

MANOEL DA COSTA MONTEIRO



CASOS DE REUMATISMO SIFÍLITICO

(Observações da 2.^a clinica Médica)

TESE DE DOUTORAMENTO

• • • APRESENTADA À • • •

Faculdade de Medicina do Porto



JANEIRO - 1920



Porto

Escola Tipográfica da Oficina de S. José
Rua Alexandre Herculano

1920

182/2F47



CASOS DE REUMATISMO SIFÍTICO



MANOEL DA COSTA MONTEIRO



CASOS DE REUMATISMO SIFILITICO

(Observações da 2.^a clinica Médica)

TESE DE DOUTORAMENTO

• • • APRESENTADA Á • • •

Faculdade de Medicina do Porto



JANEIRO - 1920



Porto

Escola Tipográfica da Oficina de S. José
Rua Alexandre Herculano

1920

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Augusto Henrique de Almeida Brandão	Anatomia patológica.
Vago (1)	Clínica obstétrica.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos	História da Medicina e Deontologia médica.
João Lopes da Silva Martins Júnior ..	Higiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar.....	Patologia geral.
Carlos Alberto de Lima.....	Patologia cirúrgica
Luís de Freitas Viegas.....	Dermatologia e Sifilografia
Vago (2)	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Magalhães...	Terapêutica geral.
Antônio Joaquim de Sousa Júnior.....	Medicina operatória e pequena cirurgia.
Tiago Augusto de Almeida.....	Clínica médica.
Joaquim Alberto Pires de Lima.....	Anatomia descritiva.
José de Oliveira Lima.....	Farmacologia.
Álvaro Teixeira Bastos	Clínica cirúrgica.
Antônio de Sousa Magalhães e Lemos	Psiquiatria
Manuel Lourenço Gomes.....	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar	Histologia e Embriologia.
Antônio de Almeida Garrett.....	Fisiologia geral e especial.
Alfredo da Rocha Pereira	Patologia médica.
Carlos Faria Moreira Ramalhão.....	Bacteriologia e Parasitologia.

PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

(1) — Cadeira regida pelo prof. livre — Manoel Morais Frias.

(2) — « « « « ordinario — Antonio de Almeida Garret

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

Artigo 15.º do Regulamento privativo
da Faculdade de Medicina do Porto.

À saudosa memoria de meu

Pai

Desde que vos fostes nunca o meu
coração sentiu a vossa falta! — E d'alem
tumulo eu creio que sempre sereis como
sempre o fostes, o meu amparo, a minha
bôa sorte

A minha Mãe

A meu irmão Mário

Trabalha para seres homem

À MEMORIA DE MEU

Avô, Irmã e Tios, queridos

Se todos fossem vivos como não seriam
agora felizes e contentes.

A minhas Tias

E em especial á minha Madrinha e tia Amalia que tão bem me argamassou os alicerces na sua escola primária e que tanto me incitou para sêr o que sou hoje.

À minha dedicada Esposa

A minha sacrosanta companhia

A melhor prenda do nosso noivado !

A minha Sogra e Cunhadas

Amizade de filho e irmão

A

José Simões Cortez J.^{or}

A's familias

Simão Costa
Granjo
Carvalho
Vicente
Santos

Gratidão e amizade

Dr. Joaquim Correia da Costa
Fernando José da Costa
David Augusto de Freitas
Urbano da Silva Mattos
Antonio Correia da Silva Araujo
Daniel dos Santos Sampaio

Amigos dedicados que não mais
esquecerei os bons tempos passados
convôsko.

Àos meus condiscipulos

e em especial

Manoel Coelho da Silva
Antonio Bonifacio d'Oliveira
Antonio Martins Barbosa
Antonio Pereira de Magalhães
Antonio Veloso de Pinho
Manuel Cerqueira Gomes
Eurico Ferreira Alves

AO ILUSTRADO CORPO DOCENTE

da

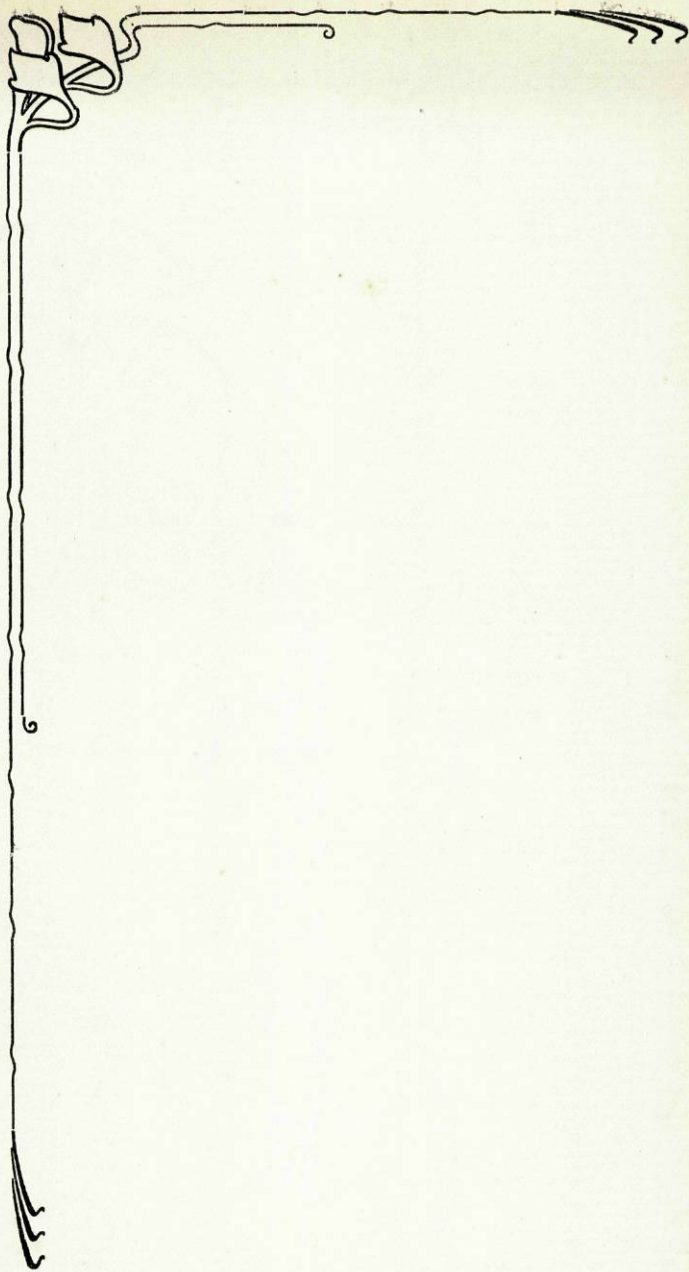
Faculdade de Medicina do Porto

Ao douto e ilustre professor e
meu digno presidente de tese

Ex.^{mo} Senhor

Dr. Thiago Augusto d'Almeida

Modesto preito de homenagem
ao vosso saber e ás qualidades
inegalaveis de professor, do
vosso mais humilde discipulo.



PROLOGO

A minha dissertação é constituida por umas considerações ligeiras e rápidas sobre o reumatismo sifilitico. Não consultei grandes tratados, nem grandes livros.

É o que eu aprendi no meu curso de 2.^a clinica medica tão sabiamente regido pelo meu illustre Presidente de tese, e o que do estudo pessoal dos meus doentes eu pude adquirir.

Supôngo ter marcado bem a individualidade clinica d'este reumatismo, importante entre tantos que as infeções podem originar, e que um diagnostico preciso e a tempo estabelecido permite tratar com éxito.

Assim o podémos verificar.

*

E antes de entrar propriamente no assumpto e já que isto representa o ultimo dia do

meu reinado academico, eu não posso deixar de recordar n'este momento o passado que atraz de mim fica, como um campo de ruinas esfrangalhado onde ha lutos, desgostos, sacrificios insanos da luta pela vida, horas de incerteza e dias de bem inverno que só a minha tenacidade pôde vencer atravez de tudo.

Felicamente que nos ultimos tempos entrou de vir a calma, a bonança e mesmo e optimismo d'um futuro cheio de sol e vida que se vai deixando adivinhar a pouco e pouco, e que oxalá como eu espero, me compense bem de tudo o que para traz fica.

Não posso esquecer os ultimos dois anos, cheios das minhas primicias na vida clinica.

Lembra-me :

Os longos meses que passei interno no hospital Joaquim Urbano, com a boa camaradagem dos meus colegas e a deferencia do meu digno director e clinicos, Drs. Alvaro Pimenta, Raul Outeiro, Abeillard Teixeira, Couto Nobre e Luiz Machado testemunhando-lhes ainda que tardiamente aqui, o meu agradecimento e a minha estima.

A campanha anti-pneumonica por terras agrestes e queridas de Tras-os-Montes, sempre n'um luctar insano com a Morte, e onde deixei valiosos amigos. com os Ex.^{mos} Antonio Fernandes Seixas e familia, e o meu caro collega dr. Antonio Caiado Ferrão, credores tambem da muita minha estima.

E finalmente, a esplendida excursão que

por ultimo fiz como medico de bordo, ao novo e velho continente, que me veio pôr em flagrante e triste contraste, com a gloriosa transformação e actividade que se está operando tão prodigiosamente lá fora, como por exemplo nas Americas, — a estagnação profunda e torpe do nosso lindo e querido paiz, debatendo-se n'um marasmo de miseria moral, politica e social, que só nós, os novos d'hoje, aqueles que n'este momento entram na vida pratica, poderemos valer e acudir, com a nossa juventude e com o nosso sangue novo, bem intendido, não conspurcado ainda de *integralismos* ou *radicalismos*, de que á saturação está eivado o nosso meio, e que são outros tantos cancrios de que é preciso opera-l'ó, sanea-l'ó, fazer-lhe uma profilaxia

emfim, se quizermos vêr de novo o nosso Portugal a par ou na vanguarda dos paizes civilizados, como outrora, e de que anda arredado tanto e tanto.

Bem de novo e bem precocemente eu contraí pois pesadas e arriscadas responsabilidades profissionais de que me saí sempre e felizmente bem.

Isso o dêvo, sem duvida nenhuma ao meu esforço, mas tambem muito o devo, á Escola que me guiou.

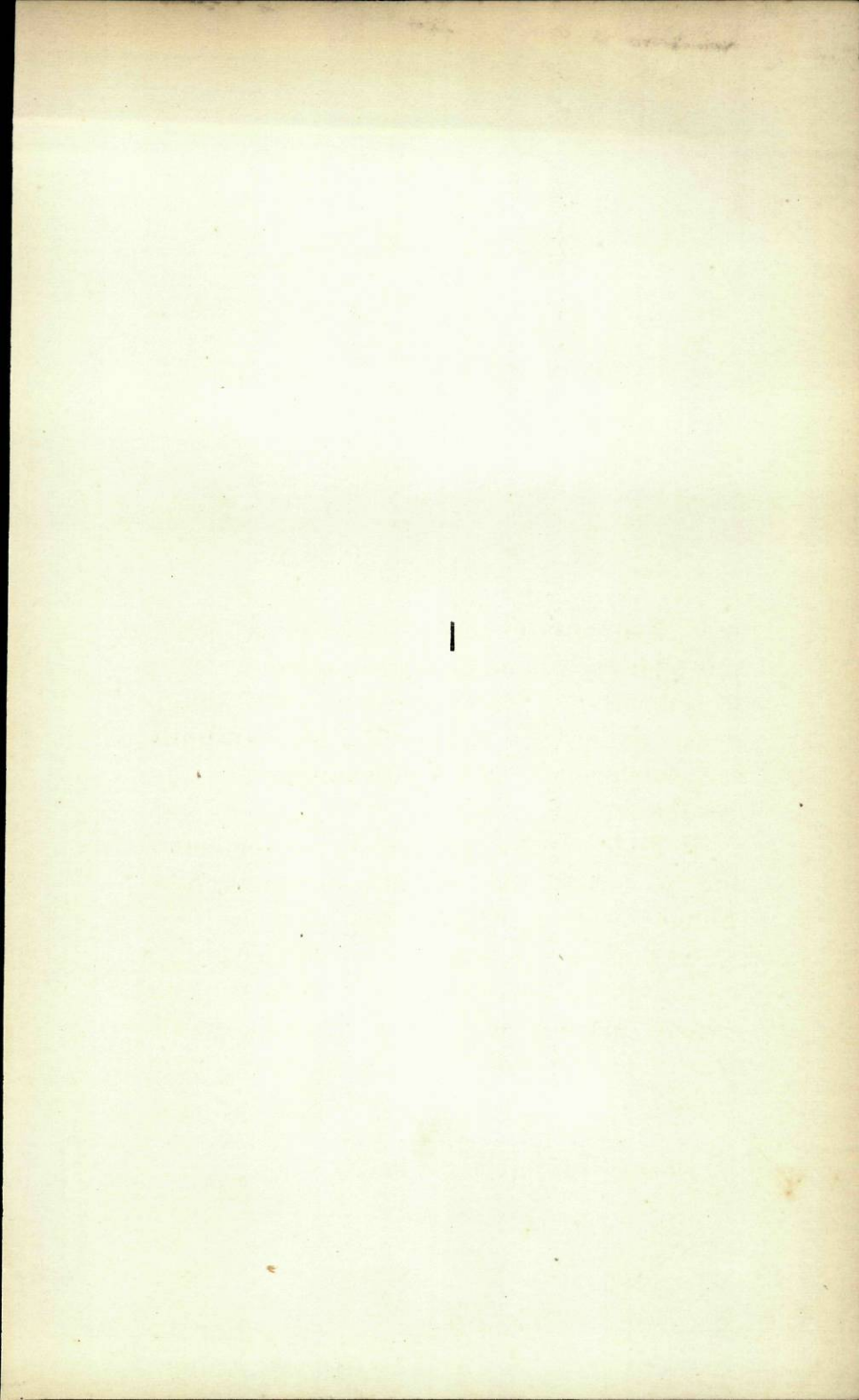
Eu não posso deixar de consignar aqui a todos os meus professores, ao corpo docente tão illustre, da modesta Escola Medica do Porto, o meu reconhecimento e a minha convicção de que ; tanto ainda se aprenderà, mas

mais, em nenhuma outra faculdade. Suponho que pode ser isto a maior gratidão que no fim do seu curso e depois de «já ter visto alguma coisa» tenha, um dos mais humildes alunos, para com a sua Escola e para com os seus illustres mestres.

E findo o meu prologo não me apodem os que o lerem, de os massar com coisas inúteis.

Só quiz deixar, ao abalar para a vida pratica aqui impressa a recordação do que foi uma das paginas mais interessantes e agitadas da minha vida—a vida academica, que agora finda.

Porto, Dezembro de 1919



Observação 1.ª

M. R. R. solteiro de 24 annos de idade, guarda republicano.
Entrou a 12 d'Outubro de 1919.

ESTADO ACTUAL

Dores no antebraço esquerdo e mão, e nos dois joelhos.

Dores á pressão no cubito esquerdo na epitroclea e nos joelhos.

Dores na articulação do cotovelo.

As dores no ante-braço eram intensas não podendo fazer qualquer movimento e tendo o cotovelo tumefacto.

Movimentos activos e passivos do cotovelo esquerdo prejudicados e dolorosos.

Character destas dores: não se atenuavam com o repouso e exarcebavam-se para a noite.

Dores de cabeça frequentes para a tarde.

Dores de garganta. Queda do cabelo.

Macropoliadenia inguino-crural indolor. Ganglios cervicais.

Pulso regular, 76.

Ruidoscardiacos bem batidos.

Apetite.

HISTORIA DA DOENÇA

Ha 8 dias em 14 d'Outubro, começou a sentir dores no cotovelo esquerdo e antebraço, inchando um pouco e tendo a sensação de arrefecimento da longo do braço. Dores que lhe augmentavam para a noite não o deixando dormir senão pela madrugada e não podendo fazer movimentos activos. Passados uns dias começaram-lhe a doer tambem os dois joelhos ao mesmo tempo.

Baixou ao Hospital e tem melhorado com o tratamento.

Fez temperatura nos primeiros dias.

Em 12 d'Outubro	— 36,5 (manhã)	— 37,2 (tarde)
« 13	36,8	38
« 14	36,9	38
« 15	36,3	37,6
« 16	37,2	37
« 17	36,2	36,6

e depois sempre apiretico.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS

Teve variola aos 3 meses. Aos 18 anos um cancro venereo que curou com o tratamento mercurial.

Aos 19 anos uma adenite supurada.

Aos 22 annos erupções pelo corpo que curou com injeccões mercuriais.

Aos 23 feridas nas pernas cicatrisadas com
egual tratamento,

Esteve em Africa 26 meses 1917-18 tendo tido
as febres varias vezes e tendo apanhado muita hu-
midade em campanha.

Mãe saudavel. Tem dois irmãos que igualmen-
te o são.

TRATAMENTO

De 12 a 17 d'Outubro — Injecções de bibrometo
de mercurio.

De 18 a 27 d'Outubro -- Injecções de benzoato
de mercurio e 2 hostias com 0,25 centigramas de
enxofre sublimado e lavado.

De 27 d'Outubro até a saida— Iodeto de po-
tassio em solução.

Saiu em 8 de Novembro curado.

Observação 2.^a

R. R. A. viuva de 49 anos, cosinheira.
Entrou a 18 d'Outubro de 1917 e saiu a 13 de
Novembro do mesmo ano.

ESTADO ACTUAL

Dores espontaneas e à pressão nas articulações dos joelhos, tibio-tarçico-as punhos e escapulo-humeral.

Pé direito joelho esquerdo e punhos, tumefactos, assim como tumefacção dolorosa das articulações falangicas. Dores estas, mais intensas para a noite.

Cefalalgias.

Pulso regular; 80;

Ruidos cardiacos reforçados e o 2.^o vibrante

A meio da sua estada no hospital em 27 d'Outubro, fez temperatura elevada 40° com lingua saburrosa e cefalalgias intensas, sendo interrompida a medicação por 2 dias.

Reacção de Wassermann — positiva.

HISTORIA DA DOENÇA

Ha seis mezes sentiu violentas dores articulares, com temperatura e tumefacção das articulações. Passados dois mezes as dores tinham abrandado muito. Passados porem 15 dias novamente recrudesceram entrando para o hospital. Depois de uma estada de um mez saiu aliviada. Pouco tempo depois voltava novamente ao hospital com os padecimentos da primeira vez.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS

Teve variola e quatro abortos.

Molhava-se frequentemente.

Mãe robusta, morreu dum ataque cerebral.

Temperatura :

Em 21 d'Outubro	—36,8	37,5
« 22	36,3	37,1
« 23	36,5	37,3
« 24	36,6	36,5
« 25	36,2	36,6
« 26	38,9	40
« 27	37,9	36,8
« 28	36,2	36,5

Depois sempre apiretica.

TRATAMENTO

De 18 a 24 d'Outubro salicilato de soda (6 C. S.)

De 24 a 13 de Novembro Iodeto de K em solução.

Saiu completamente curado.

Observação 3.^a

E. A., casada, de 42 anos d'idade cozinheira.

Entrou em 11 de Setembro de 1917 e saiu em 20 de Novembro do mesmo ano.

ESTADO ACTUAL

Arrepios, suores, febre, dores em todas as articulações e ossos mas mais especialmente nas articulações escapulo-humeral e do membro inferior esquerdo, e costelas.

Movimentos activos e passivos dolorosos. Dores mais violentas para a noite.

Insonias. Cefalalgias vespertinas. Língua saburrosa. Diarreia ligeira. Pulso frequente, 120, hipertenso. Ruidos cardiacos:—o 2.^o vibrante no foco mitral.

Ganglios inguino-crurais, e cervicais.

Reflexos rotuliano, esquerdo exagerado.

Reacção de wassermann, positiva.

HISTORIA DA DOENÇA

Ha 29 das que adoeceu e assim esteve sensivelmente, até á entrada n'este hospital.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS

Teve o sarampo em creança. Aos 27 anos umal artrite da articulação coxo-femural direita que on acarretou a imobilidade da articulação e por che-sequencia a claudicação na marcha.

Teve 3 filhos, dos quais um morreu aos 17-mezes de difteria.

Ha um ano teve um aborto.

Marido saudavel. Pae e Mãe vivos e saudaveis com idades de 72 e 60 respectivamente. Tiveram 16 filhos dos quais morreram 12 e 4 abortos.

TEMPERATURA

Em 11 de Setembro —		38,7
« 12	36,8	38
« 13	37,2	36,8
« 14	36,5	36,7
« 15	37,3	36,8
« 16	37,2	36,7
« 17	38,9	36,7
« 18	37,4	36,9
« 19	36,7	37,8
« 20	36,2	38,2
« 21	36,5	36,8
« 22	37	37,3
« 23	36,5	36,9
« 24	37,6	37,3

« 25	36,6	39,5
« 26	36,8	38,2
« 27	36,5	37
« 28	36,3	38,2
« 29	36,7	36,6
« 30	36,6	37,8

e depois sempre apiretica.

TRATAMENTO

De 12 de Setembro a 25 — Saliato de soda
(8 c. s.).

De 25 a 8 de Outubro — Iodeto de K

De 28 a 10 de Novembro — Benzoato de Hg.
em injeção. — Saiu curada.

* * *

Apresentam estes tres doentes um sindroma reumatismal agudo ou sub-agudo, que se presta bem facilmente a confusões de diagnostico.

Sem duvida que á primeira vista, o diagnostico que nos saltaria aos olhos, para rotularmos estes sindromas, seria o de reumatismo articular agudo. Mas observados melhor, feita a historia clinica mais ou menos completa do doente, nós vêmos, que estamos em presença d'um reumatismo que apesar de ter muitos pontos de contacto com o reumatismo articular agudo, difere dele por características, por sintomas typicos d'um outro reumatismo que os livros muito ao de leve falam, e que muitos clinicos leviamente tratam por reumatismo articular agudo, quando apenas se trata de casos de *reumatismo sifilitico*.

Porem, se ha ocasiões, se ha casos em que o diagnostico d'este reumatismo, é flagrante, outros

porem ha, como veremos no decorrer da minha exposiçao, que nem sempre é facil distinguir, distinguir do amontoado de sintomatologia variada e numerosa que o doente nos oferece, aquilo que nos ha-de caracterisar este ou qualquer outro reumatismo.

E' o que se dá em parte com estes doentes, e com os outros que se seguem n'este meu trabalho.

N'estes tres doentes pois, eu vou estabelecer a diferenca entre os dois reumatismos, o de Achme e o sifilitico; vou fazer portanto o diagnostico diferencial entre os dois, porque são os que mais se prestam a confusões como disse.

Vejamos:

O inicio, com febre arrepios e dores articulares vivas, espontaneas e provocadas nas articulações dos joelhos, tibio tarsicas, punhos, escapulo humerais, com impotencia funcional e tumefaçao d'algumas; faz lembrar o reumatismo articular agudo. São as articulações preferidas por ele; aquelas que mais trabalham. E' assim que ele muitas veses começa.

Mas, no reumatismo articular agudo, o sindroma infeccioso é mais acentuado. A febre é mais elevada, ou eleva-se progressiva e gradual para atingir o seu maximo no fim do primeiro septenario.

O pulso bate 90 a 120 pulsações, é amplo, por veses dicoto, e as suas variações são paralelas á temperatura.

Precocemente, em geral, aparecem os suores abundantes e caracteristicos, não tendo o caracter critico, não trazendo nenhuma sedaço no estado geral e durando tanto como a febre. E' um suor com odor forte, acido, caracterisco, que afluando em gotas limpidas á face e aos membros, produz pela sua abundancia erupções miliares e sudamina, por irritação da pele.

As urinas são muito diminuidas, denas, carregadas, vermelhas.

Epistaxis, observam-se algumas vezes, bem como uma angina eritematosa.

Quando a doença tem alguma duração, em virtude de todo este processo infecioso, o doente empalidece; ha uma anemia profunda dos tegumentos e mucosas.

As manifestações articulares são mais accentuadas no reumatismo articular agudo.

A reacção inflamatória local é tambem mais intensa. Ha maior tumefacção articular; a pele lá é quente sensível com a rede venosa bem desenhada.

A dôr raramente é moderada.

Quasi sempre viva mesmo atroz; augmentada pela pressão ou pelo menor movimento espontaneo ou comunicado; atenua-se e pode desaparecer momentaneamente quando o membro atingido está n'uma imobilidade absoluta e ao abrigo de todo o abálo.

Esta imobilidade quasi necessaria comanda a attitude que o doente toma, de molde a levar ao maximo o relachamento dos tecidos articulares e periarticulares.

A maior parte das vezes a dor estende-se ao longo do trajecto das bainhas sinoviais ou ao longo da diafise ossea.

Na evolução da doença d'estes doentes as articulações queixosas foram sempre as mesmas de inicio se bem que no primeiro doente, primeiro foram atingidas as do membro superior e depois é que vieram as dos joelhos sem contudo abrandarem aquelas.

Ora no reumatismo articular agudo, a mobilidade da fluxão articular é tambem característica e até a predilecção. Todas as articulações não são tocadas com uma egual frequencia: as que trabalham mais são as que fornecem frequentemente um terreno mais predisposto.

Em geral atinge um grande numero de articulações, mas sucessivamente, com a seguinte ordem:

joelho, punho, calcanhar, espadua, cotovelo, nuca, etc. De preferencia as grandes, ás pequenas, ás do membro superior, ás do membro inferior ainda que não exista uma articulação que não possa ser atingida, como a sinfise publica as articulações da laringe. Mas primeiro umas e depois outras. Atenuando-se nestas para se intensificar naquelas.

Por outro lado nós vimos que nestes doentes não ha manifestações abarticulares; não ha complicações reumatismais.

Este caracter é importante tambem.

O reumatismo articular agudo, quando poliarticular, prolongado e febril da, quasi d'uma maneira constante complicações.

O processo infeçioso não fica restringido ás articulações; não. Estende-se, propaga-se em primeiro logar e logicamente as outras serosas, depois aos outros órgãos. E uma d'estas propagações mais contantes e que mais deve chamar dinicio a atenção do clinico, é sem duvida, a extensão do processo ás serosas cardiacas.

Depois d'essas veem por ordem de frequencia as pleuras e as meninges.

As leis de Bouillaud o frizam bem.

Diz-nos ele, n'elas:

1.^a No reumatismo articular agudo violento, generalizado, a coincidencia d'uma endocardite, d'uma pericardite ou d'uma endopericardite é a regra, a lei; a não coincidencia, a exceção.

2.^a No reumatismo articular agudo leve, parcial, apiretico, a não coincidencia d'uma endocardite, d'uma pericardite ou d'uma endopericardite é a regra; a coincidencia a exceção.

Finalmente, como caracter diferencial accessorio, n'estes doentes não ha no seu passado outro ataque de reumatismo articular agudo.

Não teem a hereditariedade da diatese reumatisal.

E' verdade que o 2.^o doente teve já outros

acessos reumatismais mas seriam de reumatismo articular agudo? Não me parece que o fossem por varias razões.

A primeira, é a epoca d'aparicção dêles, fora da mudança destações, fora dos frios humidos e das mudanças bruscas de temperatura que concorrem para a sua eclosão.

Em segundo logar, a ineficacia do tratamento salicilado, especifico, que não impediu que esses ataques se repetissem tão proximos e com a mesma intensidade.

Em terceiro logar, não tinha um coração d'um reumatico inveterado, e faltavam como agora muitos dos elementos proprios do reumatismo articular agudo, que atraz expuz.

Eliminado portanto o reumatismo articular agudo, fica nitidamente individualisado, nitidamente diagnosticado o reumatismo sifilitico.

Como ?

Em primeiro logar com tudo aquilo que não tem cabimento no quadro sintomatico d'outos reumatismos. Em segundo logar porque entre os sintomas que os nossos doentes apresentam, ha os suficientes para caracterisarem clinicamente este reumatismo.

E são :

a) Dores articulares e osseas multiplas, com ausencia de grande reacção inflammatoria local, e se ha a tumefacção, o derrame, forma-se e desaparece rapidamente,

b) A impotencia funcional subsiste com o repouso. As dores idem.

c) Em todos os doentes essas dores teem o caracter e a periodicidade vespertina das dores sifiliticas.

Todos se queixam mais para a noite, ainda que pela manhã quasi nada sintam.

d) A febre não é elevada e é irregular.

e) Ha a coexistencia dos sintomas gerais

d'uma sífilis adquirida ou hereditaria. — Cefaleias vespertinas, queda do cabelo, laringites com rouquidão, ganglios, etc.

f) Positividade da reação de Wassermann, e a efficacia manifesta do tratamento anti-sifilitico, em prejuizo do tratamento salicilado que pouco ou nada dá.

= Para finalizar esta serie de considerações sobre estes tres doentes faltava-me interpretar a presença no 3.º doente da anquilose da articulação coxo-femural direita. Estou convencido que se tratou d'uma coxalgia que curou por esse processo, coxalgia, essa que em nada tem que vêr com o seu reumatismo d'agora. E isto, em virtude, do tempo decorrido, — 25 anos — e ser essa articulação a predilecta e a mais frequente em lesões mono-articulares.

Demais nada refere o doente que nos pudesse servir para desviar essa opinião,

11

Observação 4.^a

I. S. R. de 23 anos d'idade solteiro, sapateiro.
Entrou a 25 d'Outubro de 1919.

ESTADO ACTUAL

Dores osteo-articular nas articulações esterno claviculares, dos hombros, cotovêlos, punhos, metacarpo-falangeanas, costo-esternais, sacro-iliacas ancas e joelhos.

Dores estas espontaneas, sobrevindo mesmo em repouso exagerando-se com os movimentos, (as do peito com as inspirações fundas); são bilaterais e simetricas, e mais acentuadas para a noite.

As articulações que mais lhe doem são as do esterno e sacro-iliacas.

Tem appetite, astenia ligeira e cansaço com a marcha.

Ligeira tosse com pouca expectoração mucosa.

EXAME DIRECTO

O manubrio está espessado e as extremidades internas das clavículas engrossadas.

Pela palpação sente-se o espessamento do manubrio, o engrossamento das clavículas e n'estas saliências osseas (exostoses), duras. São quasi indolores á dressão. A clavícula direita mais hiperoestrosada que a esquerda, tem a extremidade interna como que desarticulada; desloca-se com os movimentos.

A' palpação notam-se ainda periostoses na 2.^a costela direita, na 2.^a esquerda, no manubrio, na crista das tibias (rugosidades em toda a extensão, mais na esquerda).

Quasi todos as superficies osseas justa-articulares são dolorosas: ha dores á pressão nas articulações esterno-costais, acromiais, das espaldas, cotovêlos, punhos, metacarpo-falangeanas, sacro-iliacas, coxo-femurais e joelhos.

Os movimentos em qualquer d'elas provocam dores, particularmente nos punhos que estão ligeiramente tumefactos, Ganglios inguiniais axillares e cervicais.

Pulso 72, rithmico, pequeno, hipotenso. O 1.^o ruido mitral é desdobrado.

Obscurecimento do vertice do pulmão direito e roucos disseminados por toda a altura do mesmo pulmão.

No testiculo direito ha uma nodosidade dura que occupa a caudo do epidimo.

HISTORIA DA DOENÇA

Ha mais d'um ano que tem dores no manubrio e articulações esterno claviulares. Ha um mez uma pontada á direita muito forte. Antes uns dias, ano-

rexia, ligeiros suores astenia e alguns arripios. Deixou de trabalhar e acamou. Deram-lhe umas pontas de fogo. Cederam as dores no peito e vieram n'outras articulações: Sacro-iliacos primeiro, depois joelhos, pés punhos cotovelos e espadas.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS

Pai, falecido de tuberculose(?)

Dois irmãos vivos e fortes; cinco mortos de tenra idade ignorando de que.

Nasceu com as pernas dobradas (*sic*) e aos 8 anos ainda não andava. Puzeram-lhe uns aparelhos e aos 9 anos começou a andar.

Foi sempre muito fraco, ainda que tenha comido sem bem.

Ha 3 anos e meio teve uma adenite indolôr, inguinal direita.

Levou a formar 7 meses e abriu espontaneamente, deitando pouco pus. Recolhi ao hospital d'Ovar e foi operado. Passado pouco tempo notou no testiculo direito uma bola que ainda conserva.

Teve uma blenorragia ha 3 anos que curou sem custo em 15 dias.

Tratou-se tambem por essa altura, ha 3 anos, na Assistencia dos tuberculosos. Sofria, segundo refere do pulmão direito.

Reação de Wassermann — fortemente positiva.

TEMPERATURAS

Em 25 de Outubro —		37.
« 26	36,5	37,1
« 27	36,7	37,3
« 28	36,5	37,

« 29		37,	37,5
« 30		36,5	37,3
« 31		36,7	37,3
« 1	Novembro	36,5	—
« 2		36,5	37,5
« 3		36,9	37,5
« 4		36,6	37,3
« 5		36,6	37,4
« 6		36,4	36,9
« 7		36,9	—
« 8		—	—
« 9		36,3	37,4
« 10		36,8	36,9
« 11		36,7	36,9

e não mais 37 ou acima.

TRATAMENTO

Até 11 de Novembro — Cacodilato de soda em uma injeção diaria.

Depois—soluta de iodeto de potassio em dose crescente.

Tem melhorado extraordinariamente, tencionando pedir alta brevemente. Já não tem dores, e anda perfectamente, se bem que, é claro, as hiperostoses subsistam.

Observação 5.^a

F. C. P. serviçal, de 23 anos d'idade, solteira.
Entrou a 26 de Setembro de 1919.

ESTADO ACTUAL

Dores osseas e articulares multiplos. Todas as articulações são mais ou menos dolorosas á pressão. No pé esquerdo ha uma deformidade, desde os 13 anos, epoca em que começou o seu "reumatismo," e que a doente attribui á marcha viciosa que as dôres lhe obrigaram a realizar. Tem appetite.

Amenorreica desde Fevereiro.

Cefaleias de caracter vespertino desde os 13 anos. As dores osteo-articulares tambem teem caracter vespertino.

Palpitações, astenia, suores e fadiga faccis.

Entrou com edemas nos pés e pernas. Os pés inchavam-lhe com a marcha.

Passados 8 dias de entrar neste hospital os edemas desapareceram.

Pulso regular 82.

Ruídes cardiacos acentuados e a 2.º aortico reforçado.

No pulmão direito, no lobulo superior ha sinais de condensação pulmonar.

Figado doloroso á palpação e ligeiramente augmentado de volume.

Baço levemente doloroso á palpação e ultrapassando dois dedos a linha medio-oxilar.

Manchas escuras. cicatriciais, nas pernas, braços, cintura.

Ganglios servicais e micropoliadema inguinal.

Dores lombares, caimbras e formigueiros nas pernas; ás vezes. Sobressaltos ao adormecer.

Sensível o pontocosto-lombar direito.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS

Pai morreu tísico. A mãe teve 2 abortos e 7 filhos vivos, quatro dos quais morreram em criança. Um teve uma hemoptise violenta, da qual faleceu, devido a uma doença do coração, segundo disse o medico.

Uma irmã é saudavel e um irmão é "falho de juizo.". Desde pequena que sofre do estomago, tendo frequentes dores e vomitos esverdeados. Sofreu da vista em criança.

Aos 12 anos teve avenites sube-maxilares dolorosas e com febre. Aos 18 anos uma angina.

Começou n'essa idade a ser menstruada e foi-o sempre com regularidade até Fevereiro d'este ano, faltando então.

Desde os 13 anos que sofre de dores osseas e cefaleias mais intensa para a tarde.

Enrrouquece com facilidade e tem-lbe caído o cabêlo.

Este ano em março teve uma erupção pelo corpo, seguida de ulcerações e cicatrizes escuras. acobreadas, pelos membros e tronco.

HISTORIA DA DOENÇA

Em março d'este ano o reumatismo acentuou-se-lhé vindo ao mesmo tempo a tal erupção. Tomou alguns banhos quentes, mas começou a sentir-se peor. As dores, mais fortes para a noite eram ao nivel das articulações e das diafises dos ossos longos. Tinha cefaleias, fadiga facil, dispneia de esferço, palpitações, mas teve sempre bom apetite,

N'este hospital de 3 a 7 d'Outubro fez diarreia. que breve desapareceu.

TEMPERATURAS

Em 26 de Setembro —		37,
« 27	37,3	37,2
« 28	37,	37,
« 29	36,8	36,8
« 30	36,8	36,9
« 1 de Outubro —	36,8	37
« 2	36,5	36,6
« 3	37,	37,8
« 4	37,	37,8
« 5	37,3	37,6
« 6	36,9	37,4
« 7	36,3	36,8
« 8	36,6	36,6
« 9	36,3	36,8

e não mais fez 37.

Em 17 d'outubro reacção de Wassermann negativa

TRATAMENTO

De 27 de Setembro a 3 d'outubro — Aspirina (3 hostias).

De 3 d'outubro a 10 — Sub-nitrato de bisnuto, mais tanigeneo, fosfato de cal e opio.

De 8 d'outubro a 18 — Solutio d'arednalina. VI gotas.

De 18 d'outubro a 2 de Novembro — Iodeto de potassio em solução e dose crescente.

De 5 de Novembro em diante — Benzoato de mercurio, em injeção diaria.

De 7 de Novembro em diante — Sulfoiodol, 2 cc. em dias alternados.

Resultado. A doente tem melhorado extraordinariamente. Sente-se com mais forças, dorme calmamente e desde que começou a tomar o iodeto, as dores abrandaram batendo em retirado com o tratamento consecutivo.

Brevemente pedira alta.

Observação 6.^a

A. D. jornalista, de 21 anos, solteiros.
Entrou a 11 de Setembro de 1919.

ESTADO ACTUAL

Membros inferiores em flexão, (as coxas sobre a bacia, as pernas sobre as coxas).

— Contraducturas dos flexores.

— Os movimentos da articulação coxo-femural direita estão muito reduzidos, são dolorosos, e a esquerda está anquilosada.

Movimentos das articulações dos joelhos, activos e passivos, reduzidos e dolorosos.

— Dores espontaneas nas articulações dos joelhos, e ancas, mais para a noite.

De vez em quando, dôres nas articulações das espaduas.

— Atrofias musculares nos membros inferiores. sobretudo na musculatura da coxa.

— Tem bom apetite e faz bem as digestões,

- Ruidos cardiacos normais.
- Pulso 72, pequeno hipotenso.
- No vertice do pulmão direito

uma certa condensação } S —
 R —
 Ex → soprada
 V +

na base do mesmo, nota-se um certo abaulamento
 e os mesmos sinais estetoxopicos } R —
 V —
 Ex → soprada

Reacção de Wassermann, negativa.

HISTORIA DA DOENÇA

Desde os 10 anos que sofre de dores articulares. Tinha periodos d'agravamento que o faziam acamar. De dois em dois anos surgiam-lhe pelo verão.

Ha um ano que perdeu os movimentos na articulação coxo-femural esquerda. Passados 4 meses adoeceu a coxo-femural direita. Acamou então e as articulações dos joelhos tornaram-se por seu turno, e flectiram-se. As dores nestas articulações agravavam-se para a tarde e noite.

O apetite diminuiu-lhe então e um medico disse-lhe que tinha o pulmão enfraquecido (sic).

Tossia, mas, tosse sempre sêcca com dores ligeiras na base.

-- A cuti-reacção foi negativa.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS

Foi sempre fraco.

Teve sarampo em pequeno.

O pai foi morto, mãe ainda viva, queixando-se de vez em quando de dores osseas. Conta ela que o marido teve uma doença venerea e a contagiou.

Tem dois irmãos saudaveis.

Uma irmã faleceu em criancinha.

TEMPERATURAS

11 Setembro —	38.5	25	36.6	36.9	
12	37.5	37.7	26	36.6	37.1
13	37	37.8	27	36.6	37.4
14	37	36.8	28	36.8	37.5
15	36.8	36.8	29	36.8	37.3
16	36.8	37.1	30	37.	37.3
17	36.8	37	1	Out. 36.8	37.5
18	37.	37.4	2	37.	37.4
19	37.	37.3	3	36.8	37.
20	36.7	37.	4	37.	37.3
21	37.	38.1	5	36.9	37.3
22	37.8	38.1	6	36.7	37.
23	37.	37.6	7	36.8	37.2
24	36.8	37.	8	36.6	36.3

e, assim sucessivamente sem contudo atingir mais 37.3

TRATAMENTO

Até 17 de Setembro Iodeto de potassio com salicitato de soda.

De 14 a 24 — Estríchinina em injecção.

De 15 a 20 — Sudo-nitrato de bismuto, eti-couro antidiarreico.

De 20 a 24 — Salicilato de soda (4 c. 1.)

De 22 a 30 — Criogenina (2 h.)

De 26 a 30 — Glicerofosfato de cal.

De 14 a 31 d'outubro — Loreto de potassio em solução e descrecente.

De 5 de Novembro em diante — Euesol em injeção.

Resultado. Melhorou consideravelmente, tendo tambem sido posto ele o iodeto de potassio um bom sedativo das suas Voses.

*

* *

Se no primeiro grupo de doentes o diagnóstico se a prestava a confusões com o reumatismo articular agudo, n'este segundo grupo mais confuso se torna talvez ainda não bem com esse reumatismo, mas com o r. tuberculoso, o reumatismo de Poncet.

Façamos pois a analyse clinica d'elles, como a fiz para os primeiros, notando o que ha de importante na sua symptomatologia.

Todos três apresentam um grupo de sintomas comuns e são :

a) Artralgias multiplas, espontaneas aparecendo em repouso, exagerando-se com o movimento e cansaço.

b) Grande cronicidade dos seus padecimentos. Desde a infancia que sofrem de reumatismo.

c) Uma constituição que deixa muito a desejar de robustez.

Desde pequenos, enfezados, rachiticos, Asténicos, fadiga facil.

d) Um estado pulmonar suspeito com obscurecimento das zonas perigosas — vertices.

e) Antecedentes familiares suspeitos de tuberculose.

f) a coexistencia d'uma febricula vespertina, e em dois d'elles a negatividade da reacção de Wassermann.

Tudo isto representa um bom grupo de sintomas a favor do reumatismo de Poncet.

Realmente o r. de Poncet crónico inicia-se assim, insidiosamente, «friamente» sem prodromos: com dores osseas e articulares surdas, pouco intensas não privando o doente do seu trabalho, aparecendo agora e persistindo para depois desaparecer e mais tarde passados meses reaparece sem grande reacção geral.

Ataca principalmente aos 20 anos d'idade — e

estes doentes andam por essa idade — e creaturas com um grau insufficiente de robustez onde ha estigmas de uma bacilose adquirida ou hereditaria; arrastando-se desde ha muito ou por muito tempo com exarcebações isoladas de longe em longe.

Faz-se acompanhar por os sintomas gerais de qualquer processo bacilar com evolução chronica, coexistente mais das vezes — bacilose pulmonar, como :

Febre pouco elevada (febricula para a tarde) astenia, cansaço e dispneia facil' anorexia, emagrecimento, suores etc.

O reumatismo de Poncet na sua generalidade afecta varias formas :

Monoarticular, poliarticular; primitivo ou secundario; agudo ou chronico.

D'estas forma o que mais nos interessa é a forma crónica, porque o primeiro e ultimo doente apresentam em especial deformações, anquilozes, atrofiás, etc. que esta forma do r. de Poncet admite entre as suas variedades a saber :

- 1.^a — Osteo-astralgiás crónicas
- 2.^a — Poliartrite crónica deformante
- 3.^a — Polisinovites crónicas
- 4.^a — Artrite sêcca senil
- 5.^a — Reumatismo crónico anquilosante
- 6.^a — Espondilose risomelica

D'estas parece pertencer ao 1.^o doente a poliartrite crónica deformante, ao 3.^o o reumatismo crónico anquilosante. Rapidamente vou descrever estas duas formas para melhor ajuizarmos do seu confronto, com os doentes.

A forma poliartrice crónica deformante tuberculosa, é das mais frequentes. Maxima no periodo comprehendido entre os 20 e 30 anos inicia-se por uma tumefação difusa das articulações que mais tarde atenuando-se permite pelo exame local reco-

nhecer as extremidades osseas deformadas e gastas, em redor das quais se levanta uma ouréla saliente dura, constituída por uma exsudato intra-articular ou pela formação de fungosidades das partes moles.

As dores existem, ora pungitivas, ora imprecisas e surdas; a temperatura ambiente modifica os fenomenos dolorosos, que em alguns doentes se intensificam pelo frio e em outros se abrandam pela mesma causa, mas que em regra melhoram pelo calôr.

Tais accidentes passam-se em todas as articulações, punho, joelho, espadua, quadril mas principalmente nas pequenas das mãos e dos pés onde se observam as mais variadas deformações.

Das alterações produzidas nas extremidades osseas e nos ligamentos e capsulas articulares resulta uma frouxidão da articulação, compativel com os movimentos provocados que despertam uma chuva de crepitações osseas caracteristicas e função da usura das cabeças osseas.

Começam então as deformações das partes afectadas, seguindo-se a retração dos tendões e ligamentos, entravando os movimentos, acarretando a atrofia muscular, determinando em uma palavra a impotencia funcional da articulação.

Como se vê, o reumatismo crónico tuberculoso deformante que mui rapidamente acabo de descrever a symptomatologia, reproduz o quando do reumatismo crónico vulgar, não contudo sem diferir d'ele n'algumas caracteristicas que vou a passar a descrever e que ao mesmo tempo põe de parte uma confusão de diagnostico não só com ele mas com os casos dos meus doentes.

E são:

— Em primeiro logar o reumatismo cronico e raro antes dos 40 anos.

Ou é a sequencia de um reumatismo articular agudo, ou nasce e desenvolve-se fóra da alçada

d'esse reumatismo ou de toda outra qualquer afeção diferenciada, affectando sómente relações com o artritismo, com as doenças geraeis por preversão da nutrição, com as dermatoses diversas, com as dispepsias, litiase biliar, gravele etc; e d'ahi nada de complicações endocardicas a temer, mas a localisação cardio-aorticas do ateroma ou d'esclerose renal;

Ou finalmente o reumatismo cronico tem uma evolução mais especial ainda, aquella que parece desenvolver-se sob a influencia directa e preponderante do frio humido, sob a ação dos humus salitrosos e dos bolores das habitações.

Instala-se então com um andamento torpido, progride gradual simetrica e lentamente, sem quasi nunca retroceder, durando 15, 20 ou 25 anos para terminar por um ataque de tuberculose ou por uma degenerescencia brightica.

Isto quanto á etiologia e evolução, que bem diferente é dos nossos casos. Quanto á simplonatologia o ataque articular faz-se mais regular e simetricamente. De um modo geral inicia-se pela extremidade dos membros superiores, desenvolvendo-se simetricamente e localisando-se nas articulações das falanges e metacarpo-falangianas, progredindo de um modo fixo e desesperador. Areação das articulações lesadas é moderada e traduz se por phenomenos de rubor, calôr, tumefação e dôr que se manifestam com variavel intensidade diminuindo com o repouso. Depois o processo estende-se, avança. A sinovial espessa-se, ao nivel das partes duras apparecem osteofitos, bordaletes osseos, corpos estranhos, chegando o produzi sub-luxações. As dores peri-articulares sobreveem e consequentemente as reações espasmodicas dos musculos e atitudes viciosas, e finalmente as deformações de que me abstenho de descrever os variados tipos, por ser desnecessario. O processo progride para o punho, cotovelo, espadua e até para os articulações da cabeça e do rachis.

E o que se dá para os membros superiores dá-se para os inferiores senão ao mesmo tempo, a seguir áqueles ao menos.

— A *fórma anquilisante do reumatismo crónico tuberculoso*, realisa a fusão osteo-fibrosa dos elementos de uma articulação; difere assim da artrite deformante em que, ao contrario, se efectua a atrofia das extremidades osseas, perturbando e impedindo os movimentos pela rarefação, pelo augmento de volume e pelo deslocamento das superficies articulares, o que nos traz assim á ideia a falsa noção de uma anquilose que não existe.

Demais é tendencia quasi exclusiva dos reumatismos infeciosos, quando não hidropigenicos, á produção de artrites anquilosantes. São mesmo o blenorragico e o tuberculoso aqueles que mais apresentam essa propriedade.

No reumatismo crónico anquilosante tuberculoso os doentes se anquilosam sem grande sofrimento, com dôres surdas e persistentes nas articulações affectadas que adquirem posições viciosas, impossiveis de corrigir, primeiro porque a mobilisação desperta intensas e intoleraveis dores ao paciente, e segundo porque tal mobilisação provoca o retorno ao primeiro periodo inflamatório aguda.

Outras vezes porem, esta forma do reumatismo succede a um processo inicial inflamatório rapido e brusco com repercussão no estado geral, com febre, calafrio, suóres, emagrecimento, além da intensa reacção local e, passada esta fase aguda ou sub-aguda os doentes entram na cronicidade da sua afeção. As grandes articulações são as preferidas pelo processo anquilosante: joelho, anca, espadua, cotovêlo, punho e tornozêlo.

Esta forma de reumatismo é quasi sempre compativel com uma longa vida; doentes ha que arrastam a existencia por dezenas de anos, suportando estoicamente o suplicio e a prisão em que os mantêm as anquiloses.

Para terminar transcrevo d'entre as numerosas observações citados por Poncet, a que se refere ao poeta Scarron : « A' vingt-cinq ans, le poète comença á s'ankyloser en position vicieuse ; jambes pliées sous les cuisses á angle droit, cuisses infléchis sur le bassin. Plus tard, ce furent les articulations de la colonne cervicale, puis les membres supérieurs. A' trente-huit ans, décharné, contre-fait, synostosé des quatre membres, á l'exception des phalanges, il se maria avec Françoise' Adubigné, pour mourir á cinquante ans, après avoir presente toute une série de symptômes permettant rétrospectivement le diagnostic de tuberculose.»

Posto isto e applicaado o que atraz deixo dito aos meus doentes que conclusão se tira ? que reumatismo será o d'elles ? será o r. crónico vulgar, o tuberculoso ou o sifilítico ?

O primeiro está posto de parte são doentes novos e nada nos deixa transparecer na sua historia clinica que isso face supôr.

Quanto ao segundo pelo que disse a proposito d'ele já oparece mais ser mas aparentemente, porque ha factos importantes que inclinam de todo o diagnostico para o de r. sifilítico. Vejamos.

— O primeiro doente apresenta umas alterações osseas e articulares diferentes das que é vulgar encontrar em outros reumatismos.

Não ha rarefação das extremidades osseas e sub-luxações consecutivas.

Ha pelo contrario augmento de volume a d'essas extremidades; ha hiperostoses diversas; ha perturbações no desenvolvimento osseo mais comum a lesões sifilíticas.

As dores mesmo em repouso são sempre mais acentuados para a noite.

Character este que eu reputo importantissimo para a sífilis.

Teem appetite ; o que n'um tuberculoso isso deixa sempre tanto a desejar.

Nos seus antecedentes familiares o pai diz ter falecido de tuberculose, mas por outro lado teve 5 irmãos que morreram de muito tenra idade Tem ganglios inguinais, axilares e cervicais.

Tem a positividade da reacção de Wassermann.

Tem finalmente a efficacia do tratamento especifico e terciario, pelo iodeto de potassio.

Que mais é preciso para ser um sifilitico e portanto ser o seu reumatismo sifilitico, ou senão quizerem uma conclusão tão absoluta, ser o seu reumatismo fortemente influenciado pela sua sifilis?

— O segundo doente tem egualmente o caracter vespertino das suas dôres.

Cefaleias vespertinas tambem; rouquidões frequentes e queda do cabêlo.

O seu coração tem os ruidos acentuados e o 2.^o aortico reforçado.

Tem micropoliademia inguinal e ganglios cervicais.

Teve uma erupção pelo corpo seguida de ulcerações e de que conserva cicatrizes acobreadas.

Teve sempre bom apetite.

A mãe teve 2 abortos e quatro filhos morreram em creança.

— O tratamento especifico foi de uma efficacia incontestavel.

E' verdade que a r. de Wassermann foi negativa, mas não é bastante o que acima fica exposto para ser um r. sifilitico?

— O terceiro doente, tem egualmente as suas dores mais intensas p.^a a noite.

Tem bom opetite.

Os seus ruidos cardiacos são normais.

A cutis-reacção foi negativa.

— A mãe conta que o marido teve uma doença venerea e a contagiou.

O tratamento especifico, apesar da negatividade da r. de Wassermann foi excelente com manifesta ineficacia do tratamento salicilado.

Daqui pois se conclue que estes tres casos tão interessantes são de reumatismo sifilitico.

Mas ainda mesmo que deixasse duvidas este diagnostico em prejuizo do de r. tuberculoso o tratamento a ambos satisfazia quasi, n'estes casos.

O tratamento tonico immediato e o que foi de inicio instituido; e depois o tratamento pelo iodeto que com cuidado e bem controlado não iria prejudicar aquele.

Demais á medida que se vai fazendo luz n'este labirintico capitulo de reumatismo, e do qual a pouco e pouco se vão destringendo e diferenciando formas bem independentes, como o reumatismo de Poucet que tanto se confunde e se confundiu sempre até 93 em que o celebre professor de clinica cirurgica de Syou Antonin Poucet chamou a attenção, com o reumatismo vulgar; que admira que a sifilis que por si só pode reproduzir a patologia inteira possa tambem apresentar um reumatismo semeaos que são já conhecidos!

III

Observação 7.^a

J. A. M. serralheiro, casado, de 28 annos.
Entrou a 16 de Abril de 1916 e saiu a 5 Maio
de 1916.

ESTADO ACTUAL

Dôres nas articulações dos joelhos, tíbio tarsicas, escapulo-humerais, tanto á pressão como espontaneas, nos movimentos activos ou passivos, e mais agudas para a noite.

Dores vagas nos ossos, e na região lombar.

— Cefaleias, mais intensas para a tarde, queda do cabêlo.

— Appetite, lingua saburrosa, gingívites frequentes e diarreia ligeira.

— Micropolidemia inguino-crural.

— Pulso cheio, 78; Ruidos cardiacos normais.

— Fígado normal. Ausencia de manifestações nervosas.

— Mauchas acobreadas e cicatrizes nos membros inferiores.

HISTORIA DA DOENÇA

Em fins de Fevereiro apanhou muita chuva e frio.

Passados tres dias adoeceu com muitos suores, arrippios e febre. No dia seguinte dôres violentas nas articulações túbio-tarsicas e Joelho do lado direito, com tumefacção articular, Depois foram-lhe abrandando para passarem para os outro membro, tendo-as assim na articulação coxo-femural esquerda.

Tinha cefalalgias que como as dôres articulares eram mais intensas para a tardinha, e além disso dôres generalisadãs nos ossos. Tratado por um medico, as dôres e a tumefacção articulares desapareceram-lhe quasi por completo com o salicilato de soda em poção.

Ultimamente peorou entrando para este hospital passados pois um mez e meio de ter adoecido pela primeira vez.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS

E' casado ha 4 anos e não tem filhos. A mulher teve dois abortos.

Teve sarampo em creança e gripe aos 12 anos. Aos 18 anos diz ter tido o primeiro ataque de reumatismo que lhe percorreu varias articulações e o fez estar de cama 6 mezes. Aos 24 anos, cancro duro, acompanhado depois com dores na garganta, cefalalgias vesperais, manchas roseo-avermelhadas mais nos membros inferiores. Fez n'esta altura tratamento especifico.

Aos 25 anos, ulceras na perna direita tendo tomado pilulas de mercurio.

Pais saudaveis. Teve 10 irmãos dos quais 5 morreram ignorando de quê.

TEMPERATURAS

— não fez.

Teve boa diurese e a *reação de Wassermann* feita em 24 d'Abril foi positiva.

TRATAMENTO

De 16 de Abril a 30 — Glicero-fosfato de cal.

De 24 « « a 4 de Maio - Biodeto de mercurio em injeção.

Saiu curado.

Observação 8.ª

A. J. C. serralheiro de 26 anos, solteiro.
Entrou a 24 de Maio de 1919 saiu a 19 de Julho.

ESTADO ACTUAL

Dores espontaneas nos joelhos e nos hombros com exarcebações vesperais. A marcha exagerava essas dôres. Não podia levar a mão esquerda á cabeça.

Dores no pescoço quando fazia movimentos com a cabeça.

O joelho esquerdo estava um pouco tumefacto e a palpação provocava dores ao nivel da tuberosidade interna da tibia. Os movimentos activos e passivos d'esta articulação eram normais.

Na articulação escapulo-humeral esquerda a palpação era dolorosa ao nivel da articulação acromio-clavicular. Os movimentos d'esta articulação quer activos ou passivos ou passivos estavam prejudicados e provocavam dôres. Tanto n'esta articulação como na do joelho havia numerosas cicatrizes de pontas de fogo.

Não teve cefalalgias.

Numerosos ganglios inguinais e alguns axilares.
Tosse sêcca e uma ligeira diminuição de mur-
murio e sonoridade na base do pulmão direito.

Ausencia de reflexo anormais.

Bôa diurése; ausencia de temperaturas.

Reação de Wassermam fortemente positiva.

HISTORIA DA DOENÇA

Em Novembro de 1918 começou a sentir dôres nos joelhos e nos hombros mais intensas á esquerda e quando realizava movimentos.

O joelho esquerdo tornou-se volumoso e não podia fazer quaisquer movimentos com ele. Veio para este hospital em Janeiro d'este ano (1919) fazendo por essa altura pequenas temperaturas. Fez tratamento pelo salicilato e iodeto. Deram-lhe pontas de fogo «in loco» e tomou 25 banhos sulfurosos. Saiu sem já sentir dores e com o joelho pouco tumefacto. Dez dias depois de sair voltavam as dôres articulares, e sempre com o caracter de exarcebação vespertina. Passado pouco tempo entrou de novo no hospital.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS

Teve a gripe em Agosto de 1913 e na mesma altura 3 cancreos venereos.

Desde então começou a notar a queda do cabelo e a apparecerem lhe as dores articulares.

Mãe tuberculosa. Teve dois irmãos que faleceram em creança, sendo um deles com variola. Do pai nada sabe.

TRATAMENTO

Tomou iodeto de potassio (de 1 a 2 gramas) e fez injeções de benzoato de mercurio. Lealmente pomada de salicilato de metilo. Saiu curado.

Observação 9.ª

A. A. C. solteiro, jornalista de 39 anos d'idade.

Entrou a 5 d'Agosto de 1917 e saiu a 6 de *Novembro* do mesmo ano.

ESTADO ACTUAL

Dores no joelho e na articulação tibio-tarsica direitas.

Neuralgias intercostais á esquerda. As dores são mais intensas para a noite não o deixando so cegar.

Ganglios inguinais e cervicais multiplos.

Tem appetite, e de vez em quando ligeiras dores gastricas.

Pulso regular. 80.

Primeiro ruido cardiaco um pouco ensurdeido ; 2.º ruido aortico, reforçado e musical.

Alguns sibilos e roncos disseminados pelos dois pulmões.

PERTURBAÇÕES NERVOSAS

Reflexos patelares.....	+
« achilianos.....	++

Ligeira trepidação epileptoide do pé direito.
Dansa da rótula á direita.

- Não fez temperaturas.
- Reacção de Wassermann positiva.

HISTORIA DA DOENÇA

Em Maio de 1917, encontrando-se em França como operario baixou a um hospital com febre, arripios e uma doença pulmonar (?) para o que lhe applicaram ventosas no torax. Melhorou passados dias e teve alta.

A seguir teve um ataque de reumatismo com tumefacção e dores no pé esquerdo e joelho do mesmo lado.

Regressou a Portugal e appareceu-lhe egual tumefacção e dores no joelho direito. A tumefacção depois desapareceu a pouco e pouco mas persistindo as dôres não só n'essa articulação como na do calcanhar.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS

E' filho de pai incognito. Mãe morreu d'um desastre. Não tem irmãos.

Teve em tempos uma luxação do joelho esquerdo tendo-lhe resultado um genu-valgum.

Ha 12 anos teve umas ulcerações no pénis, acompanhadas de adenites inguinais supuradas.

TRATAMENTO

- De 5 a 20 d'Agosto — Iodeto de Na, em poção.
 De 10 a 20 « — Banhos sulfurosos.
 Em 21 « — Injeção de galyl (5) cc.
 Em 28 « — Idem.
 De 3 a 13 de Setembro — Poção de sulf. de
 estrichinina.
 De 13 a 20 « — Aspirina (em hostias).
 De 20 a 30 « — Cacodilato de soda
 em injeção.
 De 4 a 18 d'outubro — Benzoato de Hg. em
 injeção.
 De 5 a 21 « — Iodeto de K. em poção.
 De 29 a 5 de Novembro — Benzoato de Hg. em
 injeção.
- Saiu curado.

Observação 10.^a

D. F. S., 25 anos, solteiro, tipografo. Entrou a 21 d'Outubro de 1917. Saiu a 27 de Novembro de 1917.

ESTADO ACTUAL

Quasi impossibilidade de mover os braços, porque sentia intensas dôres. Dôres nas espaduas e nas articulações dos membros superiores. Dôres sempre mais intensas para a noite.

Inflamação d'olhos.

Grande cicatriz d'antiga ulcera na perna direita.

Cabelos pouco densos.

Vertigens frequentes.

Perda de memoria e fraqueza geral.

2.^o ruido cardiaco reforçado.

Pulso regular.

Ausencia de perturbações de refletividade ou nervosa.

Não fez temperaturas.

HISTORIA DA DOENÇA

Ha 4 meses começou a sentir dores vagas nas articulações chondro-esternais superiores, generalizando-se depois ao longo do braço esquerdo e mais no punho.

Dôres de cabeça intensas na nuca, com exarcebações vespertinas, todas elas.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS

Pai morreu paralitico (sífilis?). Mãe morreu de uma doença cardíaca.

Tem dois irmãos sífilíticos (adquirida).

Seis irmãos mortos de tenra idade, e sabe que a mãe teve 2 abortos.

Até aos 7 anos foi muito doente.

Queda rápida dos primeiros dentes.

Tomou sempre Emulsão Scott e banhos do mar.

Aos 15 anos teve o sarampo e uma febre tifoide.

Aos 18 anos um cancro (duro?) mas sem manifestações quaisquer a não ser queda do cabelo.

Aos 21 anos cancros moles e adenite inguinal esquerda.

Aos 22 anos blenorragia e orchite consecutiva.

TRATAMENTO

Benzoato de Hg. em injeção.

Saiu curado.

Observação 11.^a

J. F. O., 76 anos, viuvo, mendigo. Entrou a 11 d'Outubro de 1916 e saiu a 17 de Novembro de 1916.

ESTADO ACTUAL

Dôres na articulação da espadua esquerda que o impedia de realizar movimentos.

Dôres as longo dos espaços intercostais e em circumferencia.

Todas com caracter vespertino.

Ganglios inguino-crurais numerosos.

Apetite; lingua ligeiramente saburrosa. Constipação.

Tosse com expectoração muco-porulenta.

A' auscultação sinais de bronquite crónica. Pulso regular. 60 um pouco hipotenso.

Ruidos cardiacos apagados.

Ausencia de temperatura. Astenia funda. Reacção de Wassermann positiva.

HISTORIA DA DOENÇA

Ha 2 meses doente. Impossibilidade de flexão do tronco por muitas dores.

Impossibilidade do decubito lateral esquerdo tambem por causa das dores que tinha.

A inspiração profunda provocava tambem dores.

Todas estas dores eram superficiais e tinham o caracter de exacerbação vespertina.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS

Mãe falecida aos 63 anos. Pai idem d'uma doença vesical.

Sua mulher faleceu de tuberculose laringea. Um filho falecido aos 14 meses.

Sarampo em creança. Febre tifoide aos 17 anos.

Blenorragia aos 24 anos.

Cancro duro aos 29 anos fazendo n'essa altura tratamento especifico. Uma adenite aos 31 anos.

TRATAMENTO

De 11 a 22 d'outubro — Arseniato de soda, em poção.

De 21 a 29 « — Sulfato d'estrichinina em injeção.

De 1 a 10 de Novembro — Benzoato de Hg. em injeção.

De 14 a 17 « — Glicero-fosfato de cal em hostias.

Saiu curado.

*

* *

— Apresenta-se agora à discussão o ultimo grupo de doentes que pude colher para êste meu estudo.

Aqui o diagnostico está melhor esclarecido, não se prestando tanto a confusões como nos doentes anteriores, e individualisa-se portanto muito mais o reumatismo sifilitico.

Contudo ainda ha o seu «senão» aqui e acolá, que eu vou acentuar e interpretar.

O primeiro doente J. A. M. conta na historia da sua doença um ataque agudo de reumatismo com arripios, febre, suores, dores articulares e tumefação do joelho e calcanhar direito, que melhorando d'elle algum tempo depois se reacendeu na articulação coxo-femural esquerda; tendo alem d'isso, cefalagias, lingua saburrosa, anorexia etc. e que sendo tratado pelo salicilato de sodio, melhorou ainda que, não de todo.

Ao mesmo tempo nos seus antecedentes mortidos conta que ha 10 anos teve outro ataque de reumatismo que lhes percorreu varias articulações e o fez estar acamado 6 meses.

Pareceria portanto mais ser um caso de reumatismo articular agudo do que propriamente de reumatismo sifilitico.

Ora infelizmente essa sitomatologia está insufficientemente colhida e eu não posso fazer um juizo absoluto e certo sob a natureza d'esses ataques reumatismais; todavia, julgo que se realmente fossem de reumatismo articular agudo, e refiro-me mais em especial ao 2.º ataque, em virtude da intensidade do processo infeccioso deveria ser mais generalizado o ataque articular; o estado geral deveria estar mais atingido, com uma anemia e uma astenia acentuada. O coração talvez não esti-

vesse tão íntegro e enfim a prova terapéutica, o tratamento específico deveria ser mais absoluto.

Mas suponhamos mesmo que assim fosse, que realmente se tivesse tratado de reumatismo articular agudo o que não padece dúvida é que o seu estado actual era o de um reumatismo sífilítico. E isso por varias causas e razões mais convincentes, a saber:

1.º — Dores articulares e dores osseas independentes do trabalho ou do repouso, mais intensas para a noite.

2.º — Cefalalgias vespertinas tambem. Queda do cabelo.

3.º — Gingivites frequentes, micro-poliadenia inguino-crural.

4.º — Pulso cheio e ruidos cardiacos normais. Ausencia de repercussão nas outras serosas.

5.º — Appetite; regular estado geral.

6.º — Ausencia de febre.

7.º — Reação da Wassermann positiva o que condiz com o passado venereo do doente e com os estigmates da pele. (A mulher teve 2 abortos).

8.º — Resultado absoluto do tratamento anti-sifilítico.

Nestas condições o diagnostico de reumatismo sífilítico actual impõe-se e se admitir-mos que os outras ataques de reumatismo foram de r. a. a. o que a mim não me repugna acreditar, vemos que então n'este caso a sífilis transformou esse reumatismo, impoz-se o treponema ao agente específico, ou encontrando um terreno articular mais ou menos predisposto por um ou mais ataques, e uma causa ocasional tão importante na genése de qualquer d'elles, — o frio humido, fez passado 10 anos refflorir um reumatismo extinto, sífilítico ou não, n'um que o é agora.

E isto egualmente tambem não repugna acreditar que o não fosse, pois a sífilis é infelizmente capaz de tudo.

E não falo nos outros reumatismos porque como é facil de ver não teem aqui cabimento.

Dito isto passêmos a analisar os outros.

O 3.^o doente D. T. S. parece ser um sifilitico hereditario, apesar de narrar nos seus antecedentes uma afecção que ele diz ser cancro duro, mas que talvez o não fosse porque não tinha os estigmates locais ou gerais d'isso no seu *estado actual*. Por outro lado ele refere ter sido muito doente em pequeno, muito fraco, com queda rapida dos primeiras dentes e sempre amparado por tonicos, banhos de mar etc.

Não tem a linfangite própria dos tuberculosos ganglionares e, tenho pena de a observação que não foi feita por mim, não estar devidamente completa, não mencionando varios stigmates que talvez tivesse, como no facies, nos dentes etc. etc. e nos seus antecedentes hereditarios refere que o pai morreu *paralitico* e a mãe teve 11 filhos dos quais 6 mortos de tenra idade e mais dois abortos.

D'esta sorte pois parece tratar-se mais d'um caso de reumatismo sifilitico n'um hereditario.

Tanto este como os restantes doentes não oferece duvidas a natureza dos seus reumatismos.

A ausencia d'uma blenorragia põe logo de parte a possivel confusão com um d'esta natureza. Com outros quaisquer e muito especialmente com os de Achalme ou de Poncet, applicando a qualquer d'elles as considerações que atraz já fiz, ve-se bem que nenhum d'elles aqui se pode implantar. Por contra o r. sifilitico está bem nitido:

—já pelo seu inicio sem reacção inflammatoria apreciavel, extensão do processo ás varias articulações sempre em reduzido numero sem caracter de bilateralidade, de simetria ou de ordem, com derrame articular pequeno quando o ha.

—já pelo carecteristico das suas dores sempre para a noite. já pelos sinais accessorios tirados do seu aparelho circulatorio.

—já pela coesistencia de sinais de uma sífilis adquirida ou hereditaria.

—já finalmente pela efficácia do tratamento especifico.

Conclusão

Apresentados os casos, discutidos e justificados portanto o diagnóstico feito, façamos pois a seguir a nosologia da afeção, a nosologia do *reumatismo sífilítico*.

Vem a propósito dizer que não me quero referir ás dores reumatoides ou outras quaisquer lesões osteo-articulares que a sífilis no seu secundarismo apresenta acessoriamente, mas sómente tirar dos factos a regra, isto é, demonstrar com os doentes atrás que éla como a tuberculose, a blenorragia etc. pode dar-nos e dá uma forma do seu terciarismo, nitidamente reumatismal, um reumatismo nitidamente individualisado, que as mais das vezes, como disse, se confunde com outros reumatismos e em particular com o articular agudo.

O reumatismo sífilítico atinge não só individuos que adquiriram a sua sífilis, como aqueles que a herdaram.

E' mais frequente nos homens que na mulheres, e isso facilmente se comprehende.

Aparece em todas as edades exceto talvez na infancia, mas o seu optimum é na idade adulta, dos 20 aos 40 anos.

E' d'uma evolução prolongada reaparecendo com mais frequencia e intensidade se não tiver sido tratado convenientemente.

Para a sua éclosão concorrem duas ordens de causas: *ocasionais* e *individuais*.

Como *causas occasionais*, temos:

— O *frio*, e mais especialmente o frio ihumido. Os celebres arrepios ou resfriamentos a segura uma queda d'agua estando o corpo quente.

O frio humido «à la longue», dos soldados em campanha etc.

— O *cansaço*, a surmenage, abrindo a porta ao reumatismo por dois processos: em irritando mecanicamente as articulações, sobretudo as do membro inferior, por excesso de artrite e trabalho que as colocou em estado de oportunidade morbida; — em

lançando na economia, os productos de desassimilação muscular carregadas d'ácidos ou leucomainas que exgotam o organismo e o predispõe ao ataque.

E combinados estes dois factores podemos também dizer que certas profissões expõem mais particularmente ao reumatismo como soldados, mendigos, cosinheiros, lavadeiras, ferro-viarios, etc.

Como *causas individuais*, temos a predisposição senão hereditaria, a predisposição especial do terreno articular e peri-articular, como n'alguns doentes se torna flagrante, apresentando anteriormente artrites diversas, de que lhe resultaram anquiloses.

E finalmente, ainda, um estado asténico arrosando-se desde ha muito, uma debilitação geral, fructo já talvez da infeção antiga e mal cuidada.

Vê-se pois a semelhança que n'isto ha com o que acontece para o reumatismo articular agudo.

Inicia-se; tanto duma maneira brusca e violenta com febre, arrepios, suores febre, como, e é a maioria dos casos, d'uma forma bem menos aguda, lenta e progressiva, mas não tanto como a do reumatismo de Poncet.

Atinge duas ou tres articulações, ou então muitas mais sem character de simetria, regularidade, talvez com mais predileção as dos membros inferiores joelho anca, calcanhar (são as que mais trabalham;) umas vezes fixando-se nas primitivamente atingidas, outras vezes estendendo-se a outras, mas sem o character peregrinante do r. a. a.

Periodo d'estado A reacção local não é intensa. Dos quatro classicos sintomas da artrite: dôr, calor, rubôr e tumôr, apenas é o primeiro, a dôr, mais acentuada geralmente e, sempre com o character vespertino. A tumefação vê-se bastantes veses também; o derrame é pequeno e prontamente se reabsorve.

A fébre que se mostra bastas vezes nunca é elevada; é semelhante á febre sifilitica.

O pulso acompanha a temperatura mas nunca se nota elevada tachicardia, e os sinais acusticos do coração mostram-nos, ou fazem-nos suspeitar pelo menos, d'um certo grau de esclerose aortica a desenharem-se e traduzindo-se pela rudeza do 2.º ruido.

Suores, não têm aqui, quando aparecem, o que é raro, nada de caracteristico.

A anemia nota-se em especial nos individuos debilitados e com a sua sifilis mal tratada e é mais uma anemia por depauperamento e resultante da infeção sifilitica. E' a anemia caracteristica dos sifiliticos que nunca é tão profunda como no reumatismo articular agudo, por exemplo,

Como se vê, o reumatismo sifilitico reproduz mais ou menos o quadro do reumatismo articular agudo, e é á investigação clinica minuciosa que cabe resolver a patogenia.

D'essa investigação ha pontos capitais a procurar que eu tenho dito mais que uma vez e que não é demais repetir. São :

- *Character das dores* — vespertinas.
- « *da febre* — não muito elevada.
- « *articular* — oligo articular.
- *Sinais cardiacos* — 2.º ruido vibrante.

— *Sinais accessorios de sifilis adquirida ou herdada* — poliademia caracteristica, cefaleias vespertinas, queda de cabêlo, estomatites, gingivites, laringites e farigites, maculas ou cicatrizes, abortos, etc. etc.

Finalmente o laboratorio com as suas variadas reações quando isso fôr possivel.

Paa melhor e mais praticamente ajuizarmos das differenças que extremam os quatro reumatismos mais importantes: articular agudo, sifilitico, tuberculoso e blenorrágico eu vou resumir no quadro seguinte as suas mais importantes e caracteristicas sintomatologias.

**REUMATISMO ARTICULAR
AGUDO**

- a) Dores articulares espontaneas ou provocadas, com edema calor, rubor «in loco», e impotencia funcional,
- b) Caracter poliarticular, movel e peregrinante.
- c) Derrame aparecendo e reabsorvendo-se prontamente.
- d) Reação febril elevada com sudação e anemia.
- e) Precedencia da humidade resfriado, angina, etc.
- f) Predisposição a novos ataques reumatismais sob a ação de qualquer causa endo ou exogenea.
- g) Repercussão sobre o coração e as serosas, segundo a lei de Bouillaud.
- h) Ação pronta e eficaz do salicinato de sodio ou coloidais (ouro e enxofre).

REUMATISMO SIFILITICO

- a) Artrálgias e dores osteocopas mais para a tarde, com ausencia de rubor, tumefação relativa e impotencia funcional com o repouso.
- b) Caracter oligo-articular.
- c) Derrame pequeno e fugaz.
- d) Apirexia ou febre não muito elevada, sem sudação.
- e) Antecedencia pessoal ou hereditaria luetica.
- f) Positividade da reação de Wassermann.
- g) Ausencia de repercussas nas serosas.
- h) Ação pronta e eficaz da medicação especifica (Iodeto e mercurio, mais especialmente).

REUMATISMO TUBERCULOSO

- a) Dores nas grandes articulações sem reação inflamatória, surdas, pouco intensas e atenuando-se com o repouso.
- b) Caracter mono-articular.
- c) Derrame, quando o ha reabsorvendo-se com dificuldade.
- d) Febrículas, suores, emagrecimento e anorexia.
- e) Estigmates de tuberculose adquirida ou herdada.
- f) Tendencia á cronicidade e auquilose.
- g) Ausencia de repercussão nas serosas.
- h) Ineficacia da medicação salicilada ou outra, que não a d'um tratamento tonico e especifico.

REUMATISMO BLENORRÁGICO

- a) Dores articulares vivas mais pela manhã, desaparecendo com a marcha, com calor, rubôr, impotencia funcional e empastamento «in loco».
- b) Caracter mono ou oligo-articular e sucessivo, (joelho, calcanhar, punho, cotovêlo, e temporo-maxilar).
- c) Derrame aparecendo rapidamente e difficilmente reabsorvido; tendencia á auquilose e cronicidade.
- d) Apirexia ou febre pouco elevada, sem sudação.
- e) Antecedencia pessoal ou coexistencia blenorragica, acompanhando a evolução desta.
- f) Ataque ás articulações cada vez que contrae nova blenorragia ou reaparece a antiga, evolucionando a par.
- g) Escacez na repercussão ás serosas.
- h) Ineficacia da medicação salicilada e ação eficaz da vacinoterapia.

Pôsto isto e para terminar passemos a dizer algumas coisas sobre o

TRATAMENTO

O ideal, o melhor tratamento entre os tratamentos que se possam aplicar a uma certa doença, é sem duvida o tratamento causal, o tratamento etiologico.

Aqui felizmente é um d'esses casos.

O reumatismo sifilitico como parente intimo que é da sífilis, como accidente terciario d'esta, participa do tratamento especifico.

E' o seu grande tratamento, aquele de que tão brilhantes resultados se obteem, é emfim o *iodeto de K*, associado à cura mercurial e arsenical, os agentes em que se resume o tratamento do reumatismo sifilitico.

O iodeto de potassio combate a febre, combate excelentemente a dôr, polariza, limpa por assim dizer aquelas articulações que os doentes não podiam mover ou fazer uso, impotente pelas suas dores.

E bom de vêr que para aquelas em que a anquilose as soldou o tratamento medico é absolutamente ineficaz; mas em compensação outras em que uma anquilose se dezenha, ela não avança e nas outras não se fazem se o tratamento fôr bem feito e seguido.

Casos ha, talvez aqueles em que participe tambem o reumatismo articular agudo, já na sua antecedencia, já no seu estado actual que a associação do iodeto de *K* com o salicilato de sodia parece ser mais eficaz.

Contudo o iodeto satisfaz plenamente, ajudado depois, é claro, com o restante do tratamento especifico, isto é; com o tratamento mercurial.

O meio pelo qual foi administrado aos nossos doentes, foi por via bucal e em solução.

Não é preciso doses elevadas. Basta que principiemos por uma grama e hebdomedariamente por exemplo, elevar meio grama. Foi a dose empregada, e foi-a sempre sufficiente.

A diluição da solução era de 1 para 20 em agua *fervida*, diluição esta perfeitamente tolerada pelos doentes. Administrava-se como é de regra administrar, isto é, ás refeições.

O tratamento mercurial fez se com uma injeção diaria d'um sal soluvel, benzoato ou biiodeto, e poder-se-ia fazer por qualquer outro processo por demais conhecido no tratamento sifilítico.

Deram-se por vezes, pequenos sinais d'intolerancia da parte dos doentes como: diarreia, lingua saburrosa e por veses um gancho no grafico da temperatura.

Para obviar a esse inconveniente administrava-mos aos doentes, juntamente, o enxofre sublimado e lavado na dose de 25 centigramas duas vezes por dia, com ótimo resultado.

Na verdade o enxofre alem de produzir uma melhor assimilação mercurial e fazer portante que se tire o maximo de rendimento terapeutica d'este, torna tambem toleravel d'uma maneira flagrante a administração d'este. Isto talvez pela sua ação de facilitar pela pele uma maior eliminação do toxico.

Além d'isso o enxofre tem propriedades nutritivas gerais apreciaveis, e a sua ação sobre as dores articulares e reumatismo crónico é por todos demais conhecido.

E' em suma um bom adjuvante do tratamento misto: — iodo-mercurial.

Acessoriamente, segundo os casos reclamem, podemos usar o cacodilato de soda, e outros tónicos quaisquer, se os doentes se apresentam mais ou menos astenisados etc.

Falar ainda nas mil e umas coisas que local-

mente ou não, se applicam nos reumatismos, como banhos de vapor etc. etc. julgo ser desnecessario,

Só me parece importante e mesmo muito importante o fazer-se o estudo e o ensaio da electrotherapia às formas anquilosantes que me parece poder dar bom resultado em virtude do exito da diathermia e outros processos d'applicação electrica modernas sobre variadas anquiloses.

Tenho muita esperança n'estes tratamentos pois já tive occasião de observar alguns, poucos sim, casos, em que em tal tratamento fundiu por assim dizer os tractos fitrosos immobilizando as articulações e pôz estas nas suas condições primitivas. Entenda-se bem, contudo, que não foram anquiloses a seguir a um reumatismo sifilitico, as que eu vi; mas o processo pouco póde diferir.

VISTO.

PODE IMPRIMIR-SE.

Thiago d'Almeida.

Maximiano Lemos.

33 VI

VII

Observação

No texto ha pequenos erros tipograficos que me abstenho de anotar aqui, visto que são facilmente corrigiveis pela leitura.