que são impossiveis as prégas da pelle na região que invadir.

Para a forma especial com que ficam algumas arti-

culações mesmo depois da cura, foi admittida a terceira causa que pode ser verificada somente pela palpação profunda. Não é facil, atravez de partes molles com grande tumefacção, observar o augmento de volume das extremidades osseas, o qual apparece muitas vezes para completar com as osteopathias blennorrhagicas a gravidade da arthrite.

Nas grandes articulações, a não ser que haja inflamação das bolsas serosas ou das synovias tendinosas, não ha modificações no estado da pelle. Nas pequenas articulações a pelle apresenta a côr avermelhada ou rosea, como por exemplo, no carpo.

Esta côr avermelhada da pelle nota-se com mais clareza onde as partes attingidas pela inflammação são mais superficiaes.

A elevação da temperatura local e principalmente o seu augmento rapido são elementos de importancia para o diagnostico. Assim, n'uma arthrite de poucos dias, a temperatura pouco pronunciada até um dado momento, eleva-se rapidamente.

Ha ainda por vezes um outro symptoma local, falsa fluctuação, que nunca nos deverá enganar por uma collecção purulenta.

Dos symptomas funcçionaes temos a supressão rapida, mais ou menos completa, de movimentos e mais tarde o apparecimento muito frequente de movimentos anormaes.

Pela supressão dos movimentos, as diversas articulações tomam attitudes particulares.

No carpo a posição é recta, no cotovelo dá-se a semi-flexão e semi-pronação; no joelho é variavel a

attitude, mas frequentemente observa-se a flexão mais ou menos pronunciada e a extensão do pé.

São invocadas para explicar esta immobilisação a contracção muscular primitivamente, mais tarde a ankylose, e ainda a atrophia dos musculos visinhos da articulação invadida.

Como em qualquer affecção, n'esta existe a defeza pela contracção muscular e depois do desaparecimento da dor e dos phenomenos inflammatorios, os musculos tendo perdido a sua tonicidade são molles e não dão ao doente a possibilidade de executar os movimentos. Pela perda dos movimentos voluntarios existe para os doentes a sensação de que os seus membros são pesados, e esta atrophia muscular persiste mesmo durante algum tempo de tratamento pelas massagens, electrisação e banhos.

São pouco frequentes os movimentos anormaes, de lateralidade e extensão pronunciada. A explicação d'elles é-nos dada pela fusão e desaparecimento das cartilagens e não pela relaxação dos ligamentos.

O estado geral do doente é relativamente mau, mas não apresenta o cortejo de symptomas graves, que acompanham as affecções generalisadas.

A temperatura geral soffre nos primeiros dias, em que aparece a complicação articular, uma elevação subita a 38°,5 e 39° e mantém-se até que a arthrite esteja constituida.

Os doentes apresentam uma pallidez extrema, são anemiados, perdem o somno e o appetite; só uma tensão articular moderada e a immobilisação da articulação podem trazer, a par de outros tratamentos, algumas melhoras.

## EVOLUÇÃO

A duração média da gonococcia articular aguda, em geral, é de quatro semanas a um mez; e raros são os casos que mesmo com um tratamento energico não alcançam este periodo de tempo.

No fim d'este, a affecção deverá terminar-se pela resolução, mas muitas vezes estabelece-se a ankylose articular, prolongando então a affecção; e excepcionalmente a destruição da articulação pela suppuração. No primeiro modo de terminação, pela cura completa, a dôr e a tumefacção desaparecem no fim d'aquelle tempo. Os movimentos são muito limitados n'este momento por adherencias, mas, com as tentativas de mobilisação que devem ser empregadas, consegue-se restituir á articulação as suas funcções.

A desappareição do exsudato, estacionario até este momento, faz-se n'um intervallo de tempo muito pequeno.

A ankylose estabelece-se tanto nas pequenas como nas grandes articulações (cotovelo, joelho, etc.) e, apesar de todos os tratamentos, traz sempre á articulação a impossibilidade dos movimentos normaes.

Nota-se na ankylose como na resolução, a diminuição e o desaparecimento dos phenomenos inflammatorios, mas sobrevém uma impossibilidade rapida e crescente dos movimentos, que em breve espaço de tempo se completa.

Se forçarmos a rigidez articular, á custa de dôres intensas, podemos obter alguns movimentos que dentro em pouco desaparecem; e este resultado inutil será agravado pela continuação de movimentos forçados, com uma repetição dos phenomenos inflammatorios.

A destruição da articulação envolve já a ideia da suppuração.

É a terminação mais grave, e os seus symptomas são um exaggero do estado agudo. A dôr, a tumefacção e a febre pronunciam-se extraordinariamente, e em breve os movimentos anormaes de lateralidade e extensão accentuada dão a conhecer a fusão das cartilagens e a destruição da articulação.

## DIAGNOSTICO E PROGNOSTICO

O diagnostico, faz-se ás vezes difficilmente. É em primeiro lugar á causa que nos devemos dirigir, mas isso não basta, porque, já o dissemos, uma affecção articular intercurrente pode apparecer, coincidindo com a blennorrhagia. Repetiremos; é admissivel a coincidência do rheumatismo propriamente dito e da blennorrhagia.

Para tornar o diagnostico incontestavel ao elemento eteologico devemos acrescentar os outros caracteres d'esta affecção articular.

Esta arthropathia é oligo-articular isto é, os accsntes dão-se n'um pequeno numero de articulações, não apresenta tão accentuadamente como na poly-arthritis rheumatismal migrações d'uma articulação para outra, o derramamento articular apparece bruscamente com periodos de diminuição e augmento rapidos; e emfim tem uma tendencia extraordinaria para a ankylose, consecutiva a uma tumefacção ossea, e a exsudatos intra e peri-articulares.

Com estes caracteres clinicos e pelo exame etiologico concluiremos com firmeza o diagnostico.

Devemos distinguir a arthrite blennorrhagica aguda das affecções articulares com as quaes ella se pode confundir.

No rheumatismo commum ha grande mobilidade das manifestações articulares, maior numero de articulações doentes, bom exito no emprego do salycilato de soda em alta dose, suores abundantes; e finalmente pelo exame do coração obteremos algumas vezes indicações de grande valor. A arthrite traumatica, a não ser que haja ferida penetrante septica de articulação, desenvolve-se mais lentamente que a arthrite gonococcica aguda; e do mesmo modo succede na contusão articular, que, produzindo rapidamente um derramamento sanguineo intra-articular, só muitos dias depois apresenta os phenomenos inflammatorios.

Quando a blennorrhagia é de antiga data e parecer evolucionado para a cura, importa n'este caso distinguir a arthrite gonococcica da forma tuberculosa articular.

Além do estado geral do doente, do exame local e ainda da evolução, para nos prestar auxilio, procuraremos as manifestações articulares em duas ou mais articulações e, se isso se dér, investigaremos bem a etiologia ás vezes dissimulada.

As inflamações das bainhas synoviales dos tendões acompanham bastas vezes a arthrite gonococcica aguda.

Quando ellas existem exclusivamente, podem induzir-nos a erro fazendo-nos crêr n'uma arthrite; pela pressão, porém, impellindo as extremidades uma contra

a outra sem pôr em jogo a acção muscular, não se desperta a dôr exactamente ao nível da interlinha articular.

O prognostico é sempre serio pela lentidão e difficuldade da resolução, e pela tendencia á ankylose, o que representa um dos caracteres mais notaveis da affecção. Aggrava-se a cada novo ataque ganhando as pequenas articulações e, mesmo depois da cura da blennorrhagia e da arthrite, ha a persistencia de pontos dolorosos, resultado de osteopathias blennorrhagicas. Além d'estas affecções osseas e periosseas, alguns auctores attribuem ás arthrites gonococcicas a producção de atrophias musculares pela acção da infecção gonococcica sobre os centros nervosos.

## TRATAMENTO

O tratamento da complicação articular comprehende o tratamento local ou geral da arthrite, e o da blennorrhagia, que lhe deu origem.

Sobre este ultimo, de que não nos occuparemos largamente por não fazer parte especial do nosso trabalho, muitas considerações importantes fazem os autores que d'elle cuidam; resumiremos quanto pudermos tal tratamento. Tanto no homem como na mulher o tratamento da blennorrhagia deve obedecer a prescripções geraes, a uma medicação interna e a um tratamento local.

As prescripções geraes são referentes principalmente á dieta e eliminam o uso de bebidas alcoolicas, comidas excitantes, relações sexuaes e tudo o mais que possa conduzir o blennorrhagico a uma maior excitabilidade do que aquella que elle já possui. Com o mesmo fim e para obter uma frequente irrigação do canal da urethra e com uma fraca concentração urinaria, é recommendado o uso abundante de liquidos (decoctos de gramma, de linhaça, etc.), chamados de diluição, evitando cuidadosamente a repleção vesical durante a noite.

Na medicação interna podemos incluir os líquidos de diluição e mais substancias diureticas empregadas, e os diferentes antisepticos geraes, cujo resultado é um pouco duvidoso.

Como os balsamicos, entre elles a copahiba e o sandalo, pela sua acção efficaz, mas lenta, na blennorrhagia, precisem de ser administrados durante varias semanas e produzam perturbações gastricas, intestinaes, cutaneas e até renaes, devemos ter bastante cuidado com a sua prescripção.

O tratamento local da blennorrhagia é feito principalmente com injeccões e irrigações, e é destinado a modificar o estado da mucosa (adstringentes), ou a evitar a pullulação dos gonococcus á superficie da mucosa e na sua profundidade (microbicidas). Para este tratamento deve-se ter tambem como regra procurar as substancias medicamentosas, possuidoras de uma acção microbicida intensa, e de uma acção irritante muito fraca sobre a mucosa. Esta acção, para ser a desejada, deve exercer-se não só *in loco*, á superficie da mucosa, mas tambem nas pregas e profundidade da mucosa.

Têm sido empregados innumerous medicamentos e os mais empregados actualmente são o permanganato do potassa, sulfato de zinco e diferentes combinações de saes de prata (nitrato de prata, protargol, etc.). É preciso grande cuidado com a concentração das soluções d'estes saes, em virtude da sua acção caustica sobre a mucosa.

O methodo de Janet, contra-indicado só em caso de cystite pela intolerancia vesical, tem dado magnifico resultado pela lavagem e antisepsia regular da urethra em toda a sua extensão.

Para as urethrites profundas são applicadas as instillações de nitrato de prata de 2 ou de 3 em 3 dias com soluções em que o grau de concentração é relativamente maior.

Como tratamento local restam os anthrophoros, bastonnêtes de cera com substancias medicamentosas incorporadas, cujo comprimento é variavel conforme é a parte anterior ou posterior da urethra que se quer atingir. São introduzidos na urethra, e pela sua lenta fusão têm uma acção modificadora na mucosa. Não vemos grandes vantagens com este tratamento e tambem o seu pouco uso justifica este nosso modo de vêr. A blennorrhagia ocular, causa tambem de arthrite blennorrhagica aguda, é combatida por lavagens antisepticas e applicação medicamentosa ás palpebras. A vulvo-vaginite infantil, do mesmo modò causa de arthrite, é tratada pela abundancia de irrigações quentes e antisepticas.

No tratamento geral da arthrite pouco resultado se colhe com o emprego dos anti-pyreticos, muito uteis no rheumatismo propriamente dito, e á medicação pelos iodetos succede outro tanto. Já nos referimos ao nullo effeito do salicylato de soda.

Dos tratamentos da arthrite é o local o de mais exito.

A habitual therapeutica consiste na immobilisação da articulação pela compressão algodoadada, na applicação de anti-phlogisticos, cataplasmas quentes e mais tarde na revolução, mobilisação, massagens, electricidade, fricções excitantes e hydrotherapia.

No periodo agudo a immobilisação é ainda hoje o melhor antiphlogistico, pois calma a dôr e, pela prolongação com o repouso na cama, a tumefacção peri-arti-

cular e o derramamento intra-articular vão diminuindo também.

A aplicação de cataplasmas quentes é muito util para attenuar a dôr, bem como compressas de alcool, applicadas permanentemente com uma ligadura ligeiramente compressiva á volta do segmento articular. Sob a influencia do alcool e tambem da compressão applicada, o empastamento dos tecidos peri-articulares diminue, a pelle adelgaça-se, e o derramamento articular reabsorve-se ás vezes com rapidez. A immobilisação com uma ligeira compressão deve ser continuada até que as pressões exercidas no lado livre das articulações deixem de ser dolorosas.

Pela revulsão recorre-se ás pontas de fogo, tintura de iodo, vesicatorio volante, e até escarificações; todos estes meios dão ao doente bom resultado.

A mobilisação, as massagens, a electricidade, as fricções excitantes e a hydrotherapia são meios de tratamento efficazes para restituir á articulação a brandura de seus movimentos, e do seu emprego resultado favoravel se tem colhido.

Dos processos sangrentos de tratamento temos a puncção simples, a puncção com lavagem antiseptica da articulação, e a arthrotomia. O fim d'estas intervenções é interromper o processo inflammatorio, supprimindo o contacto prolongado do derramamento e modificando o estado das superficies articulares pelas lavagens.

A puncção simples tem dado pequeno resultado; o derramamento, passado algum tempo, volta a formar-se.

Da puncção com lavagens ha bellos resultados, principalmente quando o derramamento é muito fibrinoso ou purulento. Este methodo permite até certo ponto asse-

gurar a desinfecção da cavidade articular, retirando coágulos de fibrina ou um exsudato purulento.

Pela arthrotomia, então, a limpeza e a desinfecção são realizadas de um modo perfeito, podendo o cirurgião além d'isso notar o estado da synovial, das cartilagens, dos ligamentos e dos tecidos peri-articulares.

Pode-se pela arthrotomia, o que não succede sempre com a punção por maior que seja o trocart empregado, retirar os flocos fibrinosos, as vegetações synoviales em degenerescencia, e até romper as adherencias que existam.

Quem intervém, pode apreciar pela vista e pelo tacto o estado dos tecidos peri-articulares e do segmento articular, e fará chegar, tanto quanto possível, a antiseptia a todos os recantos da articulação. Os resultados immediatos da arthrotomia e os beneficios que o doente recebe d'ella, são grandes para não se temer, como objecção principal, o emprego do bisturi. Na nossa epoca, em que a asepsia e a antiseptia bem unidas regularisam as intervenções, não devemos temer semelhante operação.

As dôres diminuem rapidamente nos primeiros dias depois da operação, (ás vezes no primeiro e segundo dia), e a temperatura desce mais ou menos bruscamente, voltando a ser normal nos primeiros dias também.

Cessando em grande parte as causas locais da inflammação, por esta intervenção evita-se a atrophia muscular e ankylose, que grande numero de vezes é a terminação da affecção articular blennorrhagica.

Nos casos de arthrite com grande derramamento intra-articular, com a synovial profundamente atacada

e os exsudatos em grande quantidade, é indicada esta intervenção pelos seus efeitos directos e completos de limpeza da cavidade articular.

Á forma clinica de pequeno derramamento e grande tumefacção peri-articular a arthrotomia pouco deveria influenciar; ha, comtudo, um certo numero de observações favoraveis a este tratamento.

A operação é simples e tem sido realisada principalmente no joelho, e ainda na espadua e punho.

Consiste n'uma incisão (habitualmente uma contra-abertura no joelho) até á cavidade articular, de maneira a permittir que se desembarace a articulação dos exsudatos, vegetações synoviales em degenerescencia e adherencias existentes.

É seguida de uma lavagem antiseptica para melhor exito.

É recommendavel não abusar das irrigações antisepticas, pois que a resistencia dos tecidos é diminuida pelo contacto prolongado dos antisepticos.

A phagocytose ficaria compromettida, e a acção microbicida das cellulas não poderia ser perfeitamente substituida pela antiseptia medicamentosa.

Completa-se a operação com a drenagem bem estabelecida para melhor segurança na desinfecção da cavidade articular, e accrescenta-se aos bons efeitos da arthrotomia o penso compressivo e a immobilisação.

A maior parte dos cirurgiões julgam chegado o momento de intervenção em pleno periodo de inflammação, depois de não terem dado resultado os methodos não sangrentos. Julgamos que, em presença de uma arthrite aguda blennorrhagica com o diagnostico bem assegurado pela dôr, tumefacção peri-articular, grande derra-

mamento intra-articular e symptomas gêraes, devemos praticar a arthrotomia.

Quando pela arthrotomia e immobilisação tenhamos feito desaparecer os phenomenos inflammatorios, procuraremos auxilio na mobilisação, massagens e electricidade, para fazer voltar á articulação os seus movimentos e combater a atrophia muscular, a rigidez e ankylose.

Convém fixar o começo da mobilisação, porque feita muito tarde não evitaria a ankylose já existente, e empregada muito cêdo despertaria phenomenos inflammatorios n'uma arthrite proxima da cura.

Está determinado que se devem começar os movimentos quando não existam phenomenos dolorosos em qualquer ponto da articulação e devem iniciar-se com toda a prudencia e moderadamente.

Nos casos em que esta mobilisação fôr seguida de dôres persistentes, devemos pensar na volta dos phenomenos inflammatorios, e esperar o seu desaparecimento para então continuarmos a mobilisação.

## OBSERVAÇÕES

### I

J. N. A., 34 annos, casado, commerciante n'esta cidade.

*Antecedentes hereditarios.*— Nada digno de menção.

*Antecedentes pessoaes.*— Aos 22 annos sentira-se muito fraco, com perda de appetite durante algum tempo, tosse e expectoração difficilissima.

Consultou varios clinicos e todos elles foram de opinião que devia abandonar durante algum tempo a vida commercial, e aconselharam-no a retirar-se para a terra da sua naturalidade.

Depois de cerca de 6 mezes de demora na sua aldeia voltou completamente restabelecido para esta cidade, entregando-se outra vez á carreira commercial.

Desde então até principios de novembro passado foi sempre muito saudavel, mas n'essa occasião contractou pela primeira vez a blennorrhagia; tratava ainda esta purgação urethral, quando lhe sobreveio a complicação de que nos occupamos.

*Historia e evolução da doença.*— N'um dos primeiros dias de dezembro passado o doente queixou-se á tarde

do joelho esquerdo e articulação tibio-tarsica esquerda, mas essas dôres, que não eram continuas, não o impediram tambem de continuar a trabalhar no seu estabelecimento.

Durante a noite soffria mais d'essas articulações, e no dia seguinte estava um pouco melhor, dizia elle, por que lhe tinham desaparecido as dôres do joelho.

Nos cinco dias seguintes continua a soffrer da articulação tibio-tarsica, mas occupa-se sempre dos negocios de seu estabelecimento; ao setimo dia, porém, sobrevêm-lhe dôres intensissimas no carpo e cotovelo do membro superior esquerdo.

Estas dôres continuam pela noite adiante e pela manhã n'essas articulações apresentava uma grande tumefacção; no cotovelo esta não era tão extensa, mas no carpo invadia toda a parte dorsal do punho e da mão.

A impossibilidade para o doente, de executar movimentos n'essas articulações foi por nós verificada; e, quando queriamos tentar esses movimentos, tivemos de desistir, porque o doente soffria immensamente.

A temperatura local era um pouco elevada, e a pelle apresentava-se muito tensa.

O estado geral era pouco regular; o doente tinha febre ( $38^{\circ},2$ ).

Na tarde do mesmo dia a temperatura subiu a  $38^{\circ},9$ , nos dois dias seguintes foi respectivamente  $37^{\circ},7$  e  $37^{\circ},2$  pela manhã e  $38^{\circ},3$  e  $37^{\circ},6$  á tarde e depois, durante todo o tempo da doença, approximou-se da normal.

O doente continuou a soffrer d'essas articulações durante os 36 dias que se seguiram, exacerbando-se as dôres principalmente de noite; findo este tempo, po-

rém, a doença entrou no período da resolução, as dôres intensas e a tumefacção desapareceram em cinco dias, podendo elle retomar as suas occupações.

*Tratamento*—No primeiro dia tomou um purgante salino e foi-lhe applicado um penso ligeiramente compressivo e algodoado.

Como as dôres não desaparecessem n'esse dia nem nos dias seguintes, tomou differentes medicamentos, entre elles, salicylato de soda, salipyrina, aspyrina e salicylato de soda associado ao iodeto de potassio, mas tudo sem o resultado, que elle desejaria.

Localmente, e mais tarde ainda, applicou tinctura de iodo e fricções com um linimento calmante.

Conservou-se de cama grande parte do tempo que durou a sua doença, e tratou a purgação urethral até ao completo desaparecimento.

Terminados os phenomenos inflammatorios foi praticada a mobilisação, que restituiu ás articulações os seus movimentos completos e perfectos.

## II

(Da clinica do Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Tito Fontes e seguida por nós attentamente)

J. D. M., 22 annos, solteiro, empregado commercial n'esta cidade.

*Antecedentes hereditarios*—Sem nenhum interesse.

*Antecedentes pessoaes*—Nunca teve rheumatismo articular agudo.

Aos 17 annos teve a primeira blennorrhagia, que tratou durante 2 mezes, e da qual sahiu completamente curado. Segunda blennorrhagia tres annos depois, tratada com identico resultado. Em fins de novembro passado adquiriu terceira blennorrhagia, que deu origem á arthrite de que nos occupamos.

*Historia e evolução da doença*—Ao setimo dia da urethrite, e quando a purgação era abundante, o doente queixou-se de dôres intensas no joelho direito e articulação tibio tarsica direita, que o não deixaram continuar no serviço em que era empregado.

Tendo supportado o seu trabalho até á tarde viu-se obrigado a recolher á cama logo ao anoitecer, porque eram horriveis os seus padecimentos articulares. Du-

rante a noite pouco tempo pôde dormir, porque essas dôres continuaram e a tumefacção começou a apparecer.

No dia seguinte a tumefacção augmentou, mas o doente não tinha dôres tamanhas como á tarde e na noite seguinte; eram tambem impossiveis os movimentos d'essas articulações.

A tumefacção do joelho e as dôres n'essa articulação ao 7.<sup>o</sup> dia desapareceram e com ellas a purgação urethral.

Accentuam-se agora as dôres e a tumefacção na articulação tibio-tarsica. Este estado persiste uns dois dias e no resto do tempo da doença os padecimentos são já supportaveis; no emtanto é forçado a guardar o leito mais 19 dias.

Terminado este tempo, a doença entrou em resolução, mas os movimentos tinham ficado muito embaraçados. Recolheu á casa de saude do distincto clinico, que o tratava, para restabelecimento d'esses movimentos, e colheu bons resultados n'um mez que lá esteve.

Em meados de fevereiro passado partiu para a casa de sua familia na Regoa, d'onde voltou em principios de junho; sómente n'este mez pudemos retomar a observação. O doente soffre agora pequenas dôres de vez em quando na articulação referida, e fez-nos notar, antes da palpação, o augmento de volume d'essa articulação, o que por nós foi confirmado.

No local articular a temperatura era um pouco elevada durante a doença.

Temperatura geral nos dois primeiros dias respectivamente pela manhã 38<sup>o</sup>,4, 37<sup>o</sup>,3 e á tarde 38<sup>o</sup>,8, 37<sup>o</sup>,09; nos 4 dias seguintes com pequena differença era normal.

No setimo dia subiu á tarde a 38°,2, no oitavo dia elevou-se ainda e nos outros dias da doença era quasi normal.

*Tratamento.*—O tratamento excedeu o do nosso primeiro caso no numero de substancias medicamentosas empregadas contra as dôres articulares.

Localmente foram applicadas fricções de diversos medicamentos, salicylato de methyle, linimento sedativo de Ricord e foi feito o penso compressivo.

Mais tarde, no fim da doença, successivas pontas de fogo na articulação e banhos de sulfureto de potassio ao pé e perna.

O doente partiu em 20 de junho para as thermas de Vizella a completar o seu restabelecimento.

## PROPOSIÇÕES

**Anatomia**—O cóllo do utero é um verdadeiro esphincter.

**Histologia**—A chromatina é indispensavel á cellula.

**Physiologia**—A secreção gastrica é um phenomeno reflexo.

**Pathologia geral**—A etiologia algumas vezes conhece-se só pelo tratamento.

**Anatomia pathologica**—Os kystos dermoides do ovario resultam d'uma inclusão embryonnaria congenita.

**Materia medica**—Os purgantes são os melhores desinfectantes intestinaes.

**Pathologia externa**—A blennorrhagia é uma doença generalisavel.

**Pathologia Interna**—D'uma hemoptyse precoce depende muitas vezes a cura d'um tuberculoso.

**Medicina operatoria**—A arthrotomia é perfeitamente indicada na arthrite blennorrhagica aguda com grande derramamento articular.

**Obstetricia**—Só os signaes fetaes permittem o diagnostico exacto d'uma gravidez.

**Hygiene**—A revaccinação deveria ser obrigatoria.

**Medicina legal**—A existencia d'uma vulvo-vaginite infantil blennorrhagica não é prova d'attentado ao pudor.

---

*Visto,*

O PRESIDENTE

*Jllidio do Valle.*

*Póde imprimir-se,*

O DIRECTOR

*Moraes Caldas.*

## ERRATAS

Paginas	Linhas	Onde se lê	Deve lêr-se
33	16	do mesmo que	do mesmo modo que
34	19	gonocccica	gonococcica
36	30	infecções	infecções
38	29	semanaes	semanas
45	30	blennorragicos	blennorrhagicos
46	25	virulentos	virulento
47	6	á verdade	a verdade
53	2	articular	peri-articular
63	12	accidsntes	accidentes
64	17	inflamatorios	inflammatorios
68	24	do potassa	de potassio