

**H. GOMES DE ARAÚJO**

**OS**  
**REUMATISMOS**

**NOS SEUS ASPECTOS  
CLÍNICO, SOCIAL E MÉDICO-LEGAL**

**COM UM PREFÁCIO DO  
Doutor A. DA ROCHA BRITO**

**Professor de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Coimbra**



**1943**

**LIVRARIA LOPES DA SILVA  
Rua Chã — Porto**

Sala A

Est. 11

Tab. 2

N.º 26

**OS REUMATISMOS**



**H. GOMES DE ARAÚJO**

Sócio correspondente da Academia de Medicina de Madride  
Director do Refúgio da Parálise Infantil da Foz-do-Douro  
Especializado nas Doenças Neuro-artríticas

# OS REUMATISMOS

COM UM PREFÁCIO DO

**Doutor A. DA ROCHA BRITO**

Professor de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Coimbra

•Every disease with a social significance must be fought at the beginning and not at the end• (toda a doença de importância social deve ser combatida no seu início e não se esperar pelo fim).

•Jeder Rheumapatient bildet für sich ein neues Problem für den Mediziner• (cada doente de reumatismo oferece ao médico um Problema novo).

Acta Reumatológica — Ano V, n.º 17 — Amesterdão, Maio de 1935.



UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS MÉDICAS

AC  
MNCI  
616  
ARA



1943

**LIVRARIA LOPES DA SILVA**

Rua Chã — Pôrto

N.º 10000 DE 1910

Publicado em 10 de Junho de 1910  
Livraria Lello e Irmão, Lda.  
Rua Formosa, 108-116 - Porto

OS REUMATISMOS

DE

---

**PROPRIEDADE DO AUTOR**

---



## CARTA-PREFÁCIO

*Meu velho Amigo:*

*Velho só na amizade, que conta já alguns decênios, porque é sempre novo, apesar de volvido o meio século, no entusiasmo pela profissão, na avidéz do saber, na vivacidade do espírito, no brilho da conversa, na iniciativa fecunda, na realização da Assistência Social, no carinho pelos doentes, finalmente no vigor com que escreveu êste seu último livro sôbre Os Reumatismos, para cuja crítica me solicita duas palavras.*

*Pois aí vão as duas palavras colhidas na impressão que me deixou o livro na sua primeira leitura: MUITO BOM.*

*Sem ultrapassar o limite imposto, eu posso, no entanto, esclarecer e explicar aquelas duas palavras.*

*Um livro de medicina, para ser muito bom, tem de ser útil.*

*Êste é-o sem a menor contestação. Antes de mais, porque veio na devida altura. Fazia-se sentir a falta de um livro como o seu, que vem preencher uma lacuna*

na nossa míngua literatura médica. Fôsse êle apenas uma obra de actualização bem feita e cuidadosa e seria bem-vindo neste doloroso transe da humanidade em que tudo vai rareando: jornais, revistas e livros de medicina, mas êste trabalho, mesmo em qualquer situação normal, seria recebido com agrado e proveito, porque todo o trabalho honesto e inteligente que actualize assuntos tão difíceis e complexos, como os dos reumatismos, tão ricos de bibliografia e tão na ordem do dia pelo seu aspecto social, é de indiscutível utilidade.

Mas, o livro é muito bom, porque é mais e melhor do que uma simples actualização. Baseia-se sôbre a longa experiência do autor, que durante mais de uma trintena de anos se especializou neste capítulo. Clínico sagaz, tendo aprendido com o ensino teórico dos livros e ainda mais com a experiência própria, é o fruto sazonado dessa experiência que nos oferece. Por isso, todo o livro está recheado de idéias originais, de novos conceitos, corajosamente apresentados, que não posso apreciar e criticar como merece na escassa página concedida.

Inconformista por índole, pensando principalmente pela sua cabeça, observando com penetração, gostando dos caminhos não trilhados ou menos seguidos, é de crer que muitos dos seus pontos de vista, sobretudo no campo da patogenia, suscitem a discussão e a controvérsia. Estas, porém, quando feitas com nobreza e lealdade, longe de desmerecerem, antes valorizam a obra e o autor, por suscitarem o aparecimento de novas hipóteses. Mas, a hipótese de hoje não é a verdade de

*amanhã? Verdade que em medicina está bem escondida no fundo dum poço...*

*Embora ferindo a sua modéstia é-me agradável dizer bem do livro. É tão bom elogiar quando se pode, que nada tem a agradecer-me.*

*Um abraço de parabéns do Colega e velho Amigo*

**A. DA ROCHA BRITO.**



## PRÉVIAS EXPLICAÇÕES

*Em publicarmos o presente trabalho não temos a veleidade de difundir altas novidades, idéias originais ou originais modos de agir.*

*Tão-pouco nos limitámos a simples decalque do que está feito lá fora (entre nós é esta a primeira obra reumatológica de conjunto), até porque a sua índole é tão diversa e tão variadamente conceituados são os seus objectivos — os Reumatismos — que, imitar os trabalhos estrangeiros, seria exhibir uma bibliografia «babélica» e imensa.*

*As nossas pretensões são outras e, bem que forçadamente complexas, de feição mais modesta, apenas, quanto possível, proficuas.*

*É grande e complicado o problema dos Reumatismos, quer sob o ponto de vista médico, quer sob o social.*

*Sendo velho como o Homem, com cunho científico é-o de há menos de quarenta anos.*

*Por tôda a parte se lhe vão dedicando com entusiasmo progressivo pela investigação e pela organização de Ligas e de Centros. Portugal permanece silencioso e isso não se harmoniza com aquêlê grau de civilização que pretendemos patentear, nem se amolda àquela carinhosa consideração com que presentemente estamos a ser vistos.*

*Seja êste nosso o primeiro escutado grito de desafio aos estudiosos e de alarme aos que têm o encargo de velar pela Saúde Pública, base da robustez dos indivíduos, das nações, da humanidade.*

*Que o seja, pelo menos quanto o tem sido a nossa campanha pró «Paralisia Infantil», esta e o Reumatismo, quanto a nós, os dois problemas médico-sociais que, se o não são, pelo menos ombreiam com os maiores flagelos mórbidos.*

*Que êste trabalho vai ser benèvolamente acolhido, mostram-no-lo as palavras lisonjeiras de muitos pre-*

zados colegas leitores das Revistas profissionais do Pôrto, de Coimbra e de Lisboa que tão gentilmente publicaram, já, vários dos seus capítulos ou longos excertos.

No decurso da nossa exposição notar-se-á: manifesto cunho pessoal na análise dos factos e na crítica das doutrinas polimorfas e poliglóticas da Reumatologia, tantos e postos em tão diversos modos de dizer, de terminologia técnica; a arrumação tão didáctica, quanto possível; o esforço persistente para a unificação da linguagem e sua firme significação; a marcação do equilíbrio entre o confuso desmembramento e o excessivo unitarismo; a maneira muito pessoal de interpretar determinados fenómenos, a despeito de, assim, nos collocarmos em situação oposta à universalmente adoptada, tal o formidável feixe da Neuro-Reumatologia constituído por essas nevrálgias ciáticas, cérvico-braquiaes, intercostaes, crurais, etc., do nosso

*convívio prático quotidiano; a concepção utilitária das feições oferecidas por determinadas síndromes, tais a Gota úrica, as Artroses e, enfim, a introdução de um esboço de considerandos sobre as relações entre a Medicina Legal e a Reumatologia, questão a desabrochar, já, contudo, de evidentes promessas a acrescentar às, em parte já convertidas em factos deslumbradores, da Medicina Social, o mais valioso e fecundo departamento da Sociologia intelectual e pacífica que em breve há-de volver-nos num mundo melhor.*

Novembro de 1942.

## I PARTE

# INICIAÇÃO REUMATOLÓGICA

### Memorando anátomo-fisiológico das articulações

Anatomia. — Tôda a articulação móvel, — e na Reumatologia clínica não nos interessam as sinartroses, e as próprias anfiartroses só de movimentos relativamente amplos — compõe-se de duas ou mais superfícies ósseas, das cartilagens que as recobrem e de uma membrana fina de feição serosa, lisa ou vilosa, coberta e apoiada a uma outra mais espessa, mais robusta — a cápsula articular — e dos ligamentos. Êstes e alguns tendões estreitamente unidos à cápsula, compartilham de muitas das suas vicissitudes.

Um líquido filante banha a cavidade articular, lubrificando-a e nutrindo as cartilagens na sua parte central. — A cavidade articular por vezes ultrapassa as superfícies dos ossos da articulação e prolonga-se por sacos em franca comunicação para fora delas,

tal o que acontece sobretudo nos joelhos e nos ombros, nêles fazendo-se o prolongamento da sinovial.

Mas, além dêstes prolongamentos inter-articulares, há cavidades fechadas independentes, de valioso papel funcional e de notável valor patológico e é à articulação escápulo-humeral que estão juntos os mais importantes, com papel principal nas suas peri-artrites, que são os modelos dêste género das afecções periarticulares.

Resumindo: Epífises ósseas, cartilagens de revestimento e sinovial formam a tríade essencial das articulações; normal ou patològicamente com aquêles elementos compartilham a cápsula, os ligamentos e os tendões e até os músculos.

Histofisiologia.—Uma cavidade articular é uma *cavidade conjuntiva* e a sua parede é a sinovial. Esta é sempre constituída por tecido *conjuntivo* onde se encontra um plano retículo-endotelial, um conjuntivo *histiocitário*.

As vilosidades sinoviais têm o seu eixo central constituído por um tecido conjuntivo bem vascularizado, revestido de *células* histiocitárias assentes numa trama *reticulada*, células que têm todos os atributos do histiócito banal, *fagocitando, fixando, mobilizando-se metabolizando e incorporando as bactérias*, chegando até a corar por certos corantes vitais.

Na doença de CHAUFFARD-STILL a sinovial participa, como o baço, os gânglios linfáticos, como todos os órgãos portadores de tecido retículo-endotelial, do

processo mórbido e apresenta análogas lesões histológicas do tecido mesenquimatoso.

Também o sistema articular compartilha nos acidentes de ordem anafiláctica. No decurso dos *acidentes séricos*, nota-se que as artropatias acompanham, além dos fenómenos cutâneos e vasculares, uma reacção *ganglionar* difusa.

Os problemas levantados por estas artropatias séricas levam a reconhecer a existência de uma relação segura entre elas e os acidentes anafilácticos.

De facto, este exemplo é susceptível de nos deixar entrever o laço que pode eventualmente unir estas localizações patológicas, tão diversas em sede, mas idênticas pela sua natureza mesenquimatosa.

Em tudo se verifica que o animador destas perturbações anafilácticas é o *sistema neuro-vegetativo*, intervindo na vida do tecido endotelial.

O sistema autónomo não se avanteja só pelas reacções *vaso-motoras*; são também fundamentais as suas funções dinâmica e trófica.

Parece seguro que as conexões do tecido retículo-endotelial com o simpático sejam tais, que *tôda a modificação funcional, tôda a perturbação do simpático terá infalivelmente a sua repercussão no comportamento e na vitalidade das células do tecido retículo-endotelial.*

A fisiopatologia da escarlatina mostra-nos a grande afinidade da toxina estreptocócica pelo sistema neuro-vegetativo. Por outro lado a intra-dermo-reacção à toxina de DICK cresce depois da desapareição

do exantema para tornar-se fortemente positiva no momento em que estala a síndrome secundária, dizem-nos TESSIER e COSTE, parecendo a diversos autores que as artralguas precoces, o exantema e as outras manifestações concomitantes são os sinais da impregnação tóxica e atribuem alto papel à *sensibilização do organismo para esta toxina na aparição das artralguas tardias*. (LAPORTE entre outros) (1).

A sinovial, nas suas variadas lesões, pode ter as suas vilosidades calcificadas, ou seja fixas, ou seja soltas, o que dá muitas vezes os *corpos estranhos* intra-articulares, causa de muitos distúrbios das articulações.

\*

### Proposições fundamentais da Reumatologia

Noções avulsas que são fundamentais e constituem o breviário do clínico reumatologista achamos conveniente agregá-las nos degraus da ascensão a este departamento nosológico:

1.<sup>a</sup> — As dores nas articulações em *repouso*, ora traduzem as artralguas essenciais (?) ora artropatias

---

(1) Esta série de considerações assenta nos trabalhos:

a) Polícard «Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique» — Paris — Masson, 1939.

b) A. DU BOIS, CLEMENTE et LEMOIRE, COMTE, etc., in *Révue du Rhumatisme*—Nov. 1939—artigo de De SÈZE, GILLOT e SÉRON.

inflamatórias ou **artrites**, agudas ou crónicas, infecciosas ou tóxicas.

As dores despertadas só pelos movimentos, significam lesões de ordem degenerativa ou **artroses**, ou a fase penúltima da evolução das artrites, a pré-anquilosante, que tem muita feição *artrótica*.

2.<sup>a</sup> — Sempre que uma artropatia se acompanhe de atrofia muscular precoces, ela é inflamatória.

3.<sup>a</sup> — O sinal articular de LASÈGUE, que consiste em se poderem mover, sem dor, os segmentos da articulação *afectada*, uma vez obtido o relaxamento dos músculos respectivos, é sinal de *artrite* ou artropatia inflamatória e muito característica (embora por vezes difícil) do Reumatismo de BOUILLAUD (R.<sup>o</sup> P.<sup>ar</sup> Agudo).

4.<sup>a</sup> — O Reumatismo de BOUILLAUD nas crianças e jovens, em que é máximamente freqüente, é muito mais cardíaco (visceral) do que articular, e muito mais articular do que visceral nos adultos e nos velhos, em quem, aliás, é mais raro.

5.<sup>a</sup> — A *doença reumatismal*, designação hoje por muitos preferível à de R.<sup>o</sup> de BOUILLAUD ou P.<sup>ar</sup> Agudo, dado o seu feitio proteico, geral, de todo o organismo, deve lembrar-nos em face de certos casos febris, arrastados, inexplicáveis, os quais, sob a acção da saliciloterapia, podem dar-nos curas de aspecto miraculoso, isto mesmo numa normalidade articular.

6.<sup>a</sup> — Os tipos pícnicos, robustos, fortes, são apañágio dos reumatismos dismetabólicos — o gotoso

sobretudo; os leptosémicos, os asténicos, débeis, são-no dos reumatismos inflamatórios — artrites agudas ou crónicas, quasi tôdas de feição infecciosa.

7.<sup>a</sup> — Há uma notável relação entre os agravamentos e a perseverança ou rebeldia das afecções reumatismais e as emoções, particularmente, como é tanto da nossa observação, no respeitante às espondilites e mormente às espondiloses ou Reumatismo Vertebral — (relações íntimas entre os centros nervosos de relação e os centros neuro-vegetativos).

8.<sup>a</sup> — Daqui, casos ostensivamente gravíssimos de *cura rápida*, atribuídos a esta ou àquela forma terapêutica, em que só a injunção psíquica, quantas vezes inconsciente e involuntária, foi o único agente eficaz (exemplo às lamentáveis *assuerices* de 1929).

9.<sup>a</sup> — As artrites crónicas infecciosas têm em geral fatal tendência para a anquilose — equivalente à invalidez funcional, o que impõe ao assistente, antes de tudo, a *escolha da melhor posição articular*.

10.<sup>a</sup> — As artroses primitivas não evoluem para a anquilose, a não ser que a elas se sobreponha um processo inflamatório. Como corolário, pode afirmar-se que uma artropatia mobilizada pode caminhar para a artrose; imobilizada, para a anquilose. A mobilização, por isso, oportunamente estabelecida, quando possível, é de alta importância. As artrites agudas, porém, exigem imobilidade, que, aliás, automática e reflexamente se estabelece.

11.<sup>a</sup> — As periartrites da espádua, sobretudo, a despeito da sua intensidade e da sua rigidez, são

geralmente de bom prognóstico, ainda que a renormalização leve meses e até mais de um ano.

12.<sup>a</sup> — O estado geral nada ou pouco se ressentem nas artroses primitivas, nas artrites metabólicas e nas neuro-endócrinas, mas deprime-se notavelmente nas artrites infecciosas principalmente crônicas.

13.<sup>a</sup> — As cartilagens articulares, pelo menos além dos 25 anos, são nutridas no centro por imbibição sinovial, na periferia pelas artérias periarticulares. Daqui resulta não poderem ser afectadas primitivamente por processos inflamatórios, e, uma vez gastas ou «usadas» não poderem regenerar-se, bem como a existência dos condro-osteófitos ter lugar só nos rebordos da articulação.

14.<sup>a</sup> — As cartilagens articulares também não têm nervos, pelo que, as lesões a elas limitadas, não são dolorosas. Disto resulta surpreendermos nos velhos roçagens, crepitações, deformações até, ignoradas pelos seus portadores. Isto determina freqüentes deformações com alterações estáticas e dinâmicas, de melindrosas conseqüências, no raquis, bem assim a existência, sem protestos, de poliartroses simples.

15.<sup>a</sup> — As artropatias degenerativas — *artroses* — começam sempre pelas cartilagens e só tardiamente poderão despertar alterações sinoviais; as inflamatórias ou *artrites* têm o seu início na sinovial e, só nas fases avançadas da sua evolução, atingem as cartilagens, quasi sempre com a sua destruição e aposição de um *panus* fibroso e fibro-ósseo criador da anquilose.

16.<sup>a</sup> — As artroses deformantes são caracterizadas por saliências ósseas — *osteófitos* — de tamanho proporcional ao desgaste articular, como meio de compensação do esforço feito na articulação e, assim, quanto ao raquis, SCHMORL chamou a atenção para a sua existência predominante do lado da concavidade da curvatura escoliótica ou cifótica.

17.<sup>a</sup> — Os núcleos pulposos das cartilagens que formam as meniscas da coluna vertebral são autênticas molas para a distribuição das forças que actuam sobre, e pelo raquis, facilitando assim a sua elasticidade e amoldabilidade às necessárias posições.

18.<sup>a</sup> — É nossa convicção pessoal que as grandes artralguas e principalmente as chamadas «neuralguas irradiadas» do raquis, são obra do simpático, pois não se compreende que sejam os nervos sensitivos da vida de relação os seus veículos, visto as dores serem centrífugas e o fluxo daqueles nervos ser centrípeto.

19.<sup>a</sup> — A coluna vertebral e os membros inferiores constituem uma *unidade estática*. As perturbações de um repercutem-se nos outros elementos dêste tripé organo-funcional. Assim, um *pé-raso* ou um joelho valgo podem contribuir intensamente para a formação das espondiloses, etc.

20.<sup>a</sup> — Dos estudos experimentais de BURCKARDT, VAUBEL, KLINGE e outros chegou-se a esta conclusão que os factos da clínica confirmam: «Um repouso absoluto das extremidades articulares *sem lesão* articular simultânea nem conduz à anquilose nem à

artrose deformante. Esta só se origina nas articulações *que se movem* e nunca nas que se mantêm em repouso. A anquilose dá-se apenas nas articulações inflamadas (artrites) inteiramente imóveis. As próprias artrites mobilizadas podem levar até à artrose, mas não à anquilose. As artrites incompletamente fixas podem conduzir à associação anquilose-deformação».

\*

### Reumatismo e «Reumatismos»—O conceito que adoptamos—Classificação

É bem diversa a nossa posição, segundo nos consideramos num campo meramente especulativo, ou no terreno vasto da prática e, assim, impõe-se-nos, no primeiro caso, uma delimitação, tanto quanto possível cientificamente marcada do *Reumatismo*, e no segundo a noção de espécies mórbidas diversas mas tradicional e clinicamente reumatiformes ou *Reumatismos*.

Vai muito remota a era em que o Reumatismo englobava uma infinidade de afecções articulares. Isolou-se do aglomerado primeiro a Gota. Com a era da infecção e da anatomia patológica e das variantes da morfologia clínica alargou-se o desmembramento, mas em tão grande número de espécies, quantas, por vezes mínimas, as variações de simples aspectos, com os nomes dos seus pesquisadores, até ao caos. Recentemente, desde há três décadas, com WEIN-

TRAUD e há pouco mais de 12 anos com KLINGE da Escola do PROF. HUECK de Leipzig uma tentativa de síntese demasiado estreita que, cheia de boas intenções, não deixa muito claro e seguro o problema.

Há pouco mais de um século que, com SEGLAS e sobretudo BOUILLAUD, entre os franceses e algumas escolas estrangeiras suas sequazes, e as nossas que sempre o foram até há bem pouco tempo, se firmara em dogma a existência de um só Reumatismo — sendo tôdas as afecções análogas os pseudo-reumatismos, Gota, poliartrites, etc., etc.

Efectivamente, o cortejo sintomático da angina, da cardiopatia, das artropatias, a febre, os suores e a preferência pelos jovens e a obediência específica ao salicilato de sódio, constituía bem as características de uma entidade sólida. Era o *Reumatismo* modêlo, franco, inconfundível. E um dos seus caracteres tido por importante pelos tempos fora era a ignorância da sua causa e da sua patogenia.

Os outros — tinham causa conhecida; eram também infecciosos — o gonocócico, o pneumocócico, o estreptocócico, o tuberculoso, o melitocócico, etc., andavam ligados às infecções gerais ou locais e sofriam as suas influências até de ordem terapêutica. Eram os pseudo-reumatismos. Havia a Gota úrica e depois as gotas cálcica e oxálica. Era o grupo de artropatias dismetabólicas.

Mais tarde, os reumatismos crônicos generalizados ou os parciais, infecciosos também, são considerados criptogénéticos; desconhece-se-lhes a espécie bacte-

riana específica, mas com BILLING e ROSENOW sonda-se-lhes a origem focal e são as artropatias focais.

E, finalmente, desde WEINTRAUD, 1913, o Reumatismo passa a ser outro bloco, informe também, cuja característica fundamental, é a sua formação por anafilaxia, ao que KLINGE, com VAUBEL e outros, após largas e muito curiosas experiências feitas na Escola de HUECK em Leipzig, criando o reumatismo proteínico experimental, deu larga e aliciadora documentação e consagração e criava-se assim a *doutrina unitária do Reumatismo*.

Nada ou pouco importaria a causa — bacteriana ou tóxica — tudo resultava da existência de uma sensibilização e de um desencadeante — proteína microbiana ou alimentar ou endo-tóxica, de um reactogénio na frase de TZANK.

De entre a complexa história do conceito de Reumatismo, êstes são os marcos ou aspectos principais.

Precisamos acrescentar que, a despeito da feição puritana dêstes moldes conceituosos que, olhados a rigor, mostravam como sacrílegas tôdas as discordâncias, sempre, e modernamente mais ainda na linguagem corrente das academias ou dos tratados ou manuais tão numerosos, aliás, a expressão *Reumatismo* empregava-se e emprega-se com designação bem menos purista e mais tradicional, e nós o fazemos também, como havemos de acentuar, tanto respeito nos merece a tradição popular e até a integrada numa ampla percentagem dos profissionais da Medicina de tôda a parte e de todos os tempos.

Abafando a custo a amplitude desta exposição histórica, que apenas costeamos de longe, vamos marcar a conduta adoptada para êste livro que é a que nas lides da clínica utilizamos.

Rigorosamente falando, um só *Reumatismo* conhecemos. É infeccioso, porque os testes biológicos das infecções e o seu aspecto clínico o qualificam, e clinicamente tem um quadro próprio e inconfundível a que não falta a sua anatomia patológica — o *granuloma* descoberto por ASCHOFF em 1904.

É um mal bem individualizado, a nosso ver, inconfundível, de causa microbiana *ignorada*, mesmo depois do alvitre do PROF. VIENEZ SINGUER, muito acarinhado e desenvolvido pelos anglo-saxões, segundo o qual o estreptococo *viridans* seria o seu agente bacteriano, e ainda resistente às pretensões de LÖWENSTEIN que o atribuía ao bacilo de Kock.

Êste reumatismo modelar, o mais consentâneo com o pensamento de Hipócrates — de *rheuna* articular, é conhecido lá fora por muitas designações e hoje, com certa justiça, por tôda a parte, mesmo na França sob a interferência do PROF. BEZANÇON, por *febre reumática*, para significar a vastidão do seu campo mórbido extra-articular.

Como êle, neste nosso trabalho, nos interessa particularmente no tocante às articulações, continuaremos a manter-lhe a designação adoptada nas nossas escolas de — *Reumatismo Poliarticular Agudo* — tornando-a sinónimo, por um escrúpulo de consciên-

cia profissional e histórica, de Reumatismo de Bouillaud.

\*

Marcado, assim, o que especulativamente conhecemos como Reumatismo propriamente dito, mostramos não nos agregarmos aos unitaristas.

E somo-lo, contudo, no que respeita às *artropatias crônicas inflamatórias*. — Aqui sim.

Menos pela amplitude das defesas da anafilactogenia reumatismal do que por uma dedução meramente clínica, para nós, tôdas as artrites crônicas formam um aglomerado *comum* «anônimo» ainda que lhes conheçamos a sua origem bacteriana, pois em grande parte ela é desconhecida e as artropatias são criptogenéticas como as do Reumatismo de BOUILLAUD, pelo que alguns autores alemães querem vê-las como Reumatismo de BOUILLAUD tornado crônico, a nosso ver injustificadamente.

Com efeito, tôdas são fundamentalmente infecciosas, feição crônica (de formação anafiláctica e não reaccional de defesa?) com ausência de micróbios e insusceptíveis de transmissão por inoculação do derame e mais ou menos semelhantes quanto à obediência à terapêutica — mormente pelos sais de ouro, pela piritoterapia e pela destruição dos focos ou das infecções gerais ou parciais de que dependem.

Um exemplo elucidativo: Um blenorragico uretral teve, dias, semanas ou meses depois, uma artrite óligo ou poliarticular que, pela origem, pela sintomatologia

clínica e pelos testes biológicos próprios, é classificada de artrite blenorragica ou, melhor, gonocócica. O gonococo não apareceu no derrame, outrossim a artrite iria para a supuração, caso em que não entrava já no quadro das artrites reumatiformes. Trata-se de um caso agudo, então obedecerá aos soros ou às vacinas específicas; tem até certo ponto um nome e uma realidade clínica. Passa ao estado crónico, ou apresenta-se primitivamente tal; a cura obtém-se tanto pela vacina específica, como pelas outras vacinas inespecíficas, como pelas substâncias piretogénicas — a sulfosina, o leite, o caseal, etc. — A cura foi inespecífica; foi estimuloterápica ou piritoterápica.

Outro exemplo. Como dissemos, as escolas alemãs admitem um reumatismo crónico tipo, secundário aã poliarticular agudo ou de BOUILLAUD, porque, dizem, lá estão o granuloma de ASCHOFF, a cardiopatia, a angina a demarcá-lo bem. Mas... o seu aspecto, dizem-no os mesmos autores, é análogo ao das outras poliartrites crónicas generalizadas e a desobediência ao salicilato é certa. — Logo: terapêutica? a comum.

Eis porque, a nosso ver, a doutrina unitária dos reumatismos, só cabe nas artrites crónicas. Estas merecem como que uma «vala comum» na nosografia reumatológica (1). — É chave de união a terapêutica e isso basta.

---

(1) Vejam-se muitas considerações nossas sôbre esta questão no capítulo *Reumatismos Crónicos — Artrites*.

Até aqui temo-nos referido às artrites infecciosas. Se avançarmos um pouco e, posta de parte a sua etiologia ainda tão pobre e parcialmente suposta conhecida — a dismetabolia das nucleínas — a *Gota úrica*, de feição geral também, quanto às articulações tem morfológica e patogênicamente muita analogia com as artrites anteriormente referidas, motivo porque, embora com direitos a entidade nosológica autónoma, independente, tem muito aspecto reumatiforme e por isso nesta obra, como na grande maioria dos livros que se ocupam da Reumatologia em conjunto, ela deve ser versada e encorporada no grupo das afecções reumatismais.

Há, porém, um feixe de artropatias não inflamatórias, que serão definidas, dentro em pouco, as artroses, que também enfileiram nos livros da Reumatologia e essas só têm de comum com as artrites a analogia de uma das fases últimas destas — a fase pré-anquilótica —, aliás, geralmente muito deficiente nas formações osteofíticas e até diferentes pelas idades dos portadores, tudo o que, na altura devida, será justamente apreciado.

Resumindo: *Reumatismo* — pròpriamente — um só; o Reumatismo de BOUILLAUD. Afecções articulares reumatiformes pelo aspecto clínico, pela patogenia, pela morfologia articular e sobretudo pela sua característica comum — a da ausência de supuração, necrose ou neoplasia — há todo um grupo que a tradição popular e até médico-clínica encorporou na massa dos *reumatismos*, circunstância que nenhum

inconveniente implica, uma vez que a cada uma delas seja dada a devida interpretação e o exacto sentido.

É assim se justifica a designação do presente trabalho «*Reumatismos*», o que abrange, por assim dizer, tôdas as artropatias do fôro médico e não cirúrgico.

\*

### Classificação

Do exposto se deduz que a elaboração de uma classificação cheia de chavêtas, agrupamentos de espécies e variedades, como o que habitualmente se vê em tôdas as obras reumatológicas de conjunto, pôr-nos-ia em franca incoerência. De resto, o arsenal terapêutico proficuo de que dispomos na luta contra os reumatismos é bastante limitado e restrito, exactamente um bom índice da latitude do complexo mórbido, do apertado número das entidades bem definidas e individualizadas.

Para um quadro taxonómico ser rigoroso em nosologia, necessário é o conhecimento perfeito dos elementos cardinais: causa, maneira de agir, lesão e sintomas ou aspecto clínico; de um modo especial, é a clínica, armada pelos dados laboratoriais químicos, biológicos e radiológicos a base mais aceitável e viável na Reumatologia e por isso a que vai interessar-nos.

Dois grandes grupos de síndromes artropáticas do fôro médico podemos separar: um de feição inflamatória e outro de feição degenerativa; o primeiro o das *artrites* e o segundo o das *artroses*.

Caracteres das Artrites. — O seu início é na sinovial e restantes partes moles, cápsula, ligamentos, tendões, e só em fases adiantadas da evolução, são comprometidas as cartilagens e os ossos subcondrais. Há derrame articular mais ou menos manifesto, temperaturas febris variáveis com a intensidade dos fenómenos inflamatórios e repercussão sobre o estado geral, que se debilita, anorexia, anemia, emagrecimento, palidez, etc.

A eritrosedimentação vai de 20 a 100 ou mais milímetros à primeira hora, reacção de VERNES à resorcina, diminuição dos glóbulos rubros, aumento da leucocitose. Quando crónicas, evoluem para a anquilose e para a deformação pela retracção da cápsula, pelas retracções tendinosas e pelas contracturas musculares (miopáticas e de defesa reflexa).

Radiològicamente, são inexpressivas no início e, só depois, dão porose óssea, quer epifisária, quer mesmo diafisária.

Nas últimas fases dão sinais análogos aos das *artroses*, tais como *pinçamento* ou diminuição da interlinha articular, alguns bicos ou tetos osteofíticos e por fim desapareição das linhas articulares, com fusão ou *véu ósseo*, como acontece nas anquiloses do carpo ou do tarso.

São afecções de tôdas as idades, mas de maior frequência dos indivíduos novos.

Os sinais referidos são mais próprios das *artrites* infecciosas; as metabólicas e certas de predomínio

neuro-endócrino são, quanto aos testes biológicos, quási ou pouco mais do que os normais.

\*

Caracteres das Artroses. — Privativas quási dos que já passaram a primeira metade da vida, são afecções por desgaste ou usura funcional, obra do tempo e da perda da capacidade de resistência articular às funções que lhes são adstritas.

São artropatias sêcas, frias, sem edema das partes moles, de início nas cartilagens, com o desgaste e degenerescência destas e das superfícies ósseas subjacentes, com neoformações nos rebordos articulares de formas e grandezas variáveis, sempre bem manifestos, chamados osteófitos, e sem tendência para a anquilose.

Não há febre nem outras repercussões sôbre o estado geral e por isso inexistência de testes biológicos.

Radiològicamente são muito expressivas logo de entrada, com rápido *pinçamento* da linha inter-articular e aparição das sombras osteofíticas muito notórias.

Separados assim os dois grandes grupos de afecções reumatismais <sup>(1)</sup> passemos à subdivisão das *artrites*, e depois à distribuição das variedades e

---

(1) Veja-se: F. COSTE e J. LACAPÈRE—*Presse Médicale*—N.ºs de 11 e 21 de Março de 1931.

tipos, tal como a prática nos mostra mais útil na ordem da nossa exposição.

\*

Dividiremos as *artrites* em infecciosas e dismetabólicas, interessando-nos, pela importância destas últimas, apenas a *Gota úrica*, tão raras são a *G. cálcica* e a *G. oxálica*.

As infecciosas subdividimo-las em agudas e crónicas. Quanto às crónicas, um só subgrupo devemos separar, tal o já anunciado *anonimato* anátomo-clínico e até terapêutico das poliartrites.

As outras dispô-las-emos por espécies, tal como no-lo impõem a clínica, a etiologia e o tratamento.

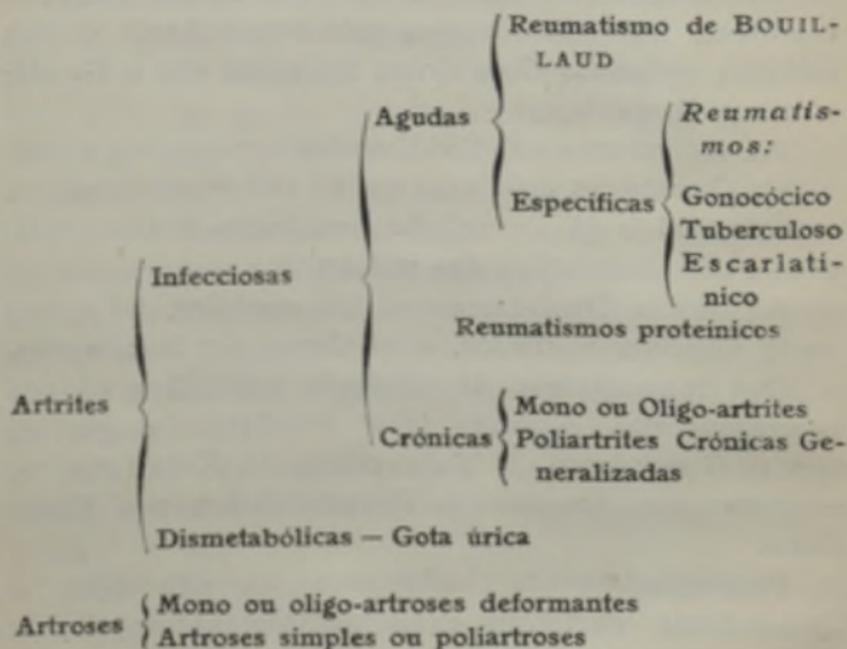
Dos reumatismos de etiologia específica só nos ocupamos das espécies mais frequentes e graves, tais o Gonocócico, o Tuberculoso, o Escarlatínico, e apenas mencionamos o Pneumocócico e o Eber-tiano.

Propositadamente isolaremos na exposição o Reumatismo Vertebral, fundamentalmente sujeito às críticas correspondentes às outras artrites ou artroses, mas digno de especiais atenções como há-de ser visto na sua história descritiva.

Como anexos, exporemos as Periartrites e os reumatismos musculares e a Fibrosite e daremos traços gerais das artralguas.

## Quadro-resumo dos REUMATISMOS

(Segundo a nossa orientação na prática clínica)



Reumatismo Vertebral.

Periartrite da Espádua.

Reumatismo muscular e Fibrosite.

Artralgias.

## Breves noções de Patologia geral reumatológica

Etiologia. — É bem diversa segundo se trata de artrites ou de artroses.

As primeiras ou têm uma causa infecciosa ou uma causa tóxica, tomando esta última expressão no sentido mais lato, isto é, no da existência de factores anormais, ou mesmo de substâncias normais *anormalizadas* pela quantidade, locais de acção e condicionamento de agirem, tal o que acontece na Gota úrica, em que figura o ácido úrico em quantidade excessiva, agitado de «particular maneira».

Dos reumatismos infecciosos, uns têm causas conhecidas, como o Reumatismo Gonocócico, o Tuberculoso, etc., outros são criptogenéticos; ignora-se-lhes a causa eficiente, embora tudo leve a convencer-nos — os testes biológicos, a feição clínica, as repercussões sobre a economia geral, etc. — que a infecção é certa, tal qual o que se passa com o Reumatismo de BOUILLAUD e com as Poliartrites Crônicas Generalizadas.

Parece que as bactérias reumatogénicas não actuam apenas sobre o mesênquima articular, mas sobre o geral. É o que explica as manifestações gerais, algumas das quais surgem antes das articulares, ou até sem manifestação alguma aparente dos artigos. É por isso que BESNIER e mais recentemente BEZANÇON e muitos autores ingleses e alemães,

denominam o Reumatismo de BOUILLAUD — *Doença ou Febre reumatismal*. É por isso também que em certos casos de febres arrastadas, de feição enigmática, sem esta ou aquela localização, nos devemos lembrar da prova saliciloterápica, que realiza curas surpreendentes não atribuíveis à acção geral, mas *específica* do salicilato.

Teoria focal.—A lamentável ignorância etiológica levou muitos investigadores à pesquisa dessas causas desconhecidas e em 1904 PAINE emitiu uma teoria que PÄSSELER, ROSENOW, BEELINGS e quantos mais cultivaram, a da *Reumatogenia focal* e esta, sob o impulso do vienês SINGER a focar a espécie microbiana no estreptococo, mormente na casta *E. viridans*.

Foi um deslumbramento esta *doutrina focal* dos reumatismos. Nos alvéolos dentários, nos seios da face, no colecisto, no intestino, na próstata, nos anexos, etc., instalou-se um ninho microbiano (estreptocócico), um foco donde irradia ou a própria bactéria ou pelo menos a sua toxina.

Assim, descoberto o foco, êste eliminava-se e ter-se-ia a cura. Seguiram-se épocas de ânimo e de desalento. Assim o mostrou a prática, assim no-lo incute a intuição. É questão vastíssima que, com sacrifício, temos de abafar num trabalho de feição prática. Diremos sumariamente.

A existência dêsses focos é incontestável e a sua eliminação tem sido algumas, poucas vezes, bem suce-

dida. Assim é, quando tais focos são iniciais e acessíveis — Tornados focos secundários, terciários, etc., como atingi-los, como despistá-los sequer?

Mas a desilusão é mais cruel quando, como é freqüentíssimo, a existência de «ninhos» é patente *sem nunca ter havido reumatismo*.

Entre os próprios reumatólogos americanos, um dos pregoeiros máximos do reumatismo focal HADEN <sup>(1)</sup> diz-nos que em 3.004 casos de artrites atróficas (uma das designações americanas das nossas Poliartrites Crônicas Generalizadas) e em 1.335 casos de artrites hipertróficas (as nossas artroses) as percentagens de origem focal eram respectivamente de 17% e 17,7%. Isto, ainda que sujeito a crítica vária (não há artroses propriamente ditas infecciosas) é todavia deveras significativo.

Frágil é certo, mas é indispensável não desprezar tal doutrina e é nosso dever pesquisar os focos tanto quanto possível em tôdas as artropatias infecciosas de causa francamente desconhecida, bastando lembrar-nos que o próprio R.<sup>o</sup> Gonocócico agudo ou subagudo lá tem o «foco» blenorrágico, o mesmo podendo dizer-se do R.<sup>o</sup> Tuberculoso, isto num grande número de casos respectivos.

O ácido úrico é tido como o agente etiológico da respectiva gota articular, questão ainda muito insegura, como veremos. Quantos hiperuricêmicos conhe-

---

(1) Relatórios à 3.<sup>a</sup> Conf. Americana das Af. Reumatismais de Cleveland — Junho de 1934.

ceмос, quantos portadores de tofos, até, que nunca tiveram a menor manifestação articular?

Passando às artroses, afecções por usura, quantos, com excessos funcionais, nunca foram e quantos, muito poupados, são terríveis artróticos?

Isto quer dizer que em Reumatologia, como em todos os distritos da Patologia o factor essencial é o:

Terreno Reumatismável. — Como seria proficuo caracterizá-lo, conhecê-lo! Far-se-ia a necessária profilaxia, tomar-se-iam as necessárias medidas higiênicas. Infelizmente também aqui este terreno, o fundo essencial é desconhecido e temos de limitar as naturais ambições à relação de determinadas castas com certos tipos biológicos gerais. É pouco, mas já útil na destrinça semiótica.

Assim, os reumatismos infecciosos assentam quasi exclusivamente nos biótipos leptosómicos, nos débeis. O Reumatismo Gotoso, é apanágio dos pínicos, dos fortes, dos robustos e de feição neurótica.

É da nossa observação serem os artróticos primitivos menos marcáveis, mas preferentemente tendentes para o *biótipo pínico*.

Dizer-se que o frio, sobretudo o frio úmido, a miséria alimentar e o esgotamento funcional são altos factores determinantes dos reumatismos infecciosos, como a intemperança e os excessos são evidentes determinantes dos reumatismos tóxicos, mormente do gotoso é supérfluo realçá-lo, porque são verdades por todos conhecidas.

\*

A Patogenia permanece ainda sem explicação satisfatória. Sabe-se, porém, que na grande maioria dos factos o agente bacteriano não aparece na articulação, outrossim esta iria para a supuração ou para a necrose, caso em que tais artropatias perderiam a feição reumatológica.

Irá agir a toxina? Directamente parece que não.

E vem assim a doutrina da Alergia anafiláctica trazer alguma luz, longe, é certo, do pretendido brilho.

Há casos muito numerosos em que ela é incontestável. Tudo tende a provar a sua existência, desde os resultados de cuidadosas observações da aplicação de vacinas, que inesperadamente determinaram artrites proteínicas, até às conclusões tiradas de experiências impecáveis, tais como as de KLINGE e colaboradores da Escola de Hueck de Leipzig, com a formação «à vontade» do *Reumatismo Proteinico*, tão perfeito quasi como um Reumatismo de BOUILLAUD natural, cardiopatia e granulomas inclusos.

Não podemos alongar-nos, mas devemos afirmar que, qualquer que seja o alérgeno ou reactogénio (TZANCK) desencadeante, albumina estranha alimentar, microbiana, etc., estes factos da Reumatologia, motivaram tentativas de unitarismo que achamos demasiado cedo para nos aliciarem por completo, mas trazem já elementos que parcialmente nos suavizam na luta angustiosa da patogenia reumatismal, tanto mais que a doutrina alérgica é de alcance geral,

para o que basta, quanto a nós, lembrarmos-nos do que se passa com a Gota Articular, espécie reumatismal, em que a feição de «choque» anafiláctico tem lugar freqüentemente. Uma libação de champanhe deflagrava crises gotosas num dos nossos mais expressivos casos clínicos.

\*

A Anatomia Patológica é, microscòpicamente, conhecida no Reumatismo de BOUILLAUD; é o granuloma de ASCHOFF, que se sabe existir em tôdas as peças do coração, sendo mais freqüente no miocárdio, bem que disperso por todos os órgãos. Tal característica não pode admitir-se em outras espécies, como pretendiam muitos autores para estabelecer outra base do unitarismo reumatismal.

Macroscòpicamente a morfologia das lesões pode revestir as mais variadas formas, nada havendo de fundamental, sabendo-se apenas como firme o que é privativo das artrites e das artroses e já foi referido nas páginas anteriores.

As alterações anatómicas das artrites gotosas são superficiais, as das infecciosas mais profundas. As deformações resultam das retracções da sinovial, da cápsula, dos ligamentos, dos tendões e das contracções musculares, parte reflexas e parte miapóticas, pois é sabido que os músculos participam do processo mórbido articular. É principalmente devido aos distúrbios músculo-tendinosos que se devem as luxações reumatismais com desvio dos eixos segmentares,

\*

As imagens radiológicas são muito pouco expressivas nas primeiras fases das artrites, traduzindo apenas porose óssea. Nas últimas, quando evolutivas, sombras de fusão espessa, de véu, como nos carpos ou nos tarsos.

São, de início, muito significativas nas artroses, mostrando o «pinçamento» ou redução das interlinhas articulares e neoformações artrofiticas dos contornos da articulação com as formas, as mais variadas, de bicos, pontes, etc., e até mudanças de forma das epífises.

Na Gota úrica crônica dão-nos as radiografias imagens nítidas de osteólise redondas junto das epífises — são os quistos uráticos — zonas de destruição diafisária e sombras de tofos periósticos, etc.

A radiologia é, pois, de reduzida importância diagnóstica umas vezes; é, pelo contrário, de alta valia outras e até para a prognose nos pode prestar os melhores serviços.

\*

A Terapêutica Geral dos reumatismos encontrará lugar mais oportuno no fim da II PARTE, após a exposição da história clínica das diversas castas reumatismais, então bem conhecidas, tornando-se muito mais fácil a sua relação com as indicações oportunas.





## II PARTE

# CLÍNICA REUMATOLÓGICA

### I

## REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO (1)

Servimo-nos desta expressão por ser a mais usada entre nós e em outros países. É conhecido por *Febre Reumática* entre os autores anglo-americanos, por *Doença Reumatismal*, já desde BESNIER mas sobretudo consagrada pela escola francesa do PROF. BEZANÇON, e, ainda por *Reumatismo Infeccioso Específico* por larga falange de autores alemães.

Isto exige algumas considerações que reputamos indispensáveis, não só para uma necessária unifica-

---

(1) Sendo esta a espécie reumatismal estudada em tôdas as Faculdades médicas, apenas abordaremos as suas questões mais discutíveis e as mais úteis na prática.

ção da linguagem, mas até para estabelecer-se um conceito exacto da questão.

Ocupando-nos no presente trabalho dos «Reumatismos», fizemos sentir que nos interessam particularmente *os articulares*, sem contudo passarmos em silêncio algumas referências às manifestações de outros órgãos simultâneas e, às vezes, até mais ostensivas do que as das próprias articulações. Por quê?

Já dissemos que os fenómenos articulares das artropatias inflamatórias ou artrites não vêm isolados mas precedidos, acompanhados ou sucedidos por perturbações gerais ou locais, viscerais.

Isto é evidente nas artropatias gotosas e muito mais ainda no Reumatismo Poliarticular Agudo.

Na infância e na juventude esta espécie chega por vezes a manifestar-se mais por afecções cardíacas, faríngeas e cerebrais do que mesmo articulares. — Adultos há ou jovens mesmo, que têm a sua angina, aspectos tifóides arrastados, por vezes longas febres criptogenéticas com ou sem cardiopatias, e a prova terapêutica — a saliciloterapia — levanta as dúvidas, operando-se, por vezes, curas surpreendentes.

Ora, o Reumatismo Poliarticular Agudo, a partir de 1904, pela descoberta do característico granuloma do miocárdio por ASCHOFF e logo confirmado por GEIBEL, TAWARA e outros autores alemães tornou-se, pelo encontro daquela lesão histológica no miocárdio, no endocárdio, no pericárdio, na pleura, no fígado, no rim até, a maior prova das noções que estamos a ponderar da sua existência de forma generalizada.

Assim se compreende a pluralidade das designações e por aqui se reconhece quanto se torna necessária a fixação de um conceito e de uma designação.

Não nos deteremos no estudo das visceropatias e apenas demoraremos um tanto sôbre a angina e a cardiopatia, tão estreitamente estas e as artropatias andam ligadas.

De entre os muitos investigadores que estudaram êste reumatismo não só na elaboração da sua história clínica, mas até como tema multifacetado das investigações reumatológicas gerais, um autor houve que, pela altura da idade da Reumatologia em que o fêz — há um século — quasi pré-histórica em relação à sua existência científica que não tem ainda quatro décadas, assinalando as leis de coincidência do R. P. ar A. e das cardiopatias e foi o clínico parisiense BOUILLAUD; e porque outros reumatismos ou reumatóides poliarticulares agudos há também, julgamos justo seguir o uso de alguns tratadistas franceses, chamando-o *Reumatismo de Bouillaud*, o que neste trabalho equivale rigorosamente à expressão Reumatismo Poliarticular Agudo.

\*

Etiopatogenia. — Devemos ser breve àcerca desta questão, porque, a tratá-la com as honras que a sua discussão tem provocado, um grande livro seria ainda insuficiente e, praticamente, isso pouco nos interessa. Dispersas ficaram nos capítulos ante-

riores algumas considerações que não repetiremos pelo que respeita ao agente infeccioso.

Sôbre a *patogenia*, no BOUILLAUD mais do que em qualquer outra espécie, a alergia tem o maior cabimento, porque tudo o que se relaciona com a transmissão de micro-organismos tem sido de negativos resultados.

A *idade* é factor predisponente. É freqüentíssimo nas crianças nos fins da 2.<sup>a</sup> infância e nos adolescentes, e começa a tornar-se menos freqüente a partir dos 25 anos, não sendo muito raro nas idades maduras nem excepção nos velhos. O sexo não tem influência e a hereditariedade, a que tantos ligam alta importância, parece-nos sem valor de maior.

Nesta altura devemos dar testemunho pessoal da questão ainda pendente, da sua natureza tuberculosa, que ganhou vulto, quando, há uns quinze anos, LÖWENSTEIN apresentou a sua doutrina da bacilemia de saída.

Vários foram os casos em que, a pedido nosso, o PROF. RAMALHÃO procedeu às respectivas pesquisas, que foram, como têm sido quási universalmente, negativas.

Aspecto clínico.—A doença, começa, por via de regra, por uma angina, ora mesmo amigdalár, ora por faringite congestiva na zona ou anel faríngeo de WALDEYER acompanhada por febre, mal-estar geral, e, não raro, coriza com lacrimação, lembrando os pródromos do sarampo.

Alguns dias depois surgem as artropatias das grandes articulações: dos joelhos, tibiotaláricas, ombros, cotovelos, punhos, e raras vezes das pequenas articulações das mãos e dos pés. A coxo-femural é muito poupada também.

O ataque dá-se em poucas articulações ao mesmo tempo, mas, sossegadas umas, outras são atingidas, ganhando a feição poliarticular.

Há dores e inchaço nunca excessiva, febre alta, de 39° a 40°. Os suores de cheiro um pouco aliáceo costumam ser muito abundantes. Êstes e a mobilidade das artropatias são dos mais significativos sintomas.

O doente toma uma posição de relaxamento; todo o movimento é quasi impossível, a não ser pela técnica de LASÈGUE, já atrás referida; há sede intensa e grande redução da diurese.

FISCHER, KRÖGIUS, BEZANÇON, entre muitos não admitem caso algum em que o R. P.<sup>ar</sup> A. não venha acompanhado de cardiopatia. Pensam que 60 % das afecções valvulares lhe são devidas as quais outrora eram atribuídas à sífilis.

As endocardites podem não se tornarem manifestas logo nos primeiros tempos, mas só passadas algumas semanas, facto para que chamamos a atenção, a fim de não se estabelecer leveza de prognose de lamentáveis conseqüências.

Elas são ninhos infecciosos, pensam alguns, onde ficam verdadeiros focos posteriores às artropatias, pontos de partida para as freqüentes recidivas que,

na realidade, quasi se poderiam considerar a mesma doença com remissões articulares e atenuação do estado geral, êste, aliás, tanta vez longamente mau, anémico, sub-febril e muito deprimido. Só a normalização da prova da velocidade sedimentar dos glóbulos rubros nos mostra o fim da crise.

A miocardite pode evidenciar-se pelo electrocardiograma e pela radiografia, esta mostrando os contornos do coração mal marcados, um tanto esfumados.

A pericardite, menos freqüente, está longe de excepcional.

Perturbações pleurais e até pleuro-pulmonares, nervosas (encefalites, delírio, e tardiamente coreias) oculares e sobretudo da pele, são manifestações dêste reumatismo. Temos observado já não poucos casos de *Reumatismo Nodoso* e de *Púrpura Reumática*, sempre em adultos.

E não devemos hesitar àcerca da sua natureza, porque, umas vezes, os nódulos subcutâneos ou a púrpura aparecem simultâneamente, outras, como sucedâneos das formas clássicas e, mesmo na ausência destas, o mal, passando-se em jovens ou francos adultos de biótipo asténico, com obediência à saliciloterapia não se presta a dúvidas.

Em resumo: O início pela angina amigdalár ou faríngea—o «cancro» de inoculação da doença?—a febre e, dias depois, as artrites das grandes articulações, e, uns 8 a 10 dias mais tarde, a endocardite, os fenómenos miocárdicos (taquicardia e depressibili-

dade do pulso) os suores e a mobilidade articular das afecções (alívio de umas para alastramento a outras) erigem um quadro inconfundível.

Mas o aspecto clínico pode variar um tanto. Nas crianças e jovens o assalto articular é geralmente suave, o cardíaco mais forte, bem como o de outras vísceras, mormente pleura e cérebro. Nos adultos e velhos há predomínio articular e leves compromissos viscerais, mesmo cardíacos.

\*

Diagnóstico e evolução.— Nem sempre as manifestações viscerais e cardíacas deixam de ser tardias, pelo menos objectivamente; os sintomas faríngeos podem ser tão leves que passem em silêncio e assim, quando em adultos, com outras espécies pode haver confusão.

Para o diagnóstico, pois, devemos lembrar-nos da Gota articular aguda, do Reumatismo Gonocócico agudo e, nas crianças, do Reumatismo Escarlatínico.

A nossa observação tem-nos mostrado em alguns casos quadros reumatismais agudos em jovens ou novos adultos em muito semelhantes ao Reumatismo de BOUILLAUD sem, contudo, haver sintomas faríngeos nem cardiopáticos. Devemos, porém, lembrar-nos que nesta forma *frusta* (?) temos visto maior compromisso das articulações dos dedos e do carpo do que propriamente das grandes articulações. Tem-nos parecido que a prova do salicilato é muito

menos eficaz, ou, pelo menos, muito mais arrastada, chegando a obrigar-nos a outros recursos que não podemos sintetizar ainda em indicações perfeitas.

Será este o Reumatismo Estreptocócico — que tantos autores querem que seja também o da forma clássica de BOUILLAUD? É assunto para estudo, mas acima do âmbito de acção de um clínico, mesmo habituado a recorrer aos meios laboratoriais mais acessíveis.

Sabe-se que a fórmula leucocitária é de 15 a 20.000 no R.<sup>o</sup> clássico, pois temo-la obtido nestas formas frustas; o mesmo podemos referir quanto à positividade e elevação da eritrosedimentação.

E, a propósito, cumpre-nos lembrar que estes testes biológicos devem sempre utilizar-se para a avaliação evolutiva, proporcional em melhoria à diminuição de valor dos referidos testes.

A *Gota* aguda separa-se pelo biótipo geralmente pícnico, pela sua preferência pelas articulações dos pés — classicamente do joanête — pela idade dos doentes, ausência de angina e de cardiopatia e até, e sobretudo, pela ineficácia ou pequena eficácia do salicilato e perfeita acção do cólchico.

O Reumatismo Gonocócico poliarticular e agudo tem feição clínica um tanto diferente, ainda que sejam tomadas as maiores articulações; há a precedência da blenorragia, a ausência de angina e de cardiopatia (esta muito rara), mais freqüente no homem em plena virilidade. As artropatias são menos pluriarticulares, não são ambulatórias e cedo se tornam plásticas e anquilosadas; cólchico ineficaz e sali-

cilato de efeito mínimo. O *Reumatismo Escarlatínico* é a espécie mais sujeita à confusão, pois a própria angina e a cardiopatia não são raras e, com a idade dos doentes, em regra crianças, quasi se faz um decalque do BOUILLAUD, mesmo até, pelo valor da própria saliciloterapia.

Este conjunto de elementos tem levado grande número de autores a supô-los uma e a mesma doença, e partem outros desta circunstância para verem no estreptococo o agente desta febre eruptiva e do Reumatismo de BOUILLAUD.

Assunto delicado e muito verde ainda em promessas, não o criticaremos, limitando-nos a assinalá-lo.

O DR. A. MESTER de Carcóvia crê numa reacção imunobiológica pelo ácido salicílico, injectado a 1 : 1.000 nas veias, com contagem pré e post-injecção, dos glóbulos brancos. Diz que em 90 % é segura. Aguardemos confirmação.

A evolução faz-se para a cura em maioria, ou para a morte, geralmente pelo coração. Diz-se que êle vai também para a cronicidade e na Alemanha êsse reumatismo crónico ou poliartrite é chamado secundário e considerado paralelamente com as poliartrites focais ou primitivas.

Aceitamos a possibilidade dessa forma de evolução, que, aliás, já temos encontrado ainda que raramente pelo que supomos haver antes uma *coincidência*. Quanto a nós, mesmo que o Reumatismo de BOUIL-

LAUD se torne crônico, não vemos no facto mais do que uma fonte etiológica das Poliartrites Crônicas Generalizadas e mais nada, porque em tudo o mais, estas são-lhe clinicamente análogas, inclusivé e principalmente, pelo lado terapêutico, em que nada produz o salicilato, nas duas circunstâncias, além de leve acção antiálgica, que julgamos uma qualidade dos sais do ácido salicílico.

O R. P. A. dá freqüentes recidivas durante meses e até alguns anos e isto, ou se explica por uma questão de sensibilização criada pelos assaltos anteriores ou pela permanência de um foco de «rescaldo», de um «ninho» infeccioso, talvez das válvulas do coração, com recrudescências que, aliás, ainda podem ser de origem focal. Desta noção nasce a indicação da persistência e da perseverança da saliciloterapia por largos tempos em harmonia com as regras tão bem estabelecidas pelo clínico versaliano LUTENBACHER.

Do que fica exposto, depreende-se qual a prognose do Reumatismo de BOUILLAUD, que, de um modo geral, é muito séria por causa das cardiopatias que determinam a morte em mais de 12 0/0 nas crianças e de 2 a 5 0/0 nos adultos, segundo as estatísticas anglo-americanas e alemãs, as mais cuidadosamente elaboradas.

Tratamento. — No decurso da nossa exposição deixamos abertas por assim dizer tôdas as indicações terapêuticas. Estas têm que atender ao estado geral e aos sofrimentos locais.

À primeira categoria pertence a medicação específica, o *salicilato de sódio* e os derivados da antipirina. — É o primeiro o preferido e tem de prescrever-se em doses que vão, segundo a idade e a compleição dos pacientes, de 5 a 15 gramas por dia; parte por ingestão, sempre acompanhado pelo dôbro de *bicarbonato de sódio* e no meio das refeições para evitar as freqüentes intolerâncias de ordem digestiva; de um têrço a metade por injeções endovenosas e por clísteres, pela forma gota a gota, se fôr preciso.

Esta hipersaliciloterapia faz-se aos grupos de 3 dias, com outros três ao têrço da dose total e, assim, umas duas a três semanas.

Então, verificadas a queda da febre e das dores articulares, estabelece-se a mesma regra, mas com meias doses — por semanas ou meses até que os testes de WESTERGREEN e leucocitário estejam no ou se aproximem do normal.

Pensa-se, com certa razão, que esta doença é das que, como a sífilis e o paludismo, carecem de vigilância de anos, pelo menos sempre na expectativa de recidivas ou complicações traiçoeiras.

Se a intolerância digestiva ou a geral (vertigens, surdez, zumbidos, vômitos, até obnubilação) forem acentuadas, indicaremos a antipirina ou o *piramidão* na dose de 2 a 4 gramas por dia segundo as regras adiante referidas na síntese terapêutica geral.

Nas formas lentas e mais rebeldes, aconselha-se na França a associação de pequenas doses de tiroidina (de 5 a 10 centigramas por dia) ao salicilato.

Também se empregam vacinas ou soros antiestreptocócicos e dizem-nos que com resultados, o que a nossa experiência não permitiu ainda avaliar.

Nas formas *frustas* (?) (falta de angina e de cardiopatia com salicilo-resistência) as quais se nos afiguram estreptocócicas, estamos a ensaiar as sulfamidas.

É sabido que a alimentação, sempre delicada, variará com o estado geral e o digestivo, sendo, sempre que possível, o uso do leite e das frutas nas fases mais agudas, a mais aceite e proveitosa. É preciso beber muito: água, tisanas, etc., para compensar a desidratação causada pelos suores e «lavar» os rins. As urinas têm às vezes albumina e cilindros.

Ainda ao tratamento geral pertence lembrar a indicação de repouso completo, a princípio imposto pelas próprias dores, depois para poupar-se o coração por um lado e os dispêndios por outro, dada a redução alimentar.

Não será esquecido escolherem-se as posições articulares mais úteis nas formas demoradas, não vá surgir uma anquilose invalidante, aliás, quanto a nós, pouco para receios.

A convalescença não tem períodos previstos. Ela tem de obedecer ao estado do coração pelo tempo necessário, e o facto é tão importante, que, em alguns países e cremos que em todos, de ora avante, mas sobretudo na Inglaterra e na França, ha já respectivamente os *Lares dos reumáticos* e os Preventórios anti-reumáticos.

No capítulo «Medicina Social» seremos mais

expressivos sôbre o assunto e ali aludiremos aos auspiciosos inícios médico-sociais do PROF. JOÃO PÔRTO da Fac. de M. de Coimbra que merecem os nossos aplausos.

O tratamento local é de importância relativa. A pouco mais se recorre do que ao emprêgo de cataplasmas laudanizadas ou a pensos impregnados de salicilato de metila diluído em vaselina líquida e, nos casos rebeldes, pode empregar-se o envolvimento articular pelos lódos ou por moldes de parafina fundente vertida sôbre as regiões afectadas onde conserva temperaturas superiores a 60° sem queimadura.

Como apêndice dêste capítulo devemos apontar um modo de ver que temos sôbre a relativa frequência do encontro, associação, *simbiose patológica*, como se nos afigura mais significativo exprimir, entre o R. P. A. e a Gota articular úrica.

No capítulo referente a esta afecção será êste pensamento suficientemente esclarecido.



## II

### REUMATÓIDES OU PSEUDO- -REUMATISMOS

#### Reumatismos Gonocócico, Tuberculoso e Escarlatínico

Porque revestem feições agudas análogas morfológicamente ao Reumatismo de BOUILLAUD, e porque também são infecciosos, razões pelas quais são conhecidos e compreendidos por e como reumatóides ou pseudo-reumatismos, e são-no, apenas enquanto se mantiverem no campo da medicina e não evoluírem para a supuração ou para a necrose, entendemos dar-lhes esta posição no presente trabalho.

Nem tôdas as variedades prenderão muito a nossa atenção. Êles têm uma causa conhecida — a infecção geral ou local de que são consequência ou simples sintoma articular e, sob o ponto de vista anátomo-patológico, muito irmanados. A sua patogenia parece, como no R. de BOUILLAUD, de natureza anafiláctica, mas afigura-se-nos, e isto é um modo de ver mera-

mente pessoal, que, a despeito da indiferença pela natureza do factor causal em fenómenos anafilácticos, estes *reumatismos específicos* (assim denominamos as variedades que estamos a apreciar, por terem uma origem bacteriana específica) mostram certa obediência às medicações específicas das infecções a que estão ligados, mormente aos soros ou vacinas, isto nas fases agudas. Não se nos afigura mera pirototherapia «abstracta» a obra dos soros na cura destes reumatismos infecciosos sintomáticos, como o não é no tratamento das infecções respectivas. Parece-nos que uma questão de dose explica tudo.

Ocorre-nos neste momento o que se passa com as paralisias diftéricas por polinevrite.

Os padecentes tiveram a sua toxi-infecção com lesões faríngeas ou laringeas que o soro antidiftérico curou. Todavia, tempos depois, surge a paralisia do véu do paladar, dos membros, do tronco. Estas paralisias ou polinevrites são evidentemente específicas. O soro já tinha actuado; pois foi preciso agir com grandes doses do mesmo soro para os resultados serem positivos.

É o que pensamos sobre estes reumatismos específicos agudos. — Outro tanto não acontece nas respectivas formas crónicas. Então a experiência nos ensina que a comunidade de características vai até ao próprio tratamento; este é o mesmo em tôdas as formas, fundamentalmente, podendo determinados meios auxiliares serem mais profícuos nesta ou naquela variedade etiológica.

É esse «anonimato» unitário dos reumatismos crônicos, a que na *Iniciação Reumatológica* fizemos referência.

Não merecem considerações particulares os R.<sup>os</sup> Pneumocócico, Ebertiano, Estreptocócico, Disentérico, e outros ligados ou relacionados com as correspondentes infecções ou toxi-infecções.

Três castas prendem a nossa atenção, quer pelas suas frequência e gravidade, quer por uma certa grande independência que oferecem às indicações terapêuticas em si e no modo e na técnica de as preencher e são os R.<sup>os</sup> Escarlatínico, Gonocócico e Tuberculoso. Os dois últimos, com quanto ofereçam feições agudas e poliarticulares, estas não devem ser estudadas em separado das formas ou aspectos crônicos, tão suaves são as suas transições e tão pouco estáveis as suas fisionomias altamente febris e agudas. Serão, pois, apresentadas em bloco nesta secção dos r.<sup>os</sup> agudos, pelo que fazemos a devida prevenção.

\*

Reumatismo Escarlatínico. — É próprio da infância, como é óbvio, se bem que ainda recentemente tenhamos cuidado de uma senhora de 35 anos, em que a poliartrite aguda era francamente escarlatínica.

Vem após uma a duas semanas da erupção e numa percentagem de 6 a 10 % das crianças por ela atacadas.

A semelhança com o R.<sup>o</sup> de BOUILLAUD é por vezes total, indo até à obediência perfeita ao salicilato.

Há mais ainda a aproximá-los e, *para alguém*, a identificá-los: a própria semelhança da lesão histológica e até o compromisso cardíaco.

Êstes factos têm sido aproveitados com vários fins, sendo-o sobretudo para as discussões etiopatogénicas do Reumatismo de BOUILLAUD.

Êste e o escarlatínico serão uma e a mesma coisa sob tal ponto de vista? Haverá simples coincidências? Não será o estreptococo escarlatinífero o mesmo agente do R. P. A.?

As discussões continuam e nós, no campo da prática, temos que vigiar com atenção todos os escarlatinosos, sondar-lhes o coração, espreitar-lhes a garganta e, aos primeiros vislumbres, entrar progressivamente no uso da saliciloterapia e decerto andaremos por bom caminho.

Ê o nosso comportamento nas crianças escarlatinosas que passam pelo Refúgio da Paralisia Infantil e só temos que louvar-nos por tal orientação, aliás, vislumbrada há mais de 40 anos por TROUSSEAU e não há muito aconselhada com firmeza por GALLAVARDIN.

Reumatismo Gonocócico.—Ê uma espécie perigosa e das que precocemente inutilizam uma ou mais articulações. Ê nos estados agudo e subagudo, um e outro sem limites demarcantes, que devemos

intervir enèrgicamente e, fazendo-o, poderemos afirmar com CHEVALLIER e ORINSTEIN (1) :

« A vacinoterapia intravenosa cura *integralmente* a maior parte das *artrites gonocócicas agudas ou subagudas*. Parece-nos incrível na nossa época preferir-se uma cura por anquilose mesmo em boa posição. »

Não é pois imperdoável qualquer hesitação da nossa parte ?

O Reumatismo Blenorragico é relativamente freqüente e as estatísticas revelam-nos percentagens de 2 a 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> de tôdas as blenorragias recentes ou antigas, quer residam na uretra, quer já tenham atingido a próstata ou os anexos.

Mais freqüente cêrca de quatro vezes no homem novo do que na mulher, ignora-se todo o valor da predisposição ou terreno dos seus portadores, a não ser esta noção vaga e geral das susceptibilidades articulares.

Surge raras vezes perto do início da blenorragia, mais freqüentemente após algumas semanas e diz-se que mesmo meses e até anos depois e, a dar-se, o que não conhecemos, só é explicável por qualquer foco latente e silencioso.

As articulações preferidas são o cotovêlo e o joelho, depois o colo do pé, o punho, os ombros, e, só nas fases mais crônicas, os dedos das mãos e

---

(1) Jornada do Reumatismo — 3 de Dezembro de 1938, in *Revue du Rhumatisme* — Dezembro de 1938.

até a esterno-clavicular e muito excepcionalmente, a têmporo-maxilar.

A princípio pode ser poliálgico, mas depressa se torna em mono ou áligo-artrítico.

Há febre alta, dores muito violentas, grande tumefacção por derrame sinovial, pois é sinovite a sua forma corrente, edema periarticular e logo imobilização reflexa.

Do nosso conhecimento tem havido quasi sempre monoartrites dos joelhos e dos cotovelos.

Recentemente o DR. SIMÕES JÚNIOR, de Arouca, entregou-nos uma senhora de 35 anos que tinha tratado pelas vacinas com razoável resultado.

Era quasi passada a fase febril. Tinha comprometido o cotovêlo direito e pudemos averiguar que a artrite, nas primeiras fases poliartrite, se iniciou *10 dias* depois de ter contraído a blenorragia. Vinha com a articulação quasi imóvel.

A mobilização e os raios infra-vermelhos e a galvano-faradização produziram óptimo resultado, pois a doente regressou quasi normalizada em poucos dias.

Há história de prévia blenorragia, e temos o factor diagnóstico mais elucidativo. Quando não se apura a inoculação venérea, recorrem na França à espermocultura, e, para os dois sexos, à centrifugação durante uma hora do 1.º jacto das urinas da manhã. Em qualquer das circunstâncias dizem ser provável a colheita do coco de NEISSER. É todavia muito difícil o diagnóstico a grande distância da

inoculação ou no desconhecimento desta, o que é freqüente nas mulheres.

A feição das lesões e os dados radiológicos são pouco expressivos, a não ser a «brutal» descalcificação ou porose óssea *precoce* que parece ser-lhe privativa (DUFOUR). O próprio mestre MONDOR não conseguiu obter número e qualidade de radiografias com caracteres privativos.

Para resumirmos diremos que uma monoartrite ou óligo-artrite febril violenta, flegmonosa, com sede nos cotovelos, colo do pé e ou nos joelhos, mormente num homem novo e, sobretudo, com a informação de próxima ou mesmo antiga blenorragia; com os recursos do laboratório na pesquisa do diplococo no esperma ou por longa centrifugação no primeiro jacto das urinas da manhã e, se possível, com a gono-reacção — certos da natureza da afecção articular, com energia e perseverança façamos o

Tratamento. — É óbvio que se deve combater o foco blenorragico antes de tudo; se a idade e o estado geral o permitirem, o que acontece geralmente, far-se-á a vacinoterapia intramuscular pelo arthigon ou pela gonargina como fazem os alemães, a vacina do Instituto Pasteur de Paris endovenosa como se usa na França. Iniciar o tratamento com morigeracção, dadas as susceptibilidades individuais, para se intensificar a dose até alta febre de choque. A experiência mostra que até as vacinas não específicas, que produzem fracos efeitos piréticos, são eficazes,

o que para nós era já firme convicção quanto às gonoartrites crônicas ou subagudas. A questão é nestes casos de ordem estimuloterápica e não de especificidade.

É no R.<sup>o</sup> Gonocócico que o tratamento pelas febres é exemplarmente soberano.

Localmente pode recorrer-se à congestão pelo método de BIER e à aplicação de envolvimentos da articulação pela pomada vaselinada de ictiol a 30<sup>o</sup>/<sub>100</sub> e à punção articular, quando o derrame fôr muito volumoso e, mormente, quando houver abcesso.

Há quem aplique a contensão e a imobilização nos primeiros dias, mas isso não é correntemente acertado, e nós vamos pelos que a aplicam só durante a noite para atenuação das dores (e sempre na melhor posição) e uma mobilização progressiva durante o dia. Depois de decorrido o lapso de maior agudeza, a mobilização deve forçar-se, para o que previamente se prescreverá a rofeína, a aspirina ou qualquer outro analgésico diaforético.

Um distinto assistente da Faculdade de Medicina do Pôrto disse-nos tirar rápidos e benéficos resultados com as infiltrações com *Nóvo* dos gânglios simpáticos correspondentes aos artículos comprometidos, facto que vai publicar em breve.

A fisioterapia, pelos raios infra V.<sup>os</sup> e pela galvano-faradização dos músculos nas fases finais, é uma medicação que completa uma terapêutica racional.

Resta, para o infeliz remate anquilosante, a orto-

pedia cirúrgica, sôbre a qual aqui não temos senão que lembrar a artroplastia.

Reumatismo Tuberculoso. — Há um Reumatismo Tuberculoso ou êle é apenas questão de «mera impressão» na frase e no pensamento de MARINESCO? Por outras palavras: a tuberculose pode, por determinado mecanismo, criar artropatias com inicial feição de artrites *fugazes, reparáveis, ou evolutivas no sentido da artrose secundária e respectiva anquilose*, condição indispensável ao ingresso no grupo dos «reumatismos» sem degenerar na necrose ou na supuração, na fusão óssea, circunstância que cria as conhecidas lesões, entre as quais os vulgares tumores brancos?

E, a originar reumatismo ou antes artrites reumatóformes, elas revestem a forma aguda ou a crónica?

Isto é a questão das reiteradas discussões que vêm desde as forçadas concepções de PONCET, as quais na França e até noutros países atingiram grande vulto e ainda hoje mesmo entre nós, onde os problemas reumatismais não têm merecido atenção, têm ainda verdadeiros «crentes», queremos crer que por ser talvez uma concepção pronta e fácil para casos «bicudos», e muitos são êles na Reumatologia articular.

Tem-nos merecido o assunto especial cuidado, motivo porque, para uso próprio, estabelecemos um critério que vamos expor.

Formas agudas e poliarticulares já as temos en-

contrado, ainda que pouco frequentes, parecendo-nos indiscutíveis. Como as poderemos ter identificado e individualizado ?

Em primeiro lugar pelos tipos leptosómicos, asténicos e depauperados dos seus portadores ; depois pela presença de lesões mais ou menos discretas de feição tuberculosa « actual » ou antiga, tais as poliadénites traqueio-brônquicas, focos pulmonares de evolução lenta, um estado geral e um passado pessoal muito verosimilmente bacilar e ascendentes, colaterais ou até descendentes tuberculosos e, enfim, pela tuberculino reacção.

Estas razões, a pequena e fugaz eficácia do salicilato e das outras medicações anti-reumáticas, e os benefícios inegáveis da terapêutica anti-bacilar amoldada às formas por que a bacilose se apresenta, umas vezes a cura da beira-mar, outras a de altitude, sempre a do repouso e da boa alimentação e a medicação tónica, parecem justificar-nos.

Morfológicamente, clinicamente o R.º Tuberculoso agudo, lembra o R.º de BOUILLAUD, mas as artropatias preferidas são, quanto à nossa observação, as dos carpos e dedos das mãos, colo do pé e tarso, e raramente joelhos, cotovelos e cremos que a coluna vertebral, cervical sobretudo. Nem angina nem cardiopatia temos encontrado.

Aqui devemos referir um pleito científico que teve já grandes proporções, mas que vai caminhando para o esquecimento a que, parece-nos também, tem direito : é o da natureza tuberculosa do R.º Poliarti-

cular Agudo, lá porque LÖWENSTEIN, numa quasi obcessão de encontrar bacilos de KOCH no sangue de quasi tôda a gente, os tenha visto ou tal suposto no de alguns provadamente reumáticos.

Não iremos além desta referência, que, aliás, fazemos só para mostrar que a não acatamos, já pelo conhecimento dos resultados da vastidão das discussões, como até por algumas experiências que fizemos com o competente PROF. RAMALHÃO, de Bacteriologia da nossa F. de Medicina.

Outra questão é a do Reumatismo Tuberculoso crónico. Êste parece-nos inegável, não por «meras impressões», mas inteiramente explicável pelas modernas idéias sôbre patogenia reumatismal.

À maneira de PONCET, poderíamos ficar hesitantes; pelas concepções actuais, poderemos ficar convencidos. Isto não quer dizer que aquêle eminente clínico francês não revelasse altos méritos de observador e até de crítico, mas não lhe sobravam meios para justificar a latitude que dava ao «seu» reumatismo, ainda hoje conhecido por «Reumatismo de PONCET».

Actualmente a doutrina focal e as noções de alergia anafiláctica restringem muito a sua jurisdição, reservando-a incontestavelmente a um número bem mais limitado de artrites crónicas de feição reumatismal.

Quantos débeis, asténicos, depauperados portadores de *artrites das tibiôtársicas* não são tuberculosos, sendo-o tantos outros? Ê que nos primeiros lá se vai encontrar uma blenorragia crónica leve, e é esta

uma das mais freqüentes causas em casos tais, e nenhum foco tuberculoso nem reacções positivas à tuberculina, nem o passado pessoal ou hereditário nos fazem suspeitas, e o estado debilitado actual ou mesmo já remoto não é incompatível com uma gonococcia. E, se falamos destes, por serem os que mais e melhor conhecemos, também poderíamos referir os de outras castas etiológicas, por exemplo, as eber-tianas, de que possuímos algumas observações e respeitam a jovens que tiveram a febre tifóide e, tempos passados, questão de semanas, sofreram de artrites dos punhos ou dos colos dos pés, ou, o que é mais freqüente, de espondilites com irradiações costais, sem que a tuberculose por qualquer forma se fizesse revelar.

Quanto aos pròpriamente bacilares, isto é, aos reumáticos crónicos de natureza, melhor, de origem tuberculosa, numerosos são os exemplares da nossa observação. Se estivéssemos noutros tempos em que uma sistematização, justificada só sob o ponto de vista morfológico, *criava um tipo, dar-lhe-íamos um nome* e aguardaríamos que um possível vento de simpatia pretendesse immortalizar-nos, dando na posteridade o nosso nome pessoal ao pretenso tipo de reumatismo, que havemos destacado.

E, todavia, isto não é mais do que uma sede cuja predilecção é obra da juventude: dos traumatismos, do andar, do desporto, das imprevidências e

loucuras da mocidade masculina, de fundo «linfático» do qual ela é apanágio. Aqui há focos suspeitos ou provados umas vezes, verosímeis outras, antigas «escrófulas» ou adenopatias traqueio-brônquicas, ausência de outras causas e, sobretudo, a reacção positiva à tuberculina.

Por mera curiosidade mais do que, pròpriamente, por utilidade prática *especial*, como adiante faremos compreender, vamos esboçar esta feição mórbida, com elementos e crítica pessoais apenas.

É própria e exclusiva dos rapazes dos 14 aos 25 anos, dos que andam muito ou usam desportos fatigantes, dos que mais se expõem ao frio e às molhadelas, sem estarem a isso habituados desde criança, dos fracos ou medianos, na maioria leptosómicos.

A região preferida é a da articulação tibiotársica, interessando também a *calcâneo-astragaliana interna*, com manifesto edema das partes moles e um franco aspecto *de pés valgos*, como se vê na figura 1.

É simétrica bilateral, em geral de uma igualdade completa dos dois lados.

A dor não é violenta. Muito atenuada em repouso, agrava-se pelos movimentos, o que tem freqüentes vezes graves inconvenientes, dada a mediania económica das famílias, porque, repetimos, esta afecção não dá habitualmente nos rapazes que têm boa alimentação e não exercem profissões exigentes de longas caminhadas e exposição às intempéries. Temo-la encontrado quási sempre em aprendizes do comércio e de certas indústrias, alfaiataria, chapelaria, isto é,

profissões medianas a que não dão acesso nem os ricos nem os muito pobres, aquêles vivendo confortavelmente, êstes habituados a tudo desde o berço e destinados a serviços mais fortes. E são falange que nos tem passado pelas mãos êstes, para nós, artrobacilares crônicos.

As lesões são principalmente sinoviais e não as temos visto evolucionar para a anquilose.

São, pois, de bom prognóstico, se dermos aos jovens pacientes o descanso, boa alimentação, a medicação tónica e anti-tuberculosa como o anti-génio metílico e o sôro de RAVELATT-PLA e a recalcificação com a vitamina D.

A helioterapia, da beira-mar sobretudo, tem alto valimento, como precioso é o resultado da diatermia de ondas longas ou curtas e mais ainda o uso dos raios infra-vermelhos.

Eis particularidades que os reumatismos crônicos de natureza tuberculosa nos oferecem, mas é preciso não esquecer que elas não os afastam do «ferrete» geral de reumatismos crônicos com feição de artrite, obrigando-nos, no insucesso das outras, ao recurso, à medicação áurica que, a propósito das Poliartrites Crônicas Generalizadas, esmiuçaremos melhor.

Resumindo: o Reumatismo Tuberculoso parece-nos de incontestável existência. Umaz vezes com forma aguda, simulando o BOULLAUD, outras subagudo ou mesmo crônico, êste último a oferecer-nos freqüentemente a tal feição do Reumatismo de PONCET, aliás, tão misterioso, encarado sob a visão



Fig. 1 — Artrite crônica simétrica das articulações tibio-társicas e astragalo-calcaneanas internas de natureza bacilar.



do seu autor, hoje bem mais acessível, se invocarmos a origem focal, evidente ou mesmo oculta, e as noções de alergia anafiláctica.

O tratamento é em todos os seus aspectos o do combate às lesões originárias e ao fundo mórbido pelas medicações tónicas, pela fisioterapia e pela climatoterapia adequada e, em última instância, pela *medicação áurica*.

\*

Reumatismo Proteínico. — J. C., lavrador, de Trás-os-Montes, consultou-nos aos 40 anos, em 1925, para tratamento de uma síndrome parquinsoniana post-encefalítica. Tinha um passado pessoal e hereditário mormal e nunca levara qualquer sôro ou vacina que não fôsse a de JENNER.

Ensaivamos então um tratamento proposto pelo médico romeno DR. PAULIAN — extracção do líquido céfalo-raquidiano, tindalização dêste e injeção intramuscular de determinadas doses.

Assim o fizemos. Extraímos o líquido, o PROF. A. AGUIAR esterilizou-o e recolheu-o em ampolas. Uma manhã fizemos a injeção de 5 c. c. e tudo correu bem. Às 15 horas, pelo telefone nos chamam com urgência, porque o doente tinha febre elevadíssima, suores profusos, certa obnubilação e grandes arrepios, enfim, um estado deveras dramático.

Reconhecendo tratar-se de um choque anafiláctico, convidamos os conviventes a darem-lhe café, adrenalina, cloreto de cálcio, etc.

Às 18 horas, ao observá-lo, julgamo-lo perdido e, como na vizinhança estivesse o colega e amigo DR. JOSÉ AROSO, pedimos o seu auxílio.

Reclamamos uma ambulância para recolher o doente no Hospital de S.<sup>to</sup> António. No trajecto, porém, de repente, o quadro muda inteiramente; a temperatura cai, os suores desaparecem, e à noite, o doente quasi se encontrava normalizado. Três dias passaram, e eis que surge uma poliartrite violenta nos joelhos, ombros, punhos e tibiotársicas, com muitas dores e alta febre e assim se instalou um *R.<sup>o</sup> P.<sup>ar</sup> Agudo Proteínico* que, sem qualquer outro cuidado que não fôsse o do emprêgo de analgésicos e antipiréticos, desaparecia por completo ao fim de semana e meia.

Evidentemente, êste caso merece referências, não porque constitua óbice de maior a qualquer clínico, mas porque êle vale, como todos os congêneres, para a demonstração das artrites alérgicas e ajuda às modernas concepções patogénicas de ordem reumatológica a que no capítulo anterior — Patologia Geral — fizemos, ainda que sumariamente, suficientes alluções.

De resto, é preciso não esquecermos a existência destas poliartrites de feição aguda, mais ou menos pronunciadas, porque estão longe de serem raras e ocorrem sob a acção de soros, de vacinas e são algumas vezes o único tipo de reacção anafiláctica, isto é, na ausência de outras mais vulgares, tais como as dermatológicas.

### III

## GOTA ARTICULAR

### Noções gerais

A Gota é uma doença geral; não terá a ubiqüidade orgânica do R.º de BOUILLAUD, mas a sua feição generalizada é bem comprovada pela existência dos tofos que, além de predominarem nas articulações ou suas vizinhanças, se encontram nas orelhas, nos tendões e suas bainhas, tais os do tendão de AQUILES, os subcutâneos do dorso da mão e do pé e, mais raramente, em pontos diversos do corpo. As suas conseqüências são também gerais, bastando lembrar-nos com GUDZENT das verdadeiras causas de morte dos gotosos: pelos rins, pelo coração e pelos vasos sangüíneos; e, até sem lesões do rim ou do coração, pelo coma e outras doenças (1).

---

(1) RATTERY — *M.º des Maladies de la Nutrition*. Paris, 1912.

P. VIOLLE (DE VITTEL) define-a «Doença geral crónica, muitas vezes hereditária, resultante da perturbação metabólica complexa, particularmente dos nucleoprotídios. — É caracterizada clinicamente por «surto» ou ataques pseudo-flegmonosos periarticulares com lesões osteoporóticas e, a partir de um certo estado evolutivo, de produções tofáceas».

Doença geral, no presente trabalho interessa-nos a sua forma articular, entendendo-se por tal, não só o que se passa estritamente nas articulações como em tudo o que com elas está mais intimamente relacionado.

O que fica dito não é para definir num bocejo um mal tão complicado, mormente sob o ponto de vista etiopatogénico, sobre o que, no espírito dos profissionais da Medicina, tudo parece claro e afinal, bem pelo contrário, tudo se passa num desacôrdo manifesto.

Com efeito, quem diz gota (e nós vamos ocupar-nos da chamada gota úrica) diz ácido úrico ou seus sais, particularmente o urato mono-sódico e logo se pensa que o seu excesso nas articulações produz a doença, e no sangue dá um índice, para muitos, patognomónico.

E não é assim. Dividem-se as opiniões e os factos têm, muitas vezes pelo menos, a aparência de contraditórios.

Temos a noção de que o ácido úrico é o «veneno», é a *causa imediata*, mas só eficiente quando um factor «agitante» e preparante o determinar e esse deve vir, do sistema neuro-vegetativo, cujo vastíssimo papel

lamentável é que, nesta avançada altura da Biologia, ainda seja tão pouco conhecido.

Não parece haver mais *ácido úrico total* no organismo dos gotosos, mesmo em erupção crítica, do que nos não gotosos, ou nestes em silêncio, dizem-no-lo SCHITTENHELM e HARPUDER. Não é a sua quantidade que causa as crises. Nestas há grandes oscilações nas trocas hemo-tissulares. Assim, UMBER na Alemanha, RATTERY e VIOLLE na França fornecem-nos gráficos *semelhantes*, pelos quais se vê que a uricemia baixa nas vizinhanças da crise para aumentar durante esta e ser máxima depois dela.

Sabe-se que há distúrbios que geram grandes hiperuricemias, como por ocasião das doenças hiperleucémicas, com desagregação intensa das nucleínas leucocitárias, sem haver gota articular.

Outras questões graves complicam a patogenia da Gota. Para uns há nefrite retencional geral, para outros só retenção parcial para os uratos.

Para muitos não há qualquer nefropatia, mas o ácido úrico ou os seus sais, passam por estados biológicos anormais que os tornam não filtráveis, e por isso retiveis.

Em suma, desde GARROT (1848) que a noção de Gota se aliou à da hiperuricemia; isto é universalmente aceite, ainda que, dentre alguns autores de mérito, FREUND <sup>(1)</sup> nos diga que em 104 casos da

---

(1) *Wiener Klinische Wochenschrift* n.º 51 — 1937.

Gota autêntica, alguns lhe permitiram afirmar «*haver gotas graves sem hiperuricemia*». GUDZENT encontrou 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> de uricêmicos normais nos seus gotosos genuínos!

Por outro lado, interessantes experiências de KIONK BARNES e HANSEN, alimentando aves domésticas, durante meses, só com carne de cavalo, conseguiram a criação da Gota típica, que curaram só com a alimentação quasi apurínica, facto notável de Biologia comparada, embora se saiba a diferença que vai do homem para os animais e que nas aves o ácido úrico seja o último termo da série metabólica.

Diz-se que a Gota articular consiste na concentração e precipitação do ácido úrico nas cartilagens articulares e isto não é uma verdade constante. A princípio e nas crises agudas, tudo é obra do funcional, tudo volta ao estado primitivo, o que não poderia dar-se doutro modo, porque as cartilagens, uma vez lesadas, não se regeneram (ver a nossa proposição 13.<sup>a</sup>, pág. 11).

Na Gota crónica as coisas são já outras; então as cartilagens articulares, os ossos subcondrais, os tendões e suas bainhas, os ligamentos, tudo pode ser incrustado por cristais úricos, formando-se os tofos, as zonas de necrose óssea, etc.; é a Gota lesional, a Gota crónica, como adiante a consideramos.

\*

Etiopatogenia.—O que fica exposto impõe-nos um resumo metódico com o crescimento de algumas

notas, mais para fixarmos idéias dentre as tão oscilantes e angustiantes com que os diversos investigadores se deparam.

Afigura-se-nos que a hiperuricemia é um facto incontestável, mas de «ocasião» e não permanente, pois ela resulta das oscilações hemo-tissulares de acôrdo com os gráficos de UMBER e de RATTERY já referidos.

Os cristais úricos acodem às articulações intra e extra-articularmente, comprometendo-as, ora de modo passageiro como nas crises francamente agudas, criando irritações que chamam as defesas hiperleucocitárias, travando-se a luta inflamatória (J. SEDILLOT) com feitio flágmonoso e alta *distensão venosa* — é o *signal de Widal* — e uma paralisia vaso-motora *signal de Freund* <sup>(1)</sup> — localizada, evidenciada pela rubefacção da pele, quando o paciente se levantar e ficar algum tempo de pé, ora de modo definitivo, como nas formas crónicas.

Nas primeiras crises agudas tudo se restaura. Pela sua repetição, poroses por osteólise se efectivam nas zonas subcondrais, para as encherem de cristais uráticos, nas próprias diáfises e nas cartilagens, lesando-as, destruindo-as.

Para isso contribuem os distúrbios neuro-vegetativos e as vulnerabilidades articulares inerentes a determinados tipos biológicos e a diáteses hereditárias ou

---

(1) Loc. cit.

adquiridas e tudo isto *detonado* por factores occasionais diversos: uma gripe ou outra infecção geral; uma crise psíquica «aguda» ou «crónica»; um traumatismo, as mudanças de temperatura ou outras alterações cósmicas — a Gota entre nós é peculiar da Primavera e do Outono.

É opinião quasi geral, e nós compartilhamo-la convictamente, que um grande conjunto de factores gotogénicos se sintetiza num *tipo biológico* sobre o qual vamos fazer algumas considerações, parte delas filhas da nossa experiência clínica.

O *biótipo* dos gotosos deve ser encarado sob os três aspectos: morfológico, funcional e psíquico.

O *tipo morfológico* é o *pícnico*, o congestivo: pescoço curto e grosso, nuca avermelhada, membros encurtados e volumosos, mãos e pés espessos; gordos ou obesos ou pelo menos muito cheios, de andar lento e pesado, bastante *sui-generis*, esboçando a marcha do pato nas formas crónicas.

Quando não são gordos e baixos, são de elevada estatura, agigantados.

O *tipo funcional* é o de um hepático congestivo, não cirrótico (hepatismo de GLÉNARD), de fígado aumentado na sua altura de 7 para 11 centímetros (J. SEDILLOT), de digestões lentas, de hiper, mais de hipoacidez gástrica, de grandes comilões e beberões, freqüentemente obstipados, muito sensíveis às mudanças de temperatura do meio ambiente.

O *tipo psíquico* é em nosso modo de ver, de *agitados estáticos*, porque são activos para o trabalho

mental, *mandões*, um tanto despóticos e intolerantes, agitados, mas amigos do repouso, do conforto e da comodidade, sedentários, o que os leva para profissões de feição burocrática ou, a terem de deslocar-se, como na indústria ou no comércio, a servirem-se quanto possível do trem, do automóvel, podendo contar-se «pelos dedos», as vezes que se desloquem por seu pé.

Na sua maioria cultivam muito os sentidos, comendo muito, bebendo excessivamente e não é raro serem dotados de grande tendência para o jôgo e outros vícios, com graves desmandos, sexuais de libações, etc.

Os grandes gotosos, são o protótipo das grandes aberrações, lembrando os dissolutos de Roma — *morbis dominorum* — e a «gota dos dissolutos» de que nos fala SENECA, felizmente hoje muito rara, sob esse aspecto, a feição típica da Gota clássica ou Padagra dos gregos, dadas as progressivas noções de higiene mundialmente prescritas e mais ou menos forçadamente cumpridas, circunstância que levou alguns autores modernos a dizer que a Gota é hoje muito rara, afirmação infeliz, porquanto, sob aspectos reumatiformes, ela é das espécies mais freqüentes da Reumatologia.

Ora tudo isto vale uma enorme e profícua lição, que em devida altura apreciaremos e aproveitaremos.

De forma imediata, pois, a Gota articular resulta da *super-alimentação* e da *sedentariiedade*, o que determina oscilações humorais com hiperuricemias,

que, sob dadas influências, contribuem para a formação dos gotosos. E não se pensa hoje como outrora, que é o abuso das carnes o factor gotogénico principal, embora tenha alguma importância, pelo que, devemos reduzir quanto possível os alimentos purínicos, de que a carne e mormente as fressuras são modelos, as últimas impregnadas por *colesterina*, a qual, associada aos uratos forma o mais pernicioso substracto dos tofos cartilagíneos, ósseos, tendinosos, etc.

Hoje sabe-se que a super-alimentação, mesmo de alimentos «inócuos» é muito prejudicial na gotogenia, supondo-se que pelos distúrbios digestivos muito contribua para a uricogenia e, sobretudo, para a preparação dos meios humoral e nervoso para as explosões gotosas e suas conseqüências irreparáveis.

O despertar das crises, a sua formação parecem obra da *alergia*. Mostram-no a forma de *icto* de algumas crises agudas e a sua erupção sob a influência de certas bebidas ou até comidas, citando-se os vinhos espumosos tipo champanhe como reactogénios desencadeantes, o que temos observado em alguns dos nossos casos de maneira incontestável.

Os choques psíquicos, os «trauma» crónicos da mentalidade, de modo variável, aliás, nos diversos indivíduos, *preparam* o sistema vegetativo ou até irritam-no para a explosão crítica, o que também é sabido e provado e nos dá elementos para conduzirmos a boa profilaxia, e a boa higiene dos nossos doentes.

São alergistas autores numerosos e de diversas

escolas, bastando-nos citar LÉRI, BEZANÇON, GUDZENT, KLINGE, RONDONI para nos justificarmos.

A *Semiologia* da Gota úrica faz-se, baseando-se no tipo mórbido, já esboçado, que é muito significativo; pela idade preferida dos 20 aos 50 anos; pelo sexo, que é o masculino, sendo-o raramente o feminino e êsse mesmo, como regra, só além da menopausa, quando a mulher se torna «viril»; pela hiperuricemia, que para ser anormal, deve ultrapassar três centigramas por litro de sangue; pelo próprio aspecto flegmonoso, pelo menos muito rube-facto, isto nas formas agudas.

Nas formas ou aspectos crónicos, há a história expressa das crises agudas, a existência dos vacúolos arredondados ou quistos subcondrais tão nítidos nas radiografias, e os tofos articulares e doutras zonas, sobretudo das cartilagens das orelhas e, finalmente e raras vezes, o *pé eriçado* de WEISSENBACH, FRANÇON, TRUCHOT e outros pela radiografia.

Os outros sinais radiológicos das sequelas da Gota são quasi indistinguíveis dos das artroses ou das artrito-artroses. É sobretudo a estas fases que muitos autores aplicam a designação de R.<sup>o</sup> Gotoso.

Eis como se explicam os tão numerosos casos de artropatias gotosas, bem ao contrário do que pode inferir-se das afirmações de reumatólogos clássicos, como o são GUDZENT e HOLZMANN, ao referirem as conclusões tiradas de 32.089 autópsias por êles feitas no Hospital da Charité, de Berlim, de só terem encontrado 76 vezes sinais de Gota *clássica*, ou seja,

2,36<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, conclusão, quanto a nós, pouco expressiva, quer, porque, como já dissemos, tal forma-modélo vem a diminuir notavelmente com a moderna orientação médica, quer por não serem os hospitais gerais os lugares onde se possam encontrar, senão excepcionalmente, as categorias essenciais dos «gotáveis» que, pelo menos, estão integrados na burguesia.

### Aspectos clínicos

Se são complexas as outras questões da sua história, não o são menos as referentes à clínica, isto é, à concepção das suas feições ou aspectos encarados imediatamente na prática. Uns falam da Gota típica e da atípica, outras da G. esténica e da asténica; outros ainda, da aguda e da crónica.

Não nos conformamos com qualquer destes conceitos, nem mesmo com o mais acessível e compreensível — o da G. aguda e da crónica. É que êste mal das articulações não só nos não dá aspectos bem delimitados, mas, antes, transições mais suaves do que nos outros distritos da Patologia em geral, e da Reumatologia em particular, por causa das formas híbridas, associadas e de outras, que nem são bem agudas nem crónicas francas, mas sequelas remotas.

E são estas sequelas que, a uma larga plêiade de tratadistas e reumatólogos, justificam a designação de Reumatismo Gotoso, com o que ainda não concordamos também, visto a natureza gotosa destas

afecções as tornar mais identificáveis pela história da doença — de uma Gota bem marcada previamente existente — do que pelos seus caracteres «actuais», de ocasião, os mais clássicos dos quais não raro faltam.

As nossas reflexões sôbre numerosos factos observados levaram-nos a encarar o problema clínico da Gota sob os quatro aspectos seguintes: Gota aguda, G. crónica, G. associada, ou formas híbridas da Gota e sequelas remotas ou finais, com o que apenas temos em vista colher os melhores interesses práticos das realidades clínicas. Bem sabemos que nem assim apresentamos fronteiras bem nítidas, mas bem menos confusas do que é habitual fazer-se.

Quando podemos considerar a *Gota aguda*? Sempre que se nos ofereça por crises iniciais ou repetidas, de maior ou menor intensidade (e não é pela violência dos sinais que medimos a agudeza ou a não cronicidade) em que se faça ou tenha feito integra restauração funcional, isto é, quando nos pacientes a quem, passado o mal crítico, nenhum resto sintomático, nenhum estrago ficou como estigma. Tudo foi obra do funcional.

A *Gota crónica* é a que, vindo por surtos repetidos de feição aguda ou subaguda, não mais deixa perfeita integridade articular ou justa-articular, restando alterações orgânicas irremediáveis de maior ou menor vastidão. Ao contrário da anterior — tôda funcional — aqui o orgânico altera-se definitivamente. É o caso da existência aos tofos peri e justa-articu-

lares, dos quistos medulares subcondrais, das anquiloses fibrosas ou fibro-ósseas, etc.

A *Gota associada*, as formas híbridas, mal definidas morfològicamente e até pelo feitio evolutivo, são identificadas ou antes comprovadas por determinados testes: tipo biológico, WESTERGREEN, e sobretudo pelos resultados da terapêutica.

As *sequelas remotas da Gota*, enfim, são as artropatias definitivamente irremediáveis; são enfermidades articulares que tiveram a sua origem nas afecções agudas ou representam o somatório dos surtos subagudos da Gota crónica, acima definida, mas que, mesmo ainda leve e raramente picotados por erupções de um *rescaldo* quasi extinto, tomaram feição quasi anónima, e não chegariam a classificar-se, se não fôsem os biótipos típicos, quando existem, e a história da doença e do doente. Há necroses ósseas, infiltrações tofácias, artroses múltiplas, anquiloses, etc., etc.

É claro que estes esboços descritivos são confirmados pela prova terapêutica, quantas vezes, aqui como em tôda a Patologia, o melhor dos testes.

\*

Ao fazermos o desenvolvimento das proposições anteriores, com a pormenorização sintomatológica, passaremos um tanto ligeiramente sôbre as descrições clínicas da Gota aguda ou subaguda (que praticamente não separamos) porque não há manual

ou tratado de medicina geral que o não faça com largueza e minúcia, essas qualidades que todos foram respigar das inultrapassáveis descrições feitas por SYDENHAM já do século XVII e mais contemporaneamente por TROUSSEAU.

Todos estamos de acôrdo sob êste ponto de vista, não valendo, porém, certas noções dos dois imortais clínicos, nada harmonizáveis com os progressos, hoje notáveis, do auxílio dos laboratórios da química e da radiologia.

### Gota Aguda

Vamos, pois, recordar os sinais principais da *Gota Aguda*. Vem por crises ou surtos, geralmente violentos, de início quási sempre pela alta noite, e como que com os aspectos de *ícto* (1). Conhecemos casos indiscutíveis de Gota, de feição hoje crónica, mas de antigos e não romotos episódios agudos, em que a aparição dêstes se fêz de modo suave e progressivo, o que, sendo altamente desnorteante, carece ser bem lembrado para evitar-se um lamentável êrro de prognóstico e de terapêutica.

Muitas vezes a Gota aguda é inicialmente monoarticular e com preferência pela articulação do pri-

---

(1) É propositada a designação que apresentamos, tal é a sua semelhança com as doenças de choque — como a enxaqueca, a asma, a epilepsia humoral, etc., e até, porque o seu mecanismo patogénico, para nós, reveste feição de choque anafiláctico.

meiro metatarsiano com a primeira falange dos dedos grandes, zona popularmente denominada entre nós e na Espanha (ali nos próprios livros) por *joanête*, nome que, por tanta economia de palavras, nestas notas adoptaremos. Não raro começa por atingir mais de uma articulação ou grupo articular, quasi sempre dos pés, depois dêstes, dos joelhos, dos punhos, dos carpos, cotovelos e ombros, sempre, porém, mono ou óligo-articular de momento, podendo alastrar de umas articulações, que calmam, para outras que se inflamam.

As regiões comprometidas por via de regra tumefazem-se, tornam-se quentes e vermelhas, às vezes arroxeadas, flegmonosas, rodeadas de veias túrgidas (1). A intensidade da dor é tal, que o toque das roupas de agasalho, o trepidar dos pavimentos se tornam insuportáveis. Os doentes comparam as dores a esmagamentos, triturações com fogo, pressão de tenaz. Vêm por paroxismos com forte latejo e suavizam nas primeiras horas do dia.

O estado geral é mais ou menos comprometido, havendo temperaturas de 37,5 a 39, inapetência, língua saburrosa e náuseas, conjunto de dias antes do surto, já prodrómico, como verdadeira *aura*. As urinas tornam-se coradas, diminuídas, mas raramente lamosas, isto é, sem lôdos úricos, aliás tão

---

(1) É mesmo um bom sinal; sinal da *distensão venosa* proposto por WIDAL.

vulgares nos portadores após os assaltos de agudeza.

As épocas mais próprias aos ictos agudos são o Outono e a Primavera, isto entre nós; são muito raros no Inverno, poucos no pino do Verão.

Dentre as várias sedes já mencionadas, a do «joanête» é ainda das preferidas, sendo-o depois os tarsos (calcâneo-cubóide 4.º e 5.º metatarsianos e escafo-cuneiformes), isto sobretudo, quando a Gota vai tornar-se crónica.

Não nos fiemos, porém, na segurança destas regras, porque a Gota aguda e, digamo-lo já, os surtos agudos da Gota crónica, podem atingir zonas mesmo não articulares, porém próximas das articulações. E há uma forma curiosa, que não vemos referida, e de incontestável natureza gotosa. É nos bordos, interno sobretudo, das rótulas, no seu periósseo, uma perióstite com rubor, leve tumefacção, dor muito violenta, tudo cedendo ao cólchico ou à acção do gêlo ou até da água muito fria.

As crises gotosas, mesmo bem assistidas, duram de alguns dias a algumas semanas e revestem tonalidades e formas que se nos afigura podermos esquematizar assim: a) «tanto mais intensas quanto mais novos e «pícnicos» forem os pacientes e mais reduzido o número das zonas atingidas; b) «de duração e rebeldia na razão inversa das suas intensidade e repetição».

O sangue ou as urinas acusam freqüentemente, longe de constância, aumento da existência de ácido

úrico. Ora uricemias superiores a 0<sup>gr</sup>,04 ‰ com uricúrias altas, ora, e amiúde, uricemias normais e uricúrias de 0<sup>gr</sup>,80 ‰ até de mais de grama e meia por litro de urina.

Estas modificações humorais não se encontram em geral senão durante ou e, principalmente, após os primeiros dias da crise para cessarem algum tempo depois do seu fim, ou manifestarem-se até, como que permanentemente, mesmo nas fases longas intercalares das crises (1).

O cólchico nas formas muito violentas, êle ou o atofam nas menos fortes, preenchem as melhores indicações terapêuticas, não se esquecendo nunca os cuidados e as regras, adiante expostos, que tal terapêutica eficaz exige, por perigosa em caso contrário.

Vamos objectivar o que fica dito com a

Observação I.—J. M. A., 34 anos, comerciante e, por irónica coincidência, proprietário de uma casa de banhos quentes de uma praia próxima, é filho de um terrível gotoso, largos anos inválido e morto em caquexia, e de uma senhora neuro-artrítica, grande artrótica por nós tratada, cuja história clinica figura no capítulo «Artroses» dêste nosso livro, já publicado na «Imprensa Médica» de Lisboa.

É de feição e compleição perfeitamente «picnicas» e altamente nervoso, franco pitiático. Numa manhã de Julho de 1935 (aos 34 anos), de forte calma, entregue à labutosa faina da balneoterapia «anti-reumatismal», foi bruscamente atingido por

---

(1) Os gráficos de RATTERY e VIOLE, franceses e de UMBER, alemão, são muito semelhantes e mostram a baixa uricémica pré-crítica e a alta post-crítica.

violenta dor na região do tarso do pé direito, logo muito tumefacta e arroxçada sem permitir o toque do calçado, dos agasalhos e até qualquer experiência, com evidente impossibilidade dos movimentos activos ou passivos.

A temperatura subiu a 38°,5; havia náuseas e repugnância alimentar, o que, de quatro dias antes vinha a marcar a «aura digestiva». Não almoçara ainda (3 h. da tarde) porque não podia nem o queria fazer para repetir o banho quente que, horas antes fizera com desastrosos resultados (as crises agudas, muito agudas como esta, cedem melhor sob o frio do que sob o quente; é o que nos diz a nossa experiência, contra o que habitualmente está escrito).

Fomos chamado para junto do doente, irmão de um colega e amigo de muitos anos, e, com o DR. MENDONÇA MONTEIRO, assistente, observamos o que acima referimos, e, como todo o organismo fôsse perfeito, depressa lhe ordenamos um banho nas águas frescas do mar, que fêz por mera obediência mas com a repugnância entre nós tradicional da incompatibilidade do reumatismo com o frio.

Ao sair do banho, logo esboçara umas passadas e a sua disposição geral se transfigurou. Um pouco de colchico — 2 doses de 20 gotas de tintura — deram-lhe uma parte da noite em sossêgo e um paroxismo suportável de madrugada. Quatro dias de análogo tratamento em dieta pouco mais que hidrica trouxeram a cura integral, sem o mais leve resto.

Reduzindo e escolhendo a alimentação, movimentando-se bem e tomando alguns uricolíticos e, ainda, recebendo o nosso confôrto animador ante os seus receios de repetição do mal (as emoções são altamente gotogénicas) passou normalmente até Novembro de 1939.

Então, o tarso esquerdo e a região carpo-metacárpica direita sofreram novo insulto agudo em tudo semelhante ao primeiro, um pouco mais rebelde e duradouro, tendo sido necessário o emprêgo das aplicações de R.<sup>os</sup> I. V.<sup>os</sup> no carpo que parecia querer passar a afecção crónica. Tudo, porém, foi inteiramente restaurado até hoje.

## Gota crónica

Dentro da nossa concepção, acima exposta, é a forma clínica mais importante da Gota articular por ser a mais grave e pela via que abre às sequelas definitivas, as quais vão desde as limitadas e pouco invalidantes até à generalização ampla e vasta e correlativa enfermidade ou invalidez total.

Há que pensar ainda, que é no início da cronicidade que a interferência da terapêutica e os cuidados preventivos podem ter real valor, motivo pelo que a nossa maior atenção é de todo o ponto necessária.

Este aspecto da Gota oferece-nos os surtos agudos ou subagudos exigentes de uma assistência semelhante à da Gota aguda, mais umas precauções e medidas que passamos a acrescentar.

As crises, sendo repetidas, são, segundo as regras traduzidas no nosso anterior esquema, menos intensas e mais duradouras ou rebeldes e, com o uso do cólchico, devemos alternar o do atofam, este misturado com o bicarbonato de sódio e sob o método que adiante referiremos.

Mas aqui diversas vísceras e sobretudo o rim, o coração e as artérias não permitem muitas vezes a liberdade de acção adoptada na Gota aguda. Tôda a prudência se impõe.

De particular há que referir a existência de focos ou zonas articulares lesadas ou alteradas profundamente, a presença de tofos medulares subcondrais

peri, justa e ab-articulares como as respectivas cartilagens, tudo mais ou menos infiltrado de uratos, descalcificações e anquiloses, *conjunto que não mais deixa de lembrar aos pacientes o seu carácter de crónicos.*

Como se pode diagnosticar uma Gota crónica? Por ocasião dos surtos agudos ou subagudos, pela sintomatologia já exposta, pelos biótipos mórbidos, pela negatividade dos testes infecciosos e pela prova terapêutica. E dizemos negatividade infecciosa, porque alguns testes laboratoriais são elucidativos, tal o aumento do ácido úrico no sangue e ou nas urinas.

A nossa situação é menos fácil na ausência de prévios surtos bem marcados, perante crises ou episódios ou incidentes dolorosos, ordinariamente dos pés, joelhos ou mãos, apiréticos ou hipopiréticos e sem qualquer repercussão sobre a economia geral. Então, procuraremos surpreender ou eliminar qualquer acesso de artrite de feição infecciosa, que dará um WESTERGREEN alto; procuraremos os tofos pequenos como painço até grandes como ovos de pomba, êstes próprios dos olecrânios; a radiografia mostrar-nos-á zonas articulares destruídas e infiltradas de urato-colesterina e quistos (manchas arredondadas) nas cabeças dos metatarsianos ou dos metacarpianos, sua sede mais vulgar.

Mas tudo isto pode ser vago ou falível e ainda só nos justifica a história progressiva do doente e da doença, pelos seus surtos bem como pela prova terapêutica.

Observação II. — J. A. C. de 55 anos, de elevada estatura, não propriamente um pícnico, mas de alto temperamento neuro-artrítico, é extremamente activo, agitado, empreendedor, cheio de tiques faciais, impulsivo e, no parecer, pouco desmandado, à parte nos seus ritmos alimentar e de descanso. Bom passado pessoal e regulares ascendentes.

A despeito de tudo isto, há muitos anos já, que vem a ser assaltado por numerosas crises reumatismais, pouco mais ou menos como a para que fomos chamado a tratá-lo, numa cidade nortenha, pelo DR. MARTINS DELGADO (Janeiro de 1941).

Havia duas semanas que permanecia no leito, quasi sempre em forçada quietude, com repetidos paroxismos dolorosos nocturnos e temperatura de 37<sup>o</sup>,8 a 38<sup>o</sup>,5. Havia artrites dos tarsos, dos joelhos, dos punhos, e dos cotovelos com predomínio de dois a três dias em cada articulação, mas com certa constância no bôrdô interno da rótula direita e na metade externa do tarso esquerdo.

Apesar de antiga, a doença não determinara tofos palpáveis e a uricúria não era muito elevada. As zonas atingidas eram tumefactas, vermelhas, quentes e muito dolorosas. As suas primeiras crises tiveram lugar nos *joanêtes* e nos tarsos; as mais recentes alastraram por outros artículos também, tomando um pouco a feição poliarticular. Nos primeiros tempos ficava integro, perfeito; dos últimos assaltos ficaram *restos*, leves, mas nítidos que não mais «o deixaram o mesmo homem». Uma leve e dissimulada claudicação lhe era imposta pelas dores dos pés, nos pisos menos regulares sobretudo, e com certas variantes de intensidade.

Foi por nós tratado a principio como um gotoso agudo; melhorado, veio para o Pôrto fazer, sob nossa orientação, a fisioterapia das pequenas e permanentes sequelas agravadas, com o que muito nitidamente melhorou.

Esta observação mostra-nos um tipo biológico indeciso e uma ausência de testes e sinais que pode-

riam pôr em dúvida a natureza gotosa. Os primeiros assaltos nos joanêtes, o temperamento nervoso, o aspecto robusto e a prova terapêutica são, porém, bastante.

Observação III.—D. C. L. Q. C. de 38 anos, casada, doméstica, foi por nós examinada na Curia em Julho de 1941. *Seu pai foi um gotoso máximo*, havendo praticado o inacreditável numa vida de desmandos de tôda a ordem na alimentação, nas bebidas e de ordem sexual. Foi um pícnico completo e morreu aos 64 anos depois de muitos de invalidez resignada.

A doente, manifesta neuro-artrítica, foi saudável até aos 14 anos, à parte algumas fortes hemicrânias por vezes com hemianópsia. Naquela idade (!) sofreu uma intensa crise gotosa com sede no «joanête» esquerdo, a qual curou integralmente em alguns dias. Passou muito bem até aos 28 anos, havendo tido a menarquia aos 14 (época da 1.<sup>a</sup> crise de gota) e sendo sempre *bem regulada*. Casou aos 17 e teve quatro filhos normais. Aos 28 teve grave ulceração uterina, após cuja cura, logo surgiram numerosas e volumosas flictenas indolores nas pernas, segregantes de abundante liquido amarelo, transparente, ora curando ora voltando, durante três anos.

Desaparecidas de vez estas flictenas, veio a doença actual, de comêço só nos pés e no principio da primavera de 1939, aos 31 anos. A partir de então e durante dois anos os pés e as pernas incharam e tornaram-se muito dolorosos, sendo todos os movimentos ou pressões quási insuportáveis. Vivia da aspirina.

Em Setembro de 1940 numa estância de Águas tomou um banho frio ficando com muita prisão nos pés que os três banhos seguintes foram agravando por forma a não poder mexer-se. A crise foi violenta e outras se repetiram em 1941, a última em Julho, a que examinámos.

Um facies, uma disposição geral, um aprumo e affectividade

normais. Sentada no bôrdo do leito conversava e ria e tomou alegremente parte no chá que gentilmente nos ofereceu após a observação. Mal podia tocar-se-lhe nos pés muito inchados e róseos. As pernas edemaciadas, como dois grandes cilindros, a pele sem elefantíase, mas não se marcavam as dedadas. Veja-se a figura 2 (1).

O estado geral, as grandes funções tudo era regular.

Da conferência com o jovem prof. DR. TRISTÃO RIBEIRO, director clinico, resultou a prescrição do cólchico e do extracto tiroideu, este não só como habitualmente útil aos gotosos obesos, mas em particular, no caso presente, de trofedema franco.

Esta observação mostra-nos um caso de Gota subcrónica notável pelos estragos e pelas complicações de que se acompanhou e põe em evidência o papel da hereditariedade, das disendocrinias, da existência da Gota nas mulheres e até da sua excepcional mas real aparição numa idade tão recente e ainda o papel das emoções, porque esta senhora tem levado uma vida cheia de desgostos e intensas contrariedades.

A grande maioria dos autores nega a Gota das mulheres e poucos a admitem após a menopausa — a Gota climatérica de MARAÑON. Êste autor que a

---

(1) Esta figura é a reprodução de uma igual à que daria a nossa observada, e foi tirada do livro que nos foi oferecido pelo médico argentino DR. A. G. HERRERO. «*Algunos síndromas reumáticos que no obedecieran al salicilato de sódio*». Na clinica privada e em gente da categoria de gotosos não é sempre fácil obter-se uma foto, mas rádio-fotos.



Fig. 2—Gota (úrica) Crónica com intensas manifestações nos pés e acentuado trefedema das pernas — senhora de 38 anos.



defendeu com energia na *Jornada da Liga Francesa contra o Reumatismo* — Maio de 1939, ainda encontrou resistência, a nosso ver nada justificável.

Observação IV. — A. C. de 60 anos, comerciante e industrial, robusto e biótipo pícnico, temperamento nervoso. Sem hereditariedade de maior, é um grande e inveterado gotoso crónico. O seu reumatismo desta espécie tem passado por todos os degraus conhecidos, avultando vasta progressividade associada a intensa cronicidade. Teve as crises mais clássicas e as mais aberrantes e, há muitos anos já, é portador de tofos, os olecranianos de grande volume.

Vimo-lo pela primeira vez há 15 anos, mas com regularidade só acompanhámos os fins do surto que lhe aparece em Agosto de 1940, para o qual fomos chamado pelo DR. AVELINO DE CARVALHO, de Famalicão.

Surto subagudo, terminado em fins de Janeiro de 1941, durou assim uns 7 meses; foi extenso a pés, joelhos, punhos, dedos das mãos, cotovelos, ombros e ráquis cervical. Durante muito tempo fustigava as zonas dolorosas com urtigas verdes e ia tomando específicos em que predomina o cólchico.

Estado geral mau, inapetência, língua saburrosa, momentos de depressão, logo sobrepujados pela clássica euforia

Sofre desde os 27 anos de gota poliarticular, quasi sempre obediente aos específicos quanto aos acessos agudos, e aos lódos dos Cucos no referente aos restos congestivos. Há muitos anos que tem tofos nos cotovelos e anquiloses nos dedos mínimos à altura das articulações falango-falanginhas. Há certa rigidez nos punhos e nos tarsos.

O andar é-lhe um tanto penoso mesmo nas fases frias da doença. Os distúrbios funcionais são menores do que o que se pode deprender dos estragos lesionais (fig. 3).

Como tratamento, êle reveste ao mesmo tempo o papel combativo e o preventivo.

Combativo, actuando sôbre os surtos como está indicado

na Gota aguda, com os cuidados necessários. Como preventivo pela dietética geral e individual, pelo iodo e pela fisioterapia para extinção dos rescaldos dos acessos agudos, e de todos os meios que tendam a impedir a repetição das crises e dos consequentes resultados, cujo somatório pode levar à enfermidade total ou à caquexia.

### Formas associadas da gota

Todos os clínicos têm visto portadores de artropatias tórpidas, nítidas artrites mono ou óligo-articulares em biótipos bem marcados umas vezes, vagamente outras, mas em regra não leptosómicos, antes com aspectos denunciadores de certa robustez.

Nem pelas razões anteriores nem pela idade e até o sexo, contudo mais nos homens, estes reumáticos não têm uma história pessoal ou hereditária elucidativas. Há neles qualquer coisa que, aos experimentados e prevenidos, faz lembrar uma simbiose mórbida, uma afecção etiologicamente híbrida e a nós, que sobre eles tanto temos reflectido e experimentado, a noção de associação da Gota ao Reumatismo de BOUILLAUD ou mesmo a qualquer forma infecciosa, mas que quasi sempre merece a nossa tendência para a feição *Gota builódica* (1).

Isto que pensamos quanto a formas geralmente de fraca agudeza, infere-se de autores, como WEIS-

---

(1) Designação um tanto forçada para adjectivarmos esta simbiose ou conjunto Gota-Reumatismo de BOUILLAUD.



Fig. 3 — Vê-se nesta rádio acentuada descalcificação dos ossos de tôdas as falanges; destruição muito pronunciada da cabeça do 1.º metatarsiano esquerdo e parcial da do 5.º; menor da extremidade distal do osso da 1.ª falange esquerda. Artrose com interlinha «pinçada» do joanete e da falango-falangeta direitos e bicos osteofíticos do 1.º cuneiforme e da cabeça do 2.º metatarsiano direitos.  
Gotoso crônico inveterado.



SENBACH e FRANÇON entre os franceses e BURNS BART entre os ingleses, menos vezes talvez do que se nos afigura, pela nossa observação.

Em geral, praticamos o WESTERGREEN e achamos velocidades superiores a 15 e 20mm à 1.<sup>a</sup> hora e, por outro lado, sinais mais ou menos conducentes ao fundo dismetabólico úrico.

E, sobre este critério, e não impellido por um inaceitável palpite, fazemos uma terapêutica associada e, não poucas vezes, temos colhido grandes e elucidativos benefícios.

É, pois, sempre justo nestas mono ou óligo-artrites de feição vaga, mas em indivíduos robustos e já de adultos para cima, pensar nas formas associadas da Gota.

### **Sequelas da Gota**

É a última feição, o último aspecto sob que a encaramos clinicamente e revela-se-nos por artropatias crônicas definitivas, num padecente com uma história clínica de Gota aguda ou subaguda e em geral de muitos anos de Gota crônica progressiva, isto é, de progressivos estragos ou lesões definitivas, o somatório das quais produz a invalidez funcional mais ou menos vasta ou até total, isto quási sempre acompanhado por visceropatias diversas com manifestas lesões dos aparelhos circulatório e excretório.

Não prefazendo falange numerosa, porque, em fases clínicas anteriores, um episódio mórbido os conduz à morte, são ainda assim dignos da nossa

atenção pelo número e pela lamentável situação os seus portadores.

Estas sequelas remotas e finais, ainda, por vezes, dão sinais de leves rescaldos subagudos, mas em geral são «frias», tórpidas e tudo se limita a um agregado de deformações, de artroses, de focos de fusão com fístulas e eliminação de borra branco-amarelada, sempre, pode dizer-se, sofridas com uma resignação e até certa euforia que é privativa dos gotosos, em contraste manifesto com o que se passa nas sequelas das outras espécies reumatismais.

Constituem razões semióticas para o diagnóstico destas formas terminais da Gota: a história da doença que nem sempre é clara e elucidativa, porque o seu diagnóstico não fôra feito ou, até, pela evolução e caracteres anómalos; os biótipos mórbidos, nesta altura muito modificados sob várias características; a presença de quaisquer episódios subagudos ou a sua não muito afastada existência e, acima de tudo, os caracteres morfológicos, tais os pés inchados em bloco, os dedos das mãos ou dos pés deformados em ângulos muito obtusos, às vezes os tofos olecranianos e radiològicamente as lesões características, tais os quistos medulares dos ossos subcondrais das articulações comprometidas e os grandes tofos periarticulares com osteólise franca, tal como se vê na figura 4.

Pertence a um inglês de 66 anos, gotoso ha 12 e portador de sequelas graves e definitivas, de há uns quatro anos apenas, já vastas, comprometendo os

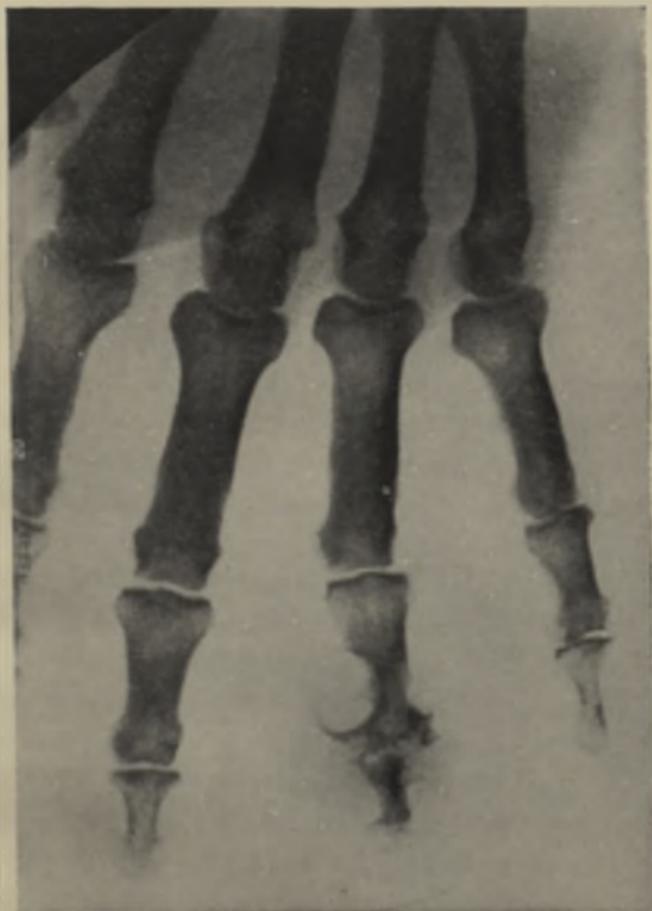


Fig. 4 — Esta rádio mostra um tofo enorme do dedo anular da mão esquerda do tamanho de uma noz, com destruição das epífises distal da falanginha e proximal da falangeta, com osteólise da própria diáfise da primeira; à direita em quisto peri-ósseo, tudo infiltrado de urato-colesterina. Seqüelas da Gota.



joelhos, os pés, os cotovelos, os ombros e a mão esquerda. Ainda não há muito que teve um episódio subagudo, mas muito doloroso e altamente invalidante.

Alguns casos conhecemos em que, sem o conjunto dos sinais anteriormente referidos e certo tato especial, as sequelas da Gota seriam confundidas com as artropatias avançadas do tabes ou da siringomielia, tal o de um doente de Famalicão, que, com o DR. TERROSO, vimos naquela vila e que, pelo aspecto geral, nos levaria ao diagnóstico de uma artropatia de natureza puramente neuropática.

Não são para abandonar estes gotosos mesmo em fase tão desesperada. Há sempre a oportunidade de combater ou atenuar os processos artróticos pelos iodados; a osteólise e correlativa infiltração urática pelos uricolíticos e pela dietética; suavizar as dores pelos antiálgicos adequados e sempre a vigilância tendente a afastar a caquexia e a prevenir qualquer dos vários assaltos letais a um coração em via de assistolia ou a um rim prestes a fechar-se, para não mencionar muitos outros, à frente dos quais vale a pena referir os distúrbios encefálicos quasi sempre de feição trombótica.

### Diagnóstico

Do que fica exposto neste capítulo e nos anteriores, reconhece-se que só nas raras formas francas, chamadas Gota típica, o diagnóstico se impõe, e

que nas outras, que são hoje as mais frequentes, as dificuldades são muito grandes, exactamente pela necessidade de se partir dos dados progressos de surtos *normais*, logicamente raros também.

É necessário um apuramento muito minucioso da feição de todos os surtos, do tipo biológico, dos dados uricémicos, das características radiológicas e da hereditariedade, que, quanto a nós, não é tão decisiva como para muitos autores que a encontram similar de 50 a 90% e artrítica (obesidade, migraine, diabetes, urticária, etc.), em quasi todos os ancestrais.

As formas agudas, actualmente, de um modo geral tão óligo e até poliarticulares, devem distinguir-se do R.<sup>o</sup> de BOUILLAUD e do Gonocócico e de outros R.<sup>os</sup> infecciosos pelos seus sinais próprios, por diversos factores tais a idade, as condições sociais, o sexo, o tipo, os testes biológicos e, finalmente, pela evolução, não esquecendo a prova terapêutica.

No entanto, qualquer que seja o aspecto da forma clínica que a Gota articular nos ofereça, são razões fundamentais para a demarcarmos com certa segurança: o tipo pícnico ou forte, os informes sobre a super-alimentação, a vida sedentária, o temperamento nervoso, a fraca disposição para o exercício físico, o predomínio da vida mental bastantes vezes, aliás, bem mal aproveitada, aptidão aos desmandos sexuais e a tantos outros, isto como conjunto de sinais um tanto «vagos», importando os elementos seguros anteriormente referidos.

### Prognóstico

Bom, se conseguirmos *converter* os pacientes, aliás, os mais rebeldes, mormente sob os pontos de vista da morigeração alimentar e da exaltação do exercício físico. Os gotosos são, sob êsse aspecto mental, quasi abúlicos. Inteligentes, compreendem o mal que os ameaça; cultores inatos dos sentidos, êstes determinam-nos arrebatam-nos e assim marcham eufórica e resignadamente para a invalidez, de que a morte pelos rins, pelas artérias ou pelo coração (GUDZENT e tantos observadores, nós incluído) em geral os liberta tantas vezes.

Não se tema a Gota, mesmo a visceral, quando se cumpram *com rigor* as prescrições de ordem terapêutica e, sobretudo, profiláctica que a seguir vão expostas.

### Profilaxia e Higiene

Pode discutir-se sobre a essência e a compleição do Artrismo, mas não pode duvidar-se da existência de um fundo mórbido, de uma tara bem complexa, aliás, de um modo de ser e de reaccionar peculiar a certos indivíduos, tornando-os aptos e predispostos para determinadas doenças, que, aparentemente bem diversas, estreitos laços de parentesco e de sucessão, até de sucedaneidade, ou equivalência, possuem.

E não foi debalde nem de ânimo leve que a

grande figura de BOUCHARD construiu a *família patológica dos artríticos*, sem tanta precisão concebida muito longe já, por GINTRAC.

A denominação será imperfeita, mas isso nada importa desde que assente bem no que ela deve significar.

Não discutimos aqui a sua essência, seja ela uma diátese precipitante como pretende LOEPER, seja outra, mas interessam-nos os factos clínicos e poucos poderão merecer maiores direitos do que a Gota à sua filiação no âmbito do Artrismo.

Isto quer dizer que todos os artríticos hereditários ou supostos volvidos tais, isto é, os portadores da diátese artrítica hereditária ou adquirida, devem precaver-se contra determinado grupo de doenças, à frente das quais deve avultar o Reumatismo Gotoso. Logo, será excelente medida profiláctica antigotosa, lutar contra o Artrismo, porque muitos males poderão evitar-se e assim preservar-se da Gota.

Uma vez esta aparecida, começa a obrigação de prevenir-se contra a sua progressão, a sua instalação orgânica com as correlativas crises e seqüentes possibilidades de evolução crónica e redução ou desaparecimento da validez, isto sem mencionarmos as incontestáveis complicações extra-articulares, tais como as angio-cardio-nefroescleroses, digam o que disserem certos opositoristas que, assim, falam mais de gabinete do que da cabeceira dos pacientes.

Quer como profilaxia, quer como higiene do gotoso, devemos lembrar-nos que este é, regra geral,

um pletórico e que para tal contribuem principalmente êstes dois factores — a *superalimentação* e a *sedentariedade*.

Ora o pletórico, diz-nos H. PAILLARD, e muito bem, é primeiro um *funcional*, depois, pelas precipitações das substâncias em excesso nas cavidades naturais, volve-se em lesional. E recomenda com senso perfeito que todos os hereditários artríticos, que nunca foram pletóricos e sejam às vezes, mesmo, enfezados e débeis, se devam acautelar contra futuras ou até já presentes vicissitudes mórbidas, bem dissimuladas e traiçoeiras, dada a sua enganadora feição constitucional e até temperamental.

Assim, em resumo, as boas profilaxia e higiene dos gotosos podem resumir-se neste grande princípio, aliás, benéfico em tôdas as circunstâncias: vida activa, metódica e morigerada na alimentação e nos costumes correntes.

Já não é dos tempos modernos a luta feroz contra a carne, contra os alimentos azotados. Os argentinos, que pouco mais comem do que carne, nem por isso são mais gotosos. Está provado que não é só à qualidade, mas antes até à *quantidade* excessiva dos alimentos que o pletórico, primeiro degrau do pínico, deve os seus sofrimentos.

*O gotoso pode comer como qualquer normal, se normalmente souber comer*; eis a fórmula que nos ocorre mais expressiva para traduzirmos o nosso pensamento. É claro que o mesmo queremos dizer no respeitante a bebidas.

Há contudo vantagem em limitar um pouco os albuminóides, mormente os animais e escolher as bebidas. E neste ponto de vista parece seguro e apurado que certos vinhos espumosos são piores de que os Pôrto; certos vinhos maduros mais suportáveis que os verdes e a cerveja. Seja como fôr, o que é inconstestável, é que a frugalidade tem para os gotosos as maiores vantagens.

Há, porém, sensibilidades e sensibilizações bem variadas, relativamente a alguns alimentos ou bebidas consideradas inofensivas em geral e de efeitos gotogénicos para determinados indivíduos, e então a experiência pessoal, que deve ser averiguada e cultivada pelo clínico, prestará valiosos auxílios.

Estas medidas profiláctico-higiénicas, que de modo geral e sintético acabamos de referir, impõem ao médico o dever de saber pormenorizar, de harmonia com o estado dos seus assistidos. Desnecessário será lembrar que, antes de estabelecer-se um regime, importa conhecer o estado humoral; saber qual a uricemia, a uremia, a colesterinemia e a glicemia para regular uma boa orientação.

É freqüente a coexistência Gota-diabetes ou melhor Gota-hiperglicemia e isto tem óbvia importância, particularmente no uso das frutas que, quando consentidas, são altamente benéficas.

Deve fazer-se oposição cerrada ao uso dos «miúdos ou fressuras animais» tais como, os miolos, o fígado, o rim, os boches, etc., servindo-nos da linguagem culinária bem conhecida; do mesmo modo,

quanto aos molhos, aos condimentos fortes, às conservas e aos mariscos.

É bem sabida a importância do bom funcionamento dos órgãos de eliminação, quer excrementícia, quer excretora, pelo que deve haver regularidade nas dejectões, boa diurese e óptima transpiração. A pele merece aos gotosos as maiores precauções e especiais cuidados se devem dispensar às funções hepáticas, pois o fígado desempenha, no consenso quasi unânime, o maior papel pró e contra a Gota. Éle contribui máximamente para o metabolismo das purinas e daí bem se conclui a sua importância. De resto, esta visceras nos gotosos deve considerar-se sempre fatigada.

Um certo dispêndio físico: andar, trabalhar, fazer exercícios de ginástica, de desporto, coaduna-se perfeitamente com um metódico viver psíquico, cujos excessos ou faltas de método são assaz nocivos.

Também o lado afectivo deve interessar a ordem metabólica e esta anda relacionada com o vegetativo e endócrino, cujas disfunções muito influem na Gota. Tôda a libertinagem se deve combater, pois os gotosos, mais que os outros, a ela são predispostos e dela são vítimas.

Enfim, frugalidade, agilidade e morigeração resumem o bastante a observar-se, sem o que, a terapêutica é de insignificantes resultados; e nunca em Medicina houve maior aceitação do que na dos gotosos para o conhecido *Cura te ipsum*.

## Terapêutica

Já o dissemos e repetimo-lo aqui: a terapêutica sem os cuidados higiênicos é de precários resultados.

Contudo, a primeira tem seu papel, bem menor todavia do que seria necessário e ela reveste dois aspectos diferentes: ou se trata da Gota aguda ou da crônica ou das sequelas e é isso, até, que muito concorre para que, como ficou exposto, extrememos bem as três formas, considerando de um lado as agudas e subagudas, cuja separação é impossível, pouco mais de convencional, e do outro as crônicas e as sequelas reveladas por episódios subagudos de importância mínima, mais talvez de auxílio diagnóstico.

Gota aguda. — Ela diz respeito às crises, porque nos seus intervalos todos os cuidados são de feição higiênica.

O *cólchico* tem um precioso valor, pode dizer-se específico; encurta e atenua os sofrimentos dolorosos. Não lhe vemos contra-indicações, desde que se prescreva em doses toleráveis, muito diferentes de uns para os outros pacientes.

A intolerância revela-se com certa evidência, porque começa por diarreia e cólicas.

Algumas dejecções *sôltas*, sem grandes dores intestinais, ainda não representam intolerância, mas o limite

máximo, e o aviso até para a diminuição das doses. Estas variam consoante a origem; nós empregamos a tintura de sementes e prescrevemos em média 30 a 60 gotas nas 24 horas, em duas doses de 15 a 20 gotas, uma hora antes das refeições. Recorremos às vezes à Colchicina HOUDÉ, ou MERCK que damos na dose de 3 a 6 pílulas por dia ou seja um total de 6 miligramas inultrapassável.

Não conservamos a colchiterapia mais do que quatro dias seguidos e, se fôr necessária a persistência, não faremos intervalo inferior a quatro por haver lenta eliminação. Outro medicamento, quási específico das formas menos agudas, podemos considerar: é o *atofam* ou *agotam*.

Êste preparado é de óptimos efeitos, mas não deve ministrar-se senão acompanhado por bicarbonato de sódio. Uns 2 a 5 gramas por dia, sempre acompanhados por 200 gramas de água por comprimido, devem ser suficientes. Uma precaução deve adoptar-se: não consentir o seu uso senão uns 5 dias seguidos, com 8 a 10 de intervalo, medida contra a sua progressiva perda de acção.

O cólchico não merece a mesma benevolência, porque, para alguns, o seu poder de cortar a crise (o que brusca e inteiramente não cremos possível) poderá acarretar conseqüências, repercussões sôbre os aparelhos circulatório e urinário e as vísceras em geral. O icto gotoso parece ser uma «descarga» necessária (KLINKERT), pois que, para UMBER, a Gota deve ser integrada nas «tormentas do sistema neuro-vegetativo».

Não somos inteiramente dessa opinião. Os factos não no-lo confirmam e os próprios abstencionistas deixariam de o ser ante a violência de uma crise sua.

De resto, sobretudo as angionefroescleroses, poderão surgir em qualquer pícnico, pletórico, que nunca teve manifestações gotosas.

Já deixamos aberta, ao falarmos da simbiose *Gota-bouillódica*, a indicação do salicilato e assim, achamos que, nas fases subagudas, mormente em casos de mono ou óligoartrite das grandes articulações, alternamos o cólchico ou o atofam com o salicilato na dose de 1 a 2 gramas por dia na fórmula para uso endovenoso :

Salicilato de Sódio	}	ã ã
Glucose	}	1 grama
Água	}	10 gramas
Por empola —	}	

Já tentamos o uso da luz azul, apregoada por alguns experimentadores, mas não colhemos benefícios apreciáveis.

O que muito convém empregar, como medicação exterior, é a cataplasma tépida laudanizada ou um enduto de :

Salicilato de Metila	—	10 gramas
Vaselina líquida	—	200 gramas

Também nas formas muito localizadas e violentas

as compressas de água fria são altamente benéficas e sem contra-indicações.

Esta terapêutica nos novos e robustos pode efectivar-se, como mencionamos na observação I, pela balneação geral no mar, se de verão, ou em banho habitual a 20° e a 15° na terapêutica doméstica.

Nos intervalos das crises a hidroterapia e os uricolíticos tais o Pipersina Midy ou o Urol, Uracetol, Ureol, todos de análoga base litínica, têm a mais oportuna indicação. Neste grupo incluímos as águas da Curia — as sulfatadas cálcicas, — desde que haja vigilância e contando mesmo com possíveis recrudescências que, aliás, não são perigosas.

Gota crónica. — Entendemo-la nas fases frias, apiréticas ou então hipopiréticas e, conseqüentemente na, ausência de qualquer acidente de feição subaguda que, aliás, exige a intervenção dos meios já conhecidos e expostos.

Corresponde ao preenchimento das indicações higiénicas, de que falamos, e impõe-nos a execução de medidas relativas a qualquer artrite ou artrito-artrose em franco avanço de cronicidade, havendo que ocorrermos ao iodo, ao enxôfre ou às medicações de conjunto, tal o sulfonatrion e congéneres e aos agentes físicos, êstes nas suas formas: *maçagem*, calor, electricidade, emanações radioactivas e à balneoterapia.

Sublinhamos a *maçagem* que, nas afecções gotosas não agudas é, para nós, a mais frutuosa terapêutica.

O calor, pelo «banho» de areia quente, pelos raios infra-vermelhos, pela diatermia de ondas longas ou curtas, não é de tão seguros resultados.

As emanações radioactivas, só praticáveis em instalações apropriadas é, outros o afirmam, pelo menos de prometedores efeitos.

As águas sulfurosas de Chaves, Aregos, S. Pedro-do-Sul, Vizela, e tantas outras, têm um certo valor adjuvante, nada para desdenhar.

As Águas do Luso são entre nós das melhores para curas de desmineralização e as de Vidago, Pedras, Monte-Real preenchem a dupla indicação de correcção hepática e de modificação do estado biológico anormal do ácido úrico, concepção razoável da sua alta valia na patogenia da Gota, parecendo que a prática confirma o que a teoria vislumbra.

Não somos dos que duvidamos da acção dos medicamentos denominados uricolíticos, tais os que acumulam a acção do ácido benzóico e da piperazina e os que têm a litina por base.

Muitas outras variedades terapêuticas, galénicas ou físicas, estão em experiência, mas sôbre as quais não podemos ainda pronunciar-nos.

Lembramos, porém, a tiroidina, cuja indicação ocorre e a prática vai confirmando, ante a estreita ligação da Gota com distúrbios endócrinos, obesidade sobretudo, e o trofedema, como o da nossa observação III. Ensaia-se também a fuliculinoterapia, tanto a Gota é «viril», rara na mulher e ausente nos eunucos.

*Resumindo.* A Gota nos aspectos agudos (e subagudos) exige o cólchico e o atofam, uma dieta apertada e bebida abundante, preferindo tisanas de freixo ou de chicória e o uso abundante do limão e da cebola.

Nos aspectos crônicos: muito movimento, bom ar, vida sossegada, ou pelo menos metódica, abstinência de todos os abusos e o recurso aos meios físicos, à frente dos quais estão a maçagem e a ginástica activa por processos adequados e privativos.

Nas sequelas: os cuidados gerais de tôdas as artropatias reumatiformes de avançada cronicidade, sem esquecer-se os meios principais de higiene e terapêutica próprios das pessoas gotosas e dos acidentes a que estão sujeitos.

*Assim, a Gota, pôsto que sempre digna de tôda a atenção e de receios, é um padecimento inteiramente melhorável, quando as medidas necessárias forem tomadas em temporã oportunidade.*



## IV

# REUMATISMOS CRÓNICOS

### I — Artrites

Pela orientação adoptada neste trabalho, guardamos para êste lugar o estudo dos *Reumatismos crônicos* começando pelos de feição de *artrite*, indo a seguir os artróticos, os quais não têm fase aguda. Nos capítulos anteriores ocupamo-nos das formas agudas, quer a sua etiologia fôsse infecciosa, dismetabólica ou criptogenética.

A propósito das várias espécies, os R.<sup>os</sup> Tuberculosos e Gonocócicos, não foram extremados na história clínica das suas feições agudas e crônicas, porque perder-se-ia um laço de união muito elucidativo, sob o ponto de vista conceituoso, o que arriscaria a tornar menos claro o nosso pensamento, havendo sido, assim, apreciadas em conjunto.

Já ficou dito, mas merece repetir-se, que o caótico complexo dos R.<sup>os</sup> crônicos de um *outrora*, tão pouco remoto ainda, do tempo do sem-número de

variedades e castas, se tenta restringir, e nós entendemos o dever, até, de contribuir para tal restrição, não pensando num unitarismo absoluto, mas relativo.

Assusta lembrar-nos os tempos escolares, de há pouco mais de três décadas, ao pretendermos embrenhar-nos na Reumatologia, o que, aliás, fazíamos por conta própria, visto ela não contar nos programas do ensino oficial. Nem a memória fresca e pouco «carregada» ainda, nos prestava auxílio de jeito. E, quando púnhamos a inteligência inexperiente, é certo, mas estuante, como é próprio da juventude, ao serviço da análise e da crítica do que víamos e líamos, invadia-nos o desalento e quebravam-se-nos a energia e a esperança.

Não é o mesmo há uns tempos, felizmente, dada a tendência justamente simplificante, sem todavia, devermos ir até ao extremo oposto — um bloco indesejável como o dos tempos primitivos da ciência.

É vulgar hoje falar-se da *doutrina unitária* do Reumatismo. Precisamos de voltar a esta *moda* biológica.

Nós entendemo-la e apreciamo-la sob êstes três aspectos: a) unitarismo anatómico; b) unitarismo patogénico; e c) por nós proposto, um unitarismo, melhor diremos, um *restritismo* terapêutico.

Embora isto pareça mais amoldável à secção «Patologia Geral Reumatológica», esta questão vai bem aqui, porque não somos partidário do pensamento unitário dos Reumatismos agudos, antes do seu «restritismo», sendo-o quasi e apenas dos *Reumatismos*

*crónicos* e ainda só dos inflamatórios ou de feitio de artrite, pelo que, tal pleito, deve aqui ser de novo apreciado.

O *unitarismo anatómico*, vem dos alemães e dimana de 1904, época da descoberta do grânulo de ASCHOFF.

Querem muitos autores ver neste elemento histopatológico a assinatura do único reumatismo, o de BOUILLAUD e vá de fazer dêste, das Poliartrites Crônicas Generalizadas e das Espondilites um grupo uno — o único reumatismal.

Ora isto, que é justo quanto ao primeiro e que poderá sê-lo nas poliartrites crônicas que chamam Reumatismo Crônico Secundário (ao agudo), não o é, por ausência do nódulo de ASCHOFF, nem no que êles chamam Reumatismo Crônico Primitivo (em nada diferente do «Secundário» no ponto de vista morfológico e terapêutico, nem nas Espondilites, a não ser de maneira excepcional.

O *unitarismo patogénico* vem da Alemanha também, com WEINTRAUD — 1913 e mormente com KLINGE, RÖSSELE e outros da escola de Leipzig para os quais, qualquer que seja a causa, tudo depende de um *fenómeno anafiláctico* hiperárgico, com qualquer reactogénio desencadeante, e essa doutrina, sendo de vasto alcance, por abarcar tôdas as artropatias infecciosas, agudas ou crônicas, ainda nos desagrada por excessiva.

Propomos nós uma concepção de *resirritismo* que se funda, por um lado na doutrina alergista e por outro na limitação, quási unificação terapêutica das

artrites crónicas, para as quais podemos aceitar o quasi unitarismo.

Efectivamente, as artrites, quando agudas, merecem nomes individuais, porque têm certa vida independente; na cronicidade, qualquer que seja a etiopatogenia, elas tornam-se «anónimas», para serem apenas artrites crónicas, ou, pela tradição estabelecida, reumatismos crónicos inflamatórios.

A despeito, porém, do que deixamos dito, êstes ainda oferecem alguns traços morfológicos e clínicos dignos de atenção e, assim, vamos ocupar-nos no presente capítulo das mono e óligo-artrites e das Poliartrites Crónicas Generalizadas, mas, antes disso, precisamos de justificar esta separação, que não tendo limites naturais, nos obriga a outro recurso. Servimo-nos da convenção adoptada oficialmente pela *Comissão Adjunta ao Ministério da Saúde Pública da França, em 1940*, comumente aceita, segundo a qual: «São *mono-artrites* as afecções de uma só articulação ou de um pequeno grupo articular, fisiológica e anatómicamente unido, como o das articulações do carpo, do tarso, o das metacarpo ou das metatarso-falângicas; *óligo-artrites*, são as afecções de duas ou três grandes articulações ou igual número de pequenos grupos articulares; *poliartrites* as que excedem os números anteriores.

## Mono e Óligo-artrites

Não erraremos muito ao afirmarmos que as mono e óligo-artrites agudas raramente vão para a cronicidade, a não ser que percam a «marca reumatisma» e passem à supuração ou à necrose. E, quando reumatiformes, a perseverarem rebeldemente, raro é que não sejam ilusórias estas pauciartrites, porque se encontram, em tons médios ou mesmo ténues, outras artropatias, artrálgicas ou de pequenos derrames e ligeiros edemas dissimulados e dificilmente apreensíveis a atenções inexperientes e desprevenidas.

As próprias artrites relacionadas com as gonococcias ou com a tuberculose, todos podemos dizê-lo, ao tomarem a feição crónica, fazem-no com certa *primitividade* e são assim reumatismos crónicos primitivos. E são, exactamente, as tuberculosas e as gonocócicas as espécies reumatismais crónicas óligo-articulares mais freqüentes que conhecemos.

Também nos parecem um tanto numerosas as óligo-artrites crónicas de origem gotosa, que constituem, quanto a nós, como se vê no capítulo «Gota articular», as Sequelas da Gota, sendo-o aliás, a maior parte das vezes de feição poliarticular.

Juntas com as artrites agudas tuberculosas e gonocócicas, já estudamos as suas formas crónicas, por isso aqui não as apreciaremos de novo.

Vamos dizer agora qual deve ser a nossa conduta com qualquer mono ou óligo-artrite crónica. Em primeiro lugar temos de verificar se outras artropatias não estão inaparentes pela leveza dos seus sintomas; em segundo lugar pesquisar bem a origem sifilítica, bacilar, blenorragica, brucelótica ou de qualquer outra nascente geral, ou focal, no sentido de agirmos quanto possível directamente contra o fundo pessoal ou o foco originário, quere de modo específico, quere pelos meios gerais da terapêutica.

E, finalmente actuar-mos pelos modos gerais de combate contra *qualquer* artrite crónica por meio dos sais de ouro, da termoterapia, da hidroterapia, das injeções intra-articulares de medicamentos modificadores, pela piretoterapia, etc., etc.

### **Poliartrites crónicas**

Pelo que precede e pela quási uniformidade terapêutica das artrites crónicas a que claramente nos referimos, bem como pela relativa raridade das poliartrites crónicas, que não sejam as que têm a feição *progressiva evolutiva e generalizada* só estas últimas merecem muito especiais atenções e, por isso, a elas vamos fazer larga e cuidadosa menção.

## Poliartrites Crônicas Generalizadas

Constituem um problema dos mais vastos e complexos não só da Reumatologia como de toda a patologia médica, digno do maior relêvo, ainda, pela sua importância médico-social e até médico-legal.

A sua vastidão é enorme, porque são em número notável os seus portadores e, pode dizer-se, em todos os países, mormente nos de climas temperados e frios, e porque são violentos os seus estragos pessoais e colectivos. A sua complexidade é muito grande, porque muito grandes e numerosas são as incógnitas que nos oferecem.

Pode repetir-se que a patologia reumatológica não abriga objectivos mais dignos de atenção e toda a patologia médica no-los não oferece mais inseguros, mais ingratos, mais angustiantes e, prática e clinicamente, mais surpreendentes. E a mostrá-lo, basta o grande número de designações que adoptam as várias escolas, os vários países, os vários autores.

*Poliartrites Crônicas Generalizadas*, não significa só o compromisso de dez, vinte ou trinta articulações dos membros ou do ráquis afectadas por lesões inflamatórias, mas têm a particular característica de poder de momento ser extenso o processo mórbido a algumas, poucas ou muitas, mas com tendência a *generalizarem-se progressivamente* a todas. E é, exactamente, esta característica que dá a este complexo mórbido um dos seus maiores direitos de autonomia,

de entidade patológica, não diremos de doença, mas de síndrome bem ou regularmente marcada.

Praticamente podemos defrontar-nos com um paciente portador de artrites crônicas dos joelhos ou dos «joanetes», por exemplo, de natureza gotosa, e não vamos chamá-lo poliartrítico, da espécie que agora nos ocupa, mesmo aproveitando-nos dos direitos da convenção do Ministério de Saúde Pública da França, a que aludimos. Não: dir-se-á quando muito, que tais doentes sofrem de poliartrite crônica gotosa, e análogamente podemos dizer de poliartrite crônica gonocócica. E, embora umas e outras tenham fundamentalmente muitos caracteres comuns e, quantas vezes, nos obriguem a lançar mão de armas terapêuticas iguais, não é igual a essência dêstes grupos patológicos.

As afecções referidas, ainda que de aspecto morfológico, de dados radiológicos e outros sinais semelhantes, ficam limitadas a duas, três ou quatro ou seis articulações; apresentam ou oferecem-nos a feição crônica e inflamatória e são, pelo número de artículos comprometidos, poliartrites, e poliartrites crônicas. Mas *fixam-se* e ali evoluem ou para a cura ou para a anquilose. Não têm a tendência a progredir dia a dia, mês a mês, ano a ano; não oferecem esta tendência progressiva a generalizar-se por todo o sistema articular como as Poliartrites Crônicas Generalizadas.

Mas, ainda por outros elementos, estas se separam daquelas. Em geral a *cronicidade primitiva inicial* é

bem mais peculiar às primeiras e a sua *etiopatogenia*, muito discutida, vislumbrada por uns, e já afirmada (mas improvada) por outros, é desconhecida e isso não constitui o menor nem o menos digno dos seus atributos.

*Estas poliartrites crônicas, geralmente primitivas, progressivas e generalizadas, são criptogenéticas.*

Eis em síntese como deve conceber-se e praticar-se este valioso departamento da medicina reumatológica e da medicina geral, isto é, como nos parece que deve fazer-se a sua nosografia.

Fixado assim o pensamento correspondente a este assunto, para o simplificarmos, designá-lo-emos, como na epígrafe, por *Poliartrites Crônicas Generalizadas*, e ainda no decurso da nossa exposição por *P. C. G.*

Resta-nos acentuar quanto de importante éle representa em Medicina Social e até em Medicina Legal, tema aliciante, mas ainda para desbravar, como adiante veremos.

\*

Numerosas como são as articulações do corpo humano, ou elas pertençam aos membros ou ao ráquis (1) e tendo a síndrome das *P. C. G.* tendência

---

(1) Prevenimos que, por comodidade de estudo e de exposição, organizamos separadamente o capítulo dos *Reumatismos Vertebrais* (ver adiante), embora nesta exposição se mencio-

à sua invasão total (o que quasi nunca tem lugar, já porque artículos há, os coxo-femurais por exemplo, que quasi sempre são poupados, já porque a progressividade ou o alastramento ou invasão articular, à parte casos muito excepcionais de evolução rápida de dias ou semanas, se faz em períodos de muitos meses, de anos, de decénios até), neste capítulo encará-las-emos em conjunto sob todos os aspectos, mas vamos fixar-nos nas relativas aos membros.

### **Clínica das P. C. G.—Observações**

1.<sup>a</sup>—A. D., solteira, doméstica, de S. João-da-Madeira, consultou-nos em Março de 1940 — aos 40 anos de idade.

Não tem ascendentes reumáticos nem de outros sofrimentos que interessem.

Sofreu muito das amígdalas e dos dentes. Tem mesmo algumas coroas de ouro.

Em Manaus, o calor levava-a a tomar frequentes banhos, muitas vezes secando-se-lhe a roupa no corpo.

Aos 19 anos teve uma artrite subaguda do pé esquerdo, sendo interessadas parte do metatarso e dos dedos; uns dias depois análogas perturbações surgiram no pé direito, e semanas depois num joelho, após noutro, mais tarde nos cotovelos, nos ombros e nas mãos.

Tinha pequenas febres, muitas dores e limitação dos movimentos, inchação e leve rubefacção com calor local.

Tanto ali, como mais tarde no Rio-de-Janeiro, foi tratada

---

nem ao de leve as simultâneas espondilites parciais, mais ou menos vastas, que fazem parte do complexo e amplo domínio das P. C. G.

pelos anti-luéticos, pelos analgésicos, e outras medicações gerais e locais, tôdas sem qualquer efeito além do antiálgico. E com periodos de pequenas calmas alternadas com exaltações subagudas, nunca deixou de sofrer, vendo-se funcionalmente muito limitada e com um mau estado geral.

Assim voltou a Portugal aos 23 anos, sentindo relativa calma, depois continuando a sua doença intensificada, apesar da acção de diversas modalidades terapêuticas, tôdas infrutuosas.

À nossa consulta a sua doença tinha 21 anos de duração e apresentava-se assim:

*Membros superiores:* punhos edemaciados, duros, levemente disformes e de movimentos muito limitados na flexão.

*Mãos* com tumefacções cónicas na região articular das 2.<sup>as</sup> e 3.<sup>as</sup> metacarpo-falângicas, de movimentos impossiveis pelas dores; alguns dedos fusiformes nas falango-falanginhas também de diminutos movimentos flexores.

Todos os quatro últimos dedos se inclinavam para o bôrdó cubital em rajada de vento (1).

*Cotovelos:* dolorosos ao forçar a extensão para 180° mas de movimentos amplos e úteis, um pouco inclinados à direita.

Atrofias musculares manifestas nos antebraços.

*Membros inferiores:* Coxo-femurais perfeitas, joelhos, ambos com pequenos derrames das bôlsas suprarotulianas e com movimentos livres na extensão e limitados na flexão; dores à pressão nos condilos femurais dos cavos poplíteos, tibiotársicas dolorosas à pressão e aos movimentos e bastante tumefactas; pés muito dolorosos ao moverem-se e em estação sob o pêso do corpo, e tumefactas as regiões dos tarsos. Amiotrofia das pernas.

Tinha à hora da consulta — 3 da tarde — 37°/6. O seu estado geral era mau: côr terrosa, fraco apetite, magreza, debilidade geral; baço normal, ausência de adenites das virilhas e das axilas.

---

(1) Significativa designação que os autores franceses chamam *coup de vent*, aos dedos todos inclinados para o bôrdó cubital a partir das articulações metacarpo-falângicas.

No ráquis, apenas leve rigidez de algumas articulações cervicais, ausência de irradiações dolorosas pelos nervos raquidianos.

O WESTERGREEN (DR. NETO PARRA) foi de 55mm à 1.<sup>a</sup> hora. O caso era tão flagrante que fixamos imediatamente o diagnóstico de P. C. G. e como tal nos conduzimos.

O prognóstico era pouco animador, pela noção que tínhamos e todos possuem de que «só os tratamentos feitos nos primeiros meses ou até dois ou três anos são de mais favoráveis resultados».

Contudo, como a evolução se fizera sem anquilose, iniciamos a terapêutica assim:

Tratamento dos dentes e vigilância da garganta, isto para eliminar a acção de possíveis focos reumatogénicos. Prescrevemos o piramidão forte (2 a 3 gramas por dia às refeições), para as exaltações subagudas, e os *sais de ouro* progressiva e escrupulosamente aumentados nas doses. Nos intervalos, sulfonatron. Regime alimentar misto e reparador.

Está ainda (Outubro de 1942) sob a nossa vigilância e muito nos satisfazem os resultados porque A. D. não tem crises, o seu estado geral é perfeito, os fenómenos articulares atenuaram-se muito, as amiotrofias desapareceram; encontra-se funcionalmente quasi normal.

É para assinalar a imperfeição do tratamento, já pelas interrupções catameniais, já pelo desleixo e freqüentes irregularidades de aplicação e também pelos movimentos incomportáveis com a sua funcionalidade, mas exigidos pelas suas necessidades sociais.

2.<sup>a</sup> — M. D. S. F., de Famalicão, casada, doméstica, de 52 anos, à data da nossa consulta em 1936, feita por indicação do DR. SOUSA FERNANDES.

Esta senhora, com antepassados normais, achava-se no Rio-de-Janeiro aos 22 anos, quando foi assaltada por artrites das mãos, com predomínio nas regiões metacarpo-falângicas 2.<sup>a</sup> 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> dos dois lados com poucos dias de intervalo inicial, com

alguma febre, muitas dores e inchação; depressa foram progressivamente comprometidos por análogo processo os punhos, os cotovelos, os joelhos, mais o direito e levemente uma tibio-társica e algumas articulações do tarso.

Nunca houve paroxismos de maior nem acalmias completas, embora tivesse meses e até quâsi anos mais toleráveis. Sempre, porém, persistiam as dores ao mover as articulações tomadas, a inchação dos punhos e do dorso da mão e pequenas caimbras dos braços e antebraços e parestesias (formigueiros, asperzas, «vibrações» musculares) análogas às que precederam a formação do seu reumatismo.

Habitante no Rio-de-Janeiro, com duas visitas a Portugal, onde se demorara alguns meses, o processo articular, aqui como lá, no inverno ou no verão mantinha-se, mais calmo ou mais exaltado, mas sempre com tendência invasora.

Ao observá-la notamos o que fica referido, mais as deformações flexoras nos indicadores e nos mínimos e leves angulosidades extensoras no médio da mão direita e anular da mão esquerda. Os punhos, bastante anquilosados, poucos movimentos ofereciam; os dedos mínimos e indicadores eram rígidos nas falango-falanginhas.

No seu conjunto aparentavam a «rajada de vento».

Esta observação, à parte as anquiloses, é um decalque da anterior e não merece outras referências, senão a de haver crises de urticária, algumas por nós verificadas, nas mãos e nos joelhos, próximas das suas exaltações articulares.

O estado geral era sofrível, embora no Brasil tenha sido mau.

O seu cataménio foi normal e silenciosa a menopausa.

O sangue acusava ureia, ácido úrico e glucose normais.

Nenhum foco foi possível descobrir-se e nada de gonocócico ou sífilítico emprestara elementos etiológicos à afecção.

A despeito dos 32 anos de doença, empregamos os sais de ouro e os dessensibilizantes (auto-hemoterapia, hiposufito de magnésia), o regime alimentar misto e um cuidado especial com os seus movimentos: moderados nos períodos de calma e suprimidos nas crises. Nestas, o piramidão foi sempre benéfico.

Esteve sob a nossa vigilância uns 2 anos.

Retirou muito melhorada funcionalmente e do estado geral. Do Brasil soubemos que persistia animadoramente o tratamento por nós aqui instituído.

3.<sup>a</sup> — Eng.<sup>o</sup> S. L. R., de 45 anos, foi por nós examinado no Pôrto em 1939. Sem passado hereditário de importância, foi sempre nervoso, impulsivo e de tipo leptosómico.

Saudável até aos 21 anos, começou então a sofrer de *psoríase*; a princípio discreta no couro cabeludo, depois alastrou para os cotovelos, mais tarde para o baixo ventre e para todo o corpo. Os pés tornaram-se *queratosos*, destacando-se-lhe dos calcanhares verdadeiros «cascos» espessos, de 3 milímetros nas convexidades calcâneas e atingindo quasi o meio das plantas.

Isto vinha por surtos, de cada vez mais intensos e duradouros, aqui como em Angola para onde foi aos 35 e donde regressou aos 38 anos.

Começou então o reumatismo, limitado ao punho e à mão direitos.

No fim da seguinte crise psoriática, que foi violenta, generalizada mas rapidamente terminada por um grande abscesso na axila direita, fêz-se a primeira anquilose fibro-óssea da falango-falanginha do indicador direito em flexão de 130° aproximadamente.

Em Dezembro de 1936 nova crise psoriática geral, precedida de reumatismo dos joelhos, cotovelos, pés e mãos, com temperatura de 38° e terminada com anquilose dos dedos da mão esquerda, quasi todos em forma de gatilho de espingarda.

Assim foram continuando de 6, de 8 em 8 meses as crises dermo-articulares, anquilosando-se os dedos dos pés, algumas articulações vertebraes lombares, obrigando à posição curva de camptocórmia e os joelhos a perderem a amplitude dos movimentos e a manterem-se em ângulos de 120 a 130°.

Quando em 1940 tomamos conta do caso, verificamos o estado referido, e grande tendência à diarreia, velhice muito precocemente acentuada, e quasi a invalidez, conseguindo por

especiais habilidades escrever ainda correctamente, embora as mãos tenham o feitio de caprichosos blocos quasi imóveis.

Estabelecido o diagnóstico clínico sem hesitações, não deixamos de usar a *crisoterapia*, a despeito da terrível *dermatose*, tanto do receio de todos os investigadores, com os maiores cuidados no estabelecimento das doses progressivas do ouro e uma vigilância escrupulosa da sua tolerância.

Esta foi ótima. A própria psoríase, em plena pujança, atenuou-se em vez de irritar-se e o processo articular retrocedeu da sua subagudeza, obra incontestável do ouro, mas também da elevação do seu nível psíquico (1).

Diante de caso tão grave, o que nos determinou e determina ainda a não abandonarmos o doente, é, além dos imprescindíveis deveres de humanidade de todos os médicos, a tentativa de atenuação de tão dramático quadro mórbido e da atenuação do mal, o que em verdade temos conseguido.

Esta observação, com psoríase grave, mostra-nos um pormenor para destacar por um duplo motivo.

O abcesso da axila parece ter pôsto rápido têrmo (derivativo? de fixação?) à crise dérmica, isto por um lado; por outro, ocorre-nos perguntar: não poderia êste abcesso «sensibilizar» o doente para as novas e graves crises reumatismais que se seguiram ou ser-lhe um *foco* reumatogénico?

4.ª — A. G. A., empregado de escritório, tinha 42 anos quando o visitamos em Março de 1940 em Gaia, onde reside.

Descendente de fracos, alguns próximos parentes tuber-

---

(1) Noutros pontos do nosso trabalho aludimos à importância do «Psíquico» na sua acção sobre o «Somático» reumatismal.

culosos, é um leptosómico de regular saúde até aos 29 anos, idade em que começou a sofrer de *psoríase* nos cotovelos, joelhos, antebraços e pernas, sempre de intensidade moderada.

Permanente, a dermatose exaltava-se aperiódicamente, sempre compatível com os deveres profissionais.

Ao cabo de 10 anos, surgiu o reumatismo, a princípio sob a forma de fibrosites (?) das plantas dos pés, depois de artrites do tornozelo esquerdo, semanas depois, dos ombros, das mãos e dos joelhos.

Depressa estes tomaram paralelamente a atitude flexora em ângulos progressivamente mais agudos, que nós encontramos de cerca de 80°, rígidos, inextensíveis e também não mais flexíveis senão à custa de muitas dores. Os tendões ladeantes dos cavos poplíteos como cordas tensas (fig. 5), os músculos posteriores da coxa muito dolorosos à pressão, e estes e os anteriores todos muito atrofiados, assim como os dos antebraços e menos um pouco os das pernas.

Assim o encontramos, notando que os tornozelos, os punhos e os joelhos estavam tumefactos, quentes e dolorosos à pressão, com os movimentos muito limitados, camptocórmia lombosacra e pequenas e raras anquiloses dos punhos e dos dedos. Tudo carecia ser-lhe feito, pois o seu estado era de um inválido.

Da *psoríase* estava quasi *limpo*.

O estado geral era o de um caquético, inapiente, pálido, anémico, febricitante.

Tôdas as medicações haviam sido inúteis, inclusivé a crenoterápica.

O sulfonatrion produziu alguns benefícios, mostrando quanto a associação iodo-enxôfre está indicada em tais casos.

Estabelecido o diagnóstico e a correlativa terapêutica áurica, o nosso doente viu o seu processo reumatismal atenuar-se, o estado geral melhorar muito, e esperamos recorrer à ortopedia cirúrgica dos joelhos para com ela obtermos uma relativa validez do paciente.



Fig. 5 — Membros inferiores de um homem de 42 anos, portador de Poliartrites Crônicas Generalizadas, em que se reconhecem os «cordões» dos músculos contraídos na face posterior das coxas e angulosidades manifestas dos joelhos, uma das manifestações mais temíveis dos P. C. G. pela invalidez que determinam.



5.<sup>a</sup> — P.<sup>e</sup> M. M., de 40 anos, foi por nós visitado em Julho de 1940 no Hospital de Santa Maria a pedido do Senhor Bispo da Diocese e de um Prof. da nossa Fac. de Medicina.

Descendente de família saudável, seu pai já fôra reumático em velho (artrótico?) a mãe é eczematosa e gravelosa colecística mas robusta. O Padre M., saudável até aos 20 anos, teve então uma rebelde *furunculose* na nuca que durou dez anos, isto é, até aos 30 anos de idade.

Terminada esta e passados três meses, surgiu a 1.<sup>a</sup> crise reumatismal por dores violentas do ráquis cervical e dos pés, êstes com grande inchação dos tarsos e parece que também dos tornozelos. Havia febre de 39° num momento em que as orelhas se tornaram muito inchadas, muito rubras e dolorosas (*erisípela*?).

A crise reumatismal durou seis meses e tudo voltou à integridade espontâneamente.

Em 1931, 1933, 1935, 1936, 1937 e 1939 teve novas crises articulares progressivas, generalizadas, menos demoradas umas, mais outras — vários meses — e da 4.<sup>a</sup> em diante começou a anquilose progressiva da coluna vertebral cervical e parte da dorsal e da lombar, de muitos dedos das mãos e dos pés e dos punhos, tudo sem desvios ou deformações excessivos.

Nos seus três primeiros anos de reumatismo houve profusas e teimosas *diarreias* coincidentes com as crises reumatismais.

De tôdas as medicações e tão variadas quantas as diversas hipóteses diagnósticas, desde a do Reumatismo de BOUILLAUD até à do R.<sup>o</sup> Tuberculoso — só o ouro, prescrito pelo PROF. PESSEGUEIRO, conseguiu moderar e rarear os ataques. Ao tomarmos conta do doente intensificamos e perseveramos a crisoterapia, associada à iodo — sulfo — e calcioterapia.

O doente retomou parcimoniosamente o seu múnus paróquial em Agôsto de 1940 e tem alargado progressivamente a sua actividade, por não ter, do reumatismo, senão as irreductíveis anquiloses do pescoço e da região lombo-sacra, de algumas falango-falanginhas e das metatarso-falângicas dos dedos dos pés (fig. 6).

A destacar desta observação há: a furunculose de 10 anos em que entrou o *estafilococo*; a erisipela com o *estreptococo* e as diarreias com o *colibacilo*, o que dá um conjunto muito sensibilizante e apto à acção de variados alérgenos desencadeantes, objectivo interessante para as noções tão vagas da Etiopatogenia reumatismal.

Ainda esta observação nos mostra *que a evolução para a anquilose em larga monta não precisa da psoríase, o que é contraprovado pela observação 4.<sup>a</sup> de um psoriático pouco anquilosado.*

6.<sup>a</sup> — E. J. P., de 63 anos, antigo comerciante no Pôrto, hoje proprietário, foi sempre «nervoso», trabalhador muito saudável e tem um biótipo normal.

Seu pai foi reumático, os irmãos e os filhos todos são saudáveis.

Ao consultar-nos, estava muito magro, inapetente, anémico, a côr lembrava-nos a de um canceroso ou tuberculoso no período hético.

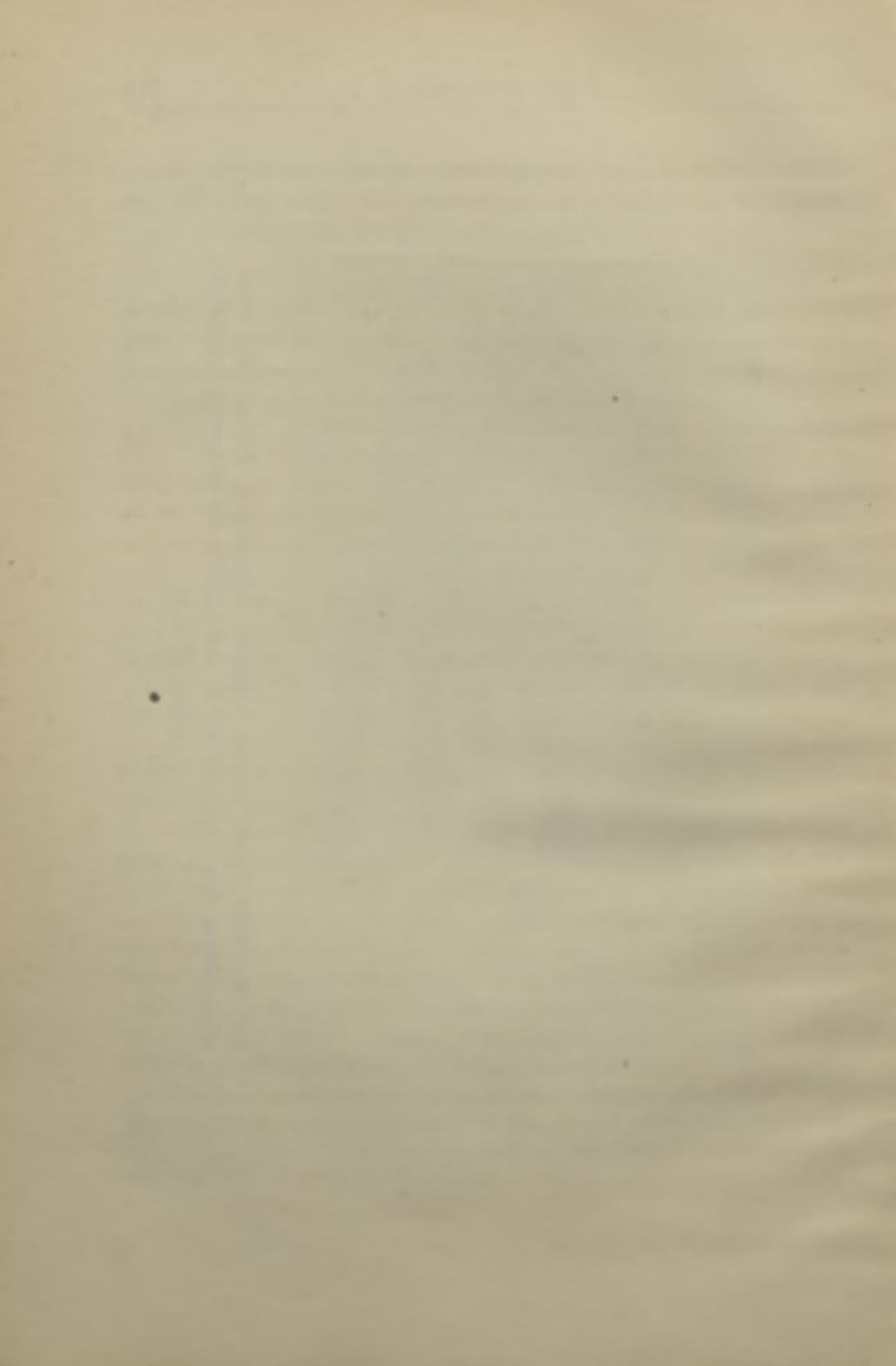
Sofria dores espontâneas, principalmente ao iniciar os limitados e difíceis movimentos pelas francas artrites dos pés, dos joelhos, dos ombros, cotovelos, punhos e mãos (fig. 7).

As articulações eram muito tumefactas, quentes, moles à palpação, os dedos das mãos em «rajada de vento» os polegares deformados em flexão falango-falanginha, e o médio esquerdo anquilosado na falango-falanginha e nodosidades de HEBERDEN (artroses) dos médio e anular. Os punhos rígidos e muito pouco móveis, manifestas amiotrofias dos membros.

As lesões vinham desde os 59 anos progressiva e simétrica-mente, mas o início fizera-se por um ataque subagudo, de febre alta, nos joelhos e ofereceu episódios análogos de semanas que o obrigavam a guardar o leito.



Fig. 6 — Esta figura mostra luxações, anquiloses, desvios dos eixos segmentares dos dedos do pé de um homem de 40 anos portador de grave P. C. G.



Fêz várias estações termais, proveitosas de momento, incapazes de impedirem a progressividade do mal.

Tôdas as medicações inúteis e o regime de dieta hipozotado muito haviam contribuído para a sua decadência geral.

O WESTERGREEN deu 60 mm à 1.<sup>a</sup> hora e os exames geral e laboratorial nada revelaram de importância.

Com todo êste aspecto a radiografia das mãos deu apenas zonas de descalcificação, algumas anquiloses dos punhos e das falango-falânginhas dos mínimos, diminuição de algumas interlinhas articulares do punho e das interfalângicas (fig. 8).

O doente foi submetido ao uso do solganal e às aplicações de alta freqüência tópicas e gerais e a 5 gramas de sal de ouro e regime elementar misto nutritivo. A sua transformação foi completa.

Do reumatismo melhorou muito e a saúde geral atingiu a normalidade. O seu segundo WESTERGREEN veio para 15 mm, condizendo com a sua melhoria.

Esta observação mostra a existência das P. C. G. nas idades avançadas, e nós temo-las visto em indivíduos de 75 anos.

7.<sup>a</sup> — Nelson A., de 11 anos, um débil, pais nervosos, sem taras de importância, tem três irmãs débeis.

O rapaz teve o sarampo e logo a seguir uma artrite no joelho que o teve de cama alguns dias e que não curou, agravando-se mais no Verão.

Em Maio de 1939, aos 13 anos, sofreu novo ataque, então nos dois joelhos, nos punhos e cotovelos. Pouco depois foram atingidos os pés e as tibiôtársicas. Havia febres de 37<sup>o</sup>,5-38<sup>o</sup> e passava melhor pela manhã do que de tarde (vinha à escola, de Gaia ao Pôrto, em auto-carro e a perseverança em mexer-se explica êste facto).

Em Agôsto os joelhos flectem-se progressivamente e atin-

gem 8 a 10º de agudeza, e estacionam irredutivelmente nesta posição, em vigília como no sono.

Examinámo-lo neste estado. Verificamos volumosas hidartroses dos joelhos, grande tumefacção dos punhos, e das tibio-társicas, dedos das mãos e punhos tudo em flexão (pequeno desvio em rajada) e freqüentes tremores dos músculos posteriores das pernas e anteriores das coxas, todos, como o dos braços e antebraços, em grande atrofia.

Havia a notar-se o estado hipocrático das unhas dos dedos das mãos e dos pés e uma enorme hipertrofia dos lábios. O estado geral era grave; o baço hipertrofiado, alguns gânglios inguinais volumosos, etc. Inapetência, irritabilidade geral, alguns suores nocturnos. WESTERGREEN a 25mm à 1.ª hora. Pulmões regulares à auscultação e à radiografia.

As radiografias das principais articulações apenas denunciavam forte descalcificação.

Caso grave de forma STILL—(P. C. G. com adenites e esplenomegalia) foi submetido à crisoterapia, ao campolon e ao cálcio vitaminado—isto em sessões várias.

Melhoras muito acentuadas gerais e articulares, havendo como especial escolho a posição viciosa e invalidante dos joelhos, aliás, em ângulo agora de 60º, mas que não cederá senão à ortopedia cirúrgica.

O ráquis oferece algumas pequenas zonas de rigidez (espondilites parciais) sem valor. Não se nota tendência próxima para a anquilose (1).

8.ª — D. B. S., doméstica, de 60 anos, sem filhos, é senhora de delicado temperamento artistico, já dinástico, porque artistas

---

(1) À data da remessa destas notas para a impressão dêste livro — Dezembro de 1942 — as suas melhoras são muito acentuadas. À parte as anquiloses já antigas dos punhos e de um cotovêlo, se conseguirmos a rectificação dos joelhos, Nelson obterá uma boa cura.

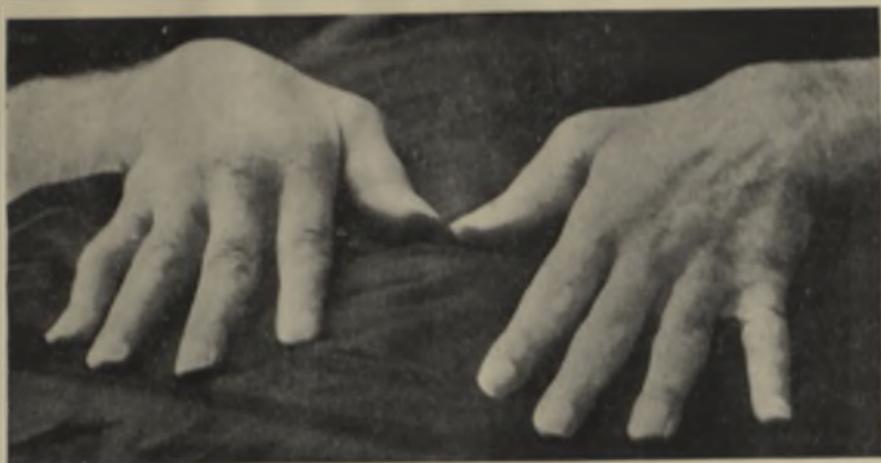


Fig. 7 — Mãos em «rajada de vento» e grandes tumefacções dos carpos e das regiões articulares metacarpo-falângicas dos 2.º e 3.º dedos das mãos de um homem de 63 anos com P. C. G.



foram os seus antepassados dos lados paterno e materno. A sua agilidade ao piano era notável.

Foi sempre de regular saúde e fêz sem estranhezas a sua menopausa aos 45 anos.

No início do Verão de 1940 começou a sofrer de parestesias muito incômodas, principalmente «formigueiros dolorosos» nos membros superiores, mormente nos antebraços e nas mãos, impeditivas do sono e de qualquer sossêgo e com grande simetria de espaço e de «tempo» apareceram rigidez dos dedos das mãos, tendência flexora e dificuldade, quasi impossibilidade de as estender, bem como os dedos.

Os ombros e os cotovelos e sobretudo os punhos eram irritantemente dolorosos, um pouco os joelhos, mas sem tumefacção perceptível.

Esta manifestava-se no dorso das mãos e nas articulações falango-falangínicas com certo predomínio do lado direito.

Perdeu a agilidade, ficou com as mãos côncavas e o seu estado afectivo perturbou-se profundamente. Não obstante, o seu estado geral foi sempre bom.

Os males articulares e correlativas neurotrofias agravaram-se e a doente quasi valia uma enferma.

Não havia febre, a radiografia nada esclarecia e até a descalcificação faltava. O WESTERGREEN era levemente aumentado para 20 mm à 1.<sup>a</sup> hora.

E todo êste quadro foi indiferente à terapêutica seguida com cuidado e perseverança desde as primeiras horas, e foi assim que nos apareceu em 1941 com 8 meses de doença, quando já os membros inferiores começavam a ser atingidos a partir dos pés.

Já tempos antes era inágil e impotente para vestir-se e tocar-se sôzinha. Perdera a fôrça elevadora dos braços. Abandonara o piano. Fazia constantes experiências de ajustamento das mãos estendidas na atitude de oração, o que não conseguia. Tinha caimbras nos braços e antebraços e rugidos artróticos nos ombros e nos joelhos. O andar mantinha-se, embora muito incômodo.

Era impressionante a pergaminhação sêca das mãos, dos dedos, estes com algumas pouco volumosas artrites, mostrando pregas luzidias pelos retesamento e secura da pele. Os dedos emagreceram, «chuparam-se».

As suas tensões eram ao Pachon  $\left\langle \begin{array}{l} 22 \text{ Mx} \\ 11 \text{ Mn} \end{array} \right. = J. = 5 P = 64.$

Dados laboratoriais normais. Nada indicava a existência da sífilis nem de qualquer passado infeccioso, focal mesmo.

Tratada pelo ouro e pela associação iodo-enxôfre, verificamos que os resultados obtidos avultaram de modo decisivo com o uso de largas doses de *tiro-ovarina*.

Evidentemente, que esta observação é, sob muitos aspectos, bem diferente das anteriores.

Nada nos permite nem ingressá-la com segurança perfeita no seu grupo nem extrai-la ou separá-la por completo, porque lá estava o carácter poliartrítico, embora os fenómenos inflamatórios fôssem suplantados pelos neurotróficos. É preciso acentuar bem esta circunstância, tão bem tratada já por WEISSENBACH e FRANÇON, que fazem destas artropatias um grupo à parte não inflamatório mas antes neurotrófico e, quanto a nós, têm suas razões.

Como este, outros casos conhecemos em pequeno número, sempre em senhoras em franco climatério e que alguns autores, sobretudo os da Escola francesa de BÉZANÇON, entendem serem os únicos comportáveis na primeira grande descrição de MESTRE CHARCÔT — dos Reumatismos Crónicos — feita em 1857, que ficou clássica, que quiseram mutilar, reduzir ao mínimo, mas, quanto a nós, até novas provas, ainda é de alto valimento.



Fig. 8 — Rádio da mão direita correspondente à figura 7 (pág. 120). Notam-se apenas zonas de descalcificação e algumas anquiloses do punho (carpo) com tendência para o «véu» e das falango-falanginhas dos mínimos.



É o tipo das *Poliartrites Crônicas Simétricas* mais nítido admitido por BÉZANÇON e seus sequazes.

Alemães e anglo-saxões, não são tão radicais, pois a sua orientação é muito diferente, como já vimos noutro capítulo, com a qual também não colhem a nossa concordância.

O tratamento, que também não dispensa o ouro, encontra as maiores indicações no iodo e no enxôfre e exige, como verificamos, largo emprêgo da associação *tiro-ovárica*.

\*

Depois da exposição mais ou menos sumária das observações anteriores, com o que tivemos em vista evitar as luxuosas e demasiado esquemáticas descrições das P. C. G. oferecendo-as antes com feição analítica e prática, vamos fazer uma pequena síntese geral, e, de passagem, referir alguns elementos relativos à etiopatogenia, anatomia, diagnóstico e terapêutica.

As P. C. G. aparecem nos dois sexos e em tôdas as idades, se bem que mais freqüentes na mulher do que no homem, para nós com diferenças bem menores do que as geralmente aceitas, raras nas crianças e pouco freqüentes nos velhos.

Referimos exemplos de observações de crianças e de velhos e devemos acrescentar que nas primeiras há tendência a aproximar-se do tipo ou forma STILL

e nos velhos as P. C. G. são pouco evolutivas, raramente anquilosam, mesmo nos que as sofrem dez e mais anos.

Predominam dos 20 aos 50 anos, porque daí em diante, decerto por influência do climatério, elas tomam *feição menos inflamatória e mais neurotrófica*.

As articulações mais afectadas são as do punho e do grupo metacarpo-falângico dos 2.º, 3.º e às vezes do 4.º dedos.

São francamente inflamatórias na sua enorme maioria e alguns testes fazem supor a sua feição infecciosa, tais as febres, as alterações do estado geral, as modificações da fórmula sangüínea e a aceleração da velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros (reacção de H. FLEURENS — técnica de WESTERGREEN —, que oscila entre 20 e 100 milímetros à 1.ª hora.

São quasi universalmente consideradas infecciosas, mas muitas razões, aliás, incomportáveis num trabalho geral como o nosso, nos impedem de um credo tão definitivo.

O seu início faz-se em quaisquer articulações grandes ou pequenas, tanto pelos joelhos como pelos punhos ou mãos, umas vezes sob feição de subagudeza e até muito raramente, mesmo, de agudeza, e a princípio podem ser simples mono ou óligo-artrites.

As coxo-femorais são quasi sempre poupadas e o predomínio das lesões dá-se nas extremidades, principalmente nas superiores.

Anátomo-Radiologia.— Não vamos referir-nos à anatomia microscópica, ao elemento fundamental do R.<sup>o</sup> de BOUILLAUD do grânulo de ASCHOFF, com que os alemães pretendem justificar a doutrina unitária dos reumatismos, que não se nos afigura justa. (Ver Patologia Geral).

Queremos aludir à anatomia macroscópica, à morfologia, bastante variável, aliás, ainda que seja certo que as alterações são essencialmente sinoviais e secundariamente periarticulares.

Oferecem-nos três fases de evolução: a álgica, a inflamatória e a terminal, esta falível algumas vezes, que é a anquilose.

A fase mono ou poliálgica é de pequena duração e algumas vezes acompanhada e até precedida de parestesias vagas dos membros, de dores mesmo nos seus segmentos, parestesias, aliás, muito mais manifestas e constantes nas poliartrites neurotróficas (Obs. 8.<sup>a</sup>). Já nesta fase a radiologia pode revelar descalcificações epifisárias justarticulares.

Na segunda fase — a das artrites propriamente ditas — há derrames mais ou menos perceptíveis, tumefacção de conjunto formada pela proliferação sinovial e pelo edema quasi sempre mole dos tecidos periféricos: cápsula, tendões, e às vezes dos ligamentos, que, aliás, são muito mais interessados nas espondilites ou artrites vertebrais do que nas articulações dos membros.

As mãos e os dedos parecem cirosos, moles, fusiformes e podem, quando deformados, conservar

quási os seus eixos, ou sofrerem desvios, verdadeiras luxações de feitios variados, impossíveis de se descrever individualmente, como o pretendem fazer quási todos.

Os ângulos de deformação podem ser pequenos ou grandes e, por isso, não se nos afigura justa a diferença semiótica que alguns autores querem dar às deformações dos gotosos, em linha dos eixos segmentares dos dedos, contra as grandes deformações dos das P. C. G.

A radiografia mostra então zonas francas de descalcificação justarticular, quási sempre homogéneas, raras vezes destrutivas como as privativas da Gota crónica com os seus quistos ósseos.

A terceira fase é a destrutiva e degenerativa; a sinovial em proliferação destrói as cartilagens e as superfícies ósseas; aparecem pequenas rebarbas nos contornos daquelas superfícies e forma-se a imagem que lembra, mas não iguala a das *artroses* francas que têm querido considerar uma fase avançada das artrites.

Podem ficar assim as lesões por muito tempo ou sempre até, ou então formar-se um «panus» fibroso nas superfícies condro-ósseas e estabelecer-se a interpenetração fibrosa ou até das travéculas ósseas e organizar-se a fase definitiva *indolor*, mas invalidante das articulações afectadas — a *anquilose*.

Ainda com relação à morfologia, cumpre-nos dizer que as deformações não são apenas mera obra de defesa, da defesa reflexa contra a dor, mas antes

uma combinação desta com verdadeiras *miopatias retrácteis* que não cedem à anestesia e que fazem parte do processo mórbido mio-articular, reveladas pelas atrofias ab-articulares (1).

A rigidez e enrugação da cápsula, as tendo-vaginites, isto é, *verdadeiras periartrites reaccionais, ajudam à rigidez articular*, com as suas graves consequências.

### **Doliartrites e Psoríase**

Eis um pormenor das P. C. G. em que o nosso desacôrdo é quasi completo com todos os autores, e não se veja nisto qualquer pretensão ousada. Falamos, sempre com a fôrça da experiência, certos de podermos errar, mas só nos corrigiremos ante provas mais convincentes do que as colhidas na bibliografia compulsada.

Uma simples amostra justificativa vê-se nas observações 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup>. As duas primeiras referem-se a dois psoriáticos reumáticos. A primeira destas mostra-nos grande anquilopoiese, a segunda muito pequena. A terceira revela-nos grande tendência à anquiloze sem haver psoríase e, como êste, muitos outros casos comprovativos.

---

(1) Já em 1909 publicamos em «*Gazeta dos Hospitais do Pôrto*», no seu número de Dezembro, um artigo sôbre êste fenómeno encarado sob outro aspecto e outras determinantes — mas aludindo à íntima relação das amiotrofias com certas inflamações articulares.

Parece indiscutível, pelo que mostram as estatísticas da psoríase nos hospitais dermatológicos, que aquela dermatose predispõe às P. C. G., noção que os reumatólogos não tinham, por verem poucos psoriáticos nos hospitais reumatológicos. Mas daí a provar-se que a dermatopatia prepara a anquilopoiase vai grande distância.

E já agora repetiremos que os receios, correntemente revelados pelos terapeutas, do emprêgo da crisoterapia nos poliartríticos psoriáticos, não são confirmados pela nossa observação, antes, pelo contrário, sempre encontramos não só boa tolerância, mas até benefícios na dermatopatia.

Etiopatogenia. — Pouco, muito pouco mesmo, ousamos referir àcerca de tão discutido e inseguro objectivo, exactamente aquêlo que torna os reumatismos um dos mais obscuros departamentos da Patologia médica.

Há uma tendência quási universal em atribuir a causa das P. C. G. à infecção e, pôsto que muitos pontos fracos ofereça ainda tal doutrina, temos de aceitá-la como a mais freqüente e, pelo menos parcialmente, justificada pelos dados diversos, nas páginas anteriores referidos.

Mas, infecção de que casta microbiana? Isso é desconhecido, por mais que perseverem os anglo-saxões em verem aqui, como no próprio R. P. Agudo, o estreptococo, sob algumas das suas múltiplas variedades.

Muitos alemães e alguns franceses e espanhóis a vão compartilhando, ainda que com reservas.

Aceita essa causa microbiana, ocorre perguntar-se por que maneira actua, qual a mecânica patogénica.

Pretende-se que sempre exista um «foco» com existência nas amígdalas ou nos dentes (alvéolos), sedes principais, ou ainda na vesícula biliar, na próstata, nos anexos, no útero, nos intestinos, em qualquer órgão, enfim, donde irradiem sôbre a sinovial, elemento predominante e primitivamente afectado ou irritado nesta espécie reumatismal, as bactérias ou as toxinas por via sangüínea, por isso de acção *directa* sôbre a sinovial.

Pensa-se também na repercussão por *alergia*, e as artrites não passam de manifestações articulares hiper-rérgicas, havendo o antigénio sensibilizante provindo do foco e sendo o alergénio desencadeante uma proteína de qualquer origem, alimentar mesmo. É sedutora e viável esta doutrina, a mais consentânea com muitos factos e investigações, mormente depois dos trabalhos de RÖSSELE e de KLINGE, cuja Escola, mesmo na Alemanha, tem detractores notáveis.

Para nós e para a escola francesa o elemento personalidade mórbida, diátese ou como queiram dizer, deve representar o elemento fundamental, pela predisposição, «*fatalidade orgânica articular*» de uns, vulnerabilidade a que tantos outros, *sob causas análogas*, são indiferentes.

Evidentemente que um grande número de outros factores compartilham da etiologia: o frio, tôdas as

intempéries, o esgotamento geral pelo trabalho e pelos dispêndios psíquicos e, acima de tudo, o já referido *terreno pessoal*, ignorado ainda, mas em geral de um leptosómico.

Diagnóstico.—Os caracteres anteriormente expostos são bastantes para os casos de franca Poliartrite Crónica Generalizada. Mas, antes da generalização, nos estados óligo-articulares, e, mormente, com feição de agudeza ou de subagudeza?

Importa arredar o *R. P.<sup>ar</sup> Agudo* que é mais peculiar às crianças e aos novos, que se acompanha de angina e de cardiopatia freqüentemente; que dá suores abundantes e manifesta mobilidade das sedes lesionais e que obedece decisivamente ao salicilato.

Não serão confundidas com a *Gota aguda* ou *crónica*, cujos portadores são bem adultos ou já um tanto avançados, em que há o tipo pícnico, o aspecto das lesões escarlates, flegmonosas, os tofos, a prova do cólchico e do atofam, o feitio eufórico, etc.

Contudo, a forma poliarticular crónica ou larvada da Gota oferece muitas dificuldades de ordem semiótica, quando, raramente é verdade, a história progressiva não acusa prévias crises francas agudas. Então a preferência e gravidade das lesões pelas extremidades, as febrículas, a reacção de WESTERGREEN, a maior preferência pelo sexo feminino e o estado de depauperamento geral, a uricemia normal e ausência de quistos ósseos radiográficos, pleiteiam em favor das P. C. G.

Nas fases iniciais e óligo-articulares, quando se não sabe ainda a evolução que vai dar-se, temos de separar sobretudo os Reumatismos Gonocócico e Tuberculoso.

O primeiro caracteriza-se pela precedência mais ou menos próxima de uma blenorragia e às vezes pelas suas formas agudas, estas preferentemente dos joelhos, das tibiotársicas ou dos punhos e quasi sempre isoladas ou assimétricas e por ser mais peculiar dos homens novos.

O R.<sup>o</sup> Tuberculoso, das pessoas fracas, leptosómicas, tantas vezes poliarticular, à parte a existência dos focos bacilares, de evolução lenta, chega a ser indistinguível das P. C. G. E, então, uma precaução devemos adoptar. Supormo-nos em face de uma P. C. G. autêntica. Seguiremos as mesmas regras terapêuticas e adoptaremos a mesma conduta geral, até que o evoluir do mal marque bem a posição nosográfica.

Terapêutica. — De resto, temos como certo que, quaisquer que sejam as causas, as poliartrites crónicas e até as óligo e, quantas vezes as monoartrites, encontram no ouro o seu melhor remédio, como ante uma P. C. G. e assim nos conduziremos, tanto mais, quanto a auri ou crisoterapia, por assim dizer, seu específico, é de grande valimento nas outras artrites infecciosas crónicas de causas conhecidas, até porque, na cronicidade, as reacções articulares são como que indiferentes ao agente causal e

dão processos anátomo-fisiológicos fundamentalmente iguais.

A alimentação deve ser mista e tonificante, em oposição ao que habitualmente tem sido feito com a abstinência dos azotados. Trata-se de indivíduos fracos ou enfraquecidos que é necessário refazer, embora com parcimónia e bom senso.

Vida sossegada; não forçar movimentos dolorosos, antes proporcionar o repouso. Logo de início se devem escolher as posições *úteis*, compatíveis com certa validade, na previsão de irremissíveis anquiloses.

Como medicações temos: a primordial, a específica — a do *ouro* — nós preferimos o solganal e a miocrisina oleosos, de adsorção lenta, «Medicação contínua» lhe chamou o seu maior propulsor JACQUES FORESTIER. Faz-se por sessões de 3 a 6 semanas seguidas até perfazer doses de 3 a 5 gramas. Segue-se um descanso de outro tanto tempo e assim sucessivamente.

Nestes intervalos daremos o iodo, o enxôfre, o cálcio e, nas formas acentuadamente neurotróficas, os *extractos tiroideu, ovárico e ou orquítico*. As injeções de éter benzilcinâmico têm boa oportunidade nos intervalos da crisoterapia. As forminas iodadas são um bom auxiliar.

Nos menores ou maiores paroxismos, seguimos os alemães e ministramos o *piramidão* em doses de 2 a 3 e 4 gramas nas 24 horas, em hóstias, a que juntamos a cafeína e que ordenamos para uso às refeições, ou fora delas, com a tomada de 200 a 300 gramas

de água ou de qualquer tisana. As aplicações de calor local, a intervenção da diatermia e dos raios infra-vermelhos são freqüentemente benéficas, mas há que notar a necessidade de variá-las, já porque o organismo depressa se habitua, já porque, assim, se mantém melhor o «tono» espiritual, tão decaído nos portadores dêste reumatismo.

Nas fases *frias* também a hidroterapia presta serviços de algum valor auxiliar e entre nós merecem destaque as águas de Chaves, Aregos, S. Pedro-do-Sul, Moledo e Vizela. Não se deve esperar um auxílio imediato destas práticas hidroterápicas, porque a experiência nos mostra que os benefícios se começam a sentir só do 3.º ano em diante.

A piretoterapia pelo Dmelcos, pela sulfosina, pelo próprio leite deve ser tentada.

Um precioso auxiliar é a nossa conduta psicoterápica, não só conseguindo *obediência com paciência*, em males tão duradouros e rebeldes, mas até pela acção que o «psíquico» exerce sôbre o sistema neuro-vegetativo, que tão alto quinhão toma na formação e evolução das P. C. G. como, de resto, em todos os reumatismos crónicos, à frente dos quais, neste ponto de vista, avultam os reumatismos vertebrais.

E assim fechamos um dos maiores capítulos da Reumatologia, não só pelas incógnitas de tóda a ordem que avultam nos respectivos pacientes, mas pelo seu grande número, até dos inválidos, que vegetam irresignados (ao contrário dos gotosos crónicos, quási sempre eufóricos) em míseros catres ou

luxuosas poltronas, ocultos das vistas do público e das autoridades sanitárias e administrativas, anos sem conta, até um episódio compassivo lhes dar a morte.

## 2 — Artroses (osteoartrites)

Condições Gerais. — Já em outro lugar (capítulos da Iniciação Reumatológica) definimos as artroses, marcando largamente o respectivo conceito, e abaixo resumiremos os seus principais caracteres. Merecem a nossa maior atenção pela percentagem ampla que representam em Reumatologia e pela alta importância de ordem patológica que assumem na Medicina.

Concebida a sua natureza, aceitamo-las, praticamente, como espécie reumatismal, como uma variedade de reumatismos, aliás, sempre crónicos e, assim, integráveis numa obra reumatológica de conjunto, como esta que estamos a elaborar. Elas pertencem ao fóro médico, e no capítulo respectivo estabelecido ficou que, em harmonia com a tradição, que parece indestrutível na alma dos povos, em Portugal como no estrangeiro, e com as necessidades e orientações práticas da clínica, como reumatismais consideraremos estas afecções articulares de jurisdição puramente médica, deixando um pouco de lado a sua feição nitidamente de ordem especulativa.

Preenchem a segunda grande parte da Reumatologia clínica, cuja primeira é ocupada pelas artrites, segundo a classificação que adoptamos.

Enquanto as últimas se nos oferecem sob os aspectos agudo, subagudo ou crónico, as artroses sempre revestem esta última feição.

Nem sempre equivalem a doença, isto é, nem sempre as podemos ter como patológicas; elas são na sua maioria fenómenos naturais, fisiológicos, manifestações involutivas da senilidade, uma fatalidade orgânica do ciclo vital das articulações.

Representam para estas pouco mais ou menos, o que a arterioesclerose para as artérias; caminham com certo paralelismo, sujeitas a vicissitudes análogas.

Há velhos pouco artróticos, como pouco arterioescleróticos, e, ainda novos, precocemente envelhecidos, deteriorados das artérias, como dos artículos.

Ambos os distúrbios marcam a «ferrugem da vida»; e, se temos as idades das nossas artérias, o mesmo poderemos dizer, sob o ponto de vista articular, das nossas articulações.

Somos dos que pensam que a angioesclerose é, em larga parte, um grande factor artrotogénico.

Não permitem os estreitos limites do nosso trabalho, mais de feição prática, alongar-nos, tanto quanto desejaríamos, a esmiuçar uma questão médica tão pouco conhecida entre nós, como até em muitos centros dos outros países, e temos de restringir-nos aos seus elementos principais, das necessidades quotidianas de todos os práticos.

Não passaremos adiante, sem patentear a nossa admiração por três dos maiores reumatólogos conhecidos e são os franceses DRS. J. FORESTIER, FL.

COSTE e J. LACAPÈRE, pelo desassombro, pela profundidade de observação, pelo escrúpulo de crítica e pelo desenvolvimento e aperfeiçoamento que deram à doutrina das artroses, cujo esboço original e feliz se deve aos germânicos DRS. STRAUSS e VON MÜLLER.

\*

O que é uma artrose? — É a artropatia formada por um *desgaste ou usura* funcional, natural, profissional ou acidental das cartilagens diartrodiais e correlativa reacção condro-óssea sub, peri e, por vezes, para-articular compensadora por neoformações de formato e grandeza variáveis, sem repercussão alguma sobre o estado geral dos seus portadores e nulo ou tardio compromisso sinovial. Não há febre, perda de apetite, alteração da côr, depressão nervosa, nem positividade dos testes biológicos, como modificações do hemograma, da aceleração da velocidade de sedimentação globular, nem da reacção de VERNES à resorcina. Radiològicamente as alterações são precoces e progressivas e consistem na diminuição da interlinha articular ou «pinçamento» e na revelação de rebarbas, pingos, bicos, espinhos ou tetos periarticulares e, muitas vezes, por zonas de eburnização das superfícies ósseas articulares, alternadas com zonas de osteoporose.

Isto é inteiramente o oposto ao que se passa nas espécies reumatismas inflamatórias ou *artrites*, além do que se manifesta localmente nestas: dor, tumefac-

ção, moleza e calor. Enquanto as artroses ou são indolores, ou doem apenas sob a acção dos movimentos ou da pressão ou pêso, as artrites são quasi constantemente dolorosas.

É certo que estas, quando não curam nas suas fases aguda ou subaguda, ou mesmo nas fases inicialmente crónicas, o que, digamo-lo desde já, nunca se dá com as artroses, que são sempre evolutivas e incuráveis por irreduzíveis, evoluem mais ou menos depressa para a cronicidade definitiva, que é, em maioria, a anquilose, oferecem na fase pré-anquilosante manifestação de compromisso osteocartilágneo e reacção condro-óssea de neoformação e, então, em tal fase, assumem um aspecto de artrose.

Isto são factos a que temos de dar relêvo, porque têm servido de pretexto a muitas discórdias e imposto grandes dificuldades à construção desta fecunda concepção dos reumatismos sob o duplo aspecto de artrites e artroses, ainda não admitida pela maioria dos autores, cremos que, talvez, por os opositoristas bradarem mais dos seus gabinetes de especulação teórica, do que perante os factos cruciais da prática clínica.

Àquêles que pretendem que *tôda* a artrose proveinha de prévia artrite, ainda que por todos os meios inaveriguada, nós respondemos, com a nossa experiência, que nas artroses perfeitas, francas, é impossível apanhar-se qualquer sinal, informe ou teste que invalide a sua primitividade.

De resto, nas fases artróticas há sempre a histó-

ria progressa, a parcimónia das neoformações osteofíticas, as idades jovens ou maduras e o tipo mórbido dos pacientes.

São estas artroses post-artríticas, a nosso ver, as únicas artropatias que mereceriam a designação de *osteoartrites*, que, aliás, tão corrente, injusta e confusamente ainda se dá às verdadeiras artroses. E todo o equívoco — e a Reumatologia, em parte já tão adiantada, é por esta e outras divergências e denominações, ainda um equívoco permanente e constante — poderá remediar-se, chamando às verdadeiras, *artroses primitivas*, e às post-artríticas, *artroses secundárias*. As primeiras nunca evoluem para a anquilose total; as segundas evoluem-no sempre ou quasi sempre.

E, já que falamos de equívocos reumatológicos, devemos chamar a atenção para a caótica significação dada à palavra *deformante*.

Fala-se de artrite deformante, de reumatismo deformante, de osteoartrite deformante e de artrose deformante. Devemos assentar bem nesta regra, pelo menos no respeitante ao nosso trabalho. A artrite ou antes poliartrite deformante tem as suas deformações, de uns segmentos em relação aos imediatos, por exemplo nos dedos, nos cotovelos, e consistem no «*deseixamento*», no deslocamento para linha quebrada do que era formado por linhas mais ou menos rectas; as deformações são moles, porque se não nota qualquer dureza condro-óssea (à palpação e radiografia) das articulações afectadas.

As artroses deformantes não produzem qualquer alteração, ou pequena, quando muito, naquela linha dos eixos segmentares e são deformações *duras*.

E, para terminarmos estas noções gerais, faremos salientar bem este contraste: as artrites são afecções inflamatórias das partes moles, de *início sinovial* ou justasinovial, com compromisso cartilagíneo tardio e reacções ósseas poróticas ou atroficas. As artroses são de *início cartilagíneo* e ósseo com reacção imediata ou próxima de neoformação condro-óssea periarticular, de compromisso sinovial *nulo ou tardio* e, assim, de feição hipertrófica.

As artrites são inflamatórias; as artroses são degenerativas.

\*

Etiopatogenia.— Muito incerta e discutida ainda, pode resumir-se, quanto a nós, nestes dois factores: traumáticos ou agentes de desgaste, de usura e diminuição da capacidade de resistência.

As cartilagens são desprovidas de nervos desde os 23 ou 25 anos e a sua nutrição muito pobre nas partes centrais, do que resulta o natural desgaste sem protestos dolorosos durante muito tempo, e a falta de poder de regeneração.

A constituição histológica dá-lhe o papel de almofada elástica, mas esta elasticidade imprescindível é variável de indivíduo para indivíduo e sempre esgotável com o avançar da idade.

Os agentes da usura traumática são os naturais, os profissionais, os incidentais e os acidentais.

Da primeira espécie temos, por exemplo, o andar, que, sendo dos mais freqüentes e sob o pêsso do corpo, explicam a preferência das artroses pelos membros inferiores, mormente nos gordos e pesados; dos profissionais, temos como índice, as artroses dos cotovelos dos forjadores; dos incidentais, as anomalias locais ou a distância, tais nas Coxartroses, o pé raso, o joelho valgo ou varo; dos últimos, dos acidentais, muito mais raros, os macrotraumatismos das articulações. Os três primeiros podem ser integrados no grupo engenhosamente criado por MATHIEU PIERRE WEIL e por êle denominado *microtraumatismos*. É certo que êstes agentes activos artrotogénicos têm muitas vezes menor valor do que os passivos, isto é, a capacidade constitucional ou adquirida de resistência condro-óssea. É o que nos patenteiam as artroses das articulações falango-falangínicas dos dedos indicador, médio e às vezes do anular, que são conhecidas por Nodosidades de HEBERDEN.

Indivíduos de profissões delicadas, de trabalho moderado ou nulo, lá as apresentam. Elas não passam de obra de pura senilidade — são mesmo características da *mão senil*.

Pelo que respeita à tendência, à destruição, desgaste ou usura cartilagínea, isso é obra da senilidade natural ou precoce, mas esta senilidade representa um complexo de factores, tais como os de ordem pessoal, constitucional, da boa ou má compleição

cartilaginosa, da pobreza nutritiva periarticular e óssea por arterioesclerose, uns e outros relacionados com o estado endócrino e neuro-vegetativo.

Não há um tipo predisponente especial, como acontece com a Gota, dos tipos pícnicos ou com as Poliartrites Crônicas Generalizadas, dos tipos leptosômicos.

Em geral podemos dizer que são mais numerosos os artróticos não pícnicos, o que pode explicar-se, talvez, porque, desses, raros são os que chegam à velhice, da qual os artróticos são apanágio.

Abstemo-nos de fantasiar hipóteses sobre o mecanismo das neoformações condro-ósseas — ou *osteófitos*, porque as que nos oferecem os autores não nos satisfazem e as reflexões que a nossa experiência nos permite, julgamo-las insuficientes também.

Limitamo-nos a referir a sua finalidade, engenhosa e inteligentemente sintetizada nesta frase dos reumatólogos ingleses F. G. THOMSON e R. J. GORDON:

*«As artroses são um esforço da natureza para compensar o processo degenerativo que altera a estabilidade articular»*, para nós verdade manifestamente evidenciada, sobretudo nas artroses vertebrais.

É mesmo no ráquis que as artroses superabundam. Lá o diremos no capítulo «Reumatismo Vertebral».

Fisiopatologia.— Outra questão deveras complicada, onde as incógnitas criam mais um dos muitos enigmas do Reumatismo, na expressão de A. LUMIÈRE,

não podemos de boamente deixá-la de lado, tantas perguntas nos assaltam o espírito a que, pelo menos, como hipótese de trabalho, não ficaremos silenciosos, embora as respostas tenham um cunho inteiramente pessoal.

São inumeráveis os artróticos; freqüentes é certo, mas contáveis, os *que sofrem*, os *doentes artróticos*.

É a artrose uma afecção que não cura, não pára, evoluciona sempre, avançando.

São muitos os seus períodos silenciosos e podem ser alternados com surtos de sofrimento, isto é, pode um doente *melhorar* das suas perturbações — dores e embaraços motores — e melhorar por lapsos muito longos de meses e até de anos, e o processo condro-ósseo continuar a progredir.

É assim que se compreende que haja *artroses-doença* e *artroses «fisiológicas»* naturais, silenciosas.

Por quê tudo isto, tão cheio de incógnitas? É o que vamos, por nós, explicar.

A falta de nervos na cartilagem explica a ausência de dores em artróticos que nunca ou só tardiamente sofrem. Quando leigos os seus portadores, nem as crepitações ou os estalidos articulares os sobressaltam.

E, quando doem, por quê só aos movimentos? Talvez porque, não sendo comprometida a sinovial nem as partes moles periarticulares, cápsula, tendões, ligamentos, tudo tão fortemente enervado, só quando as superfícies ósseas, sensíveis, quando já desprotegidas da cartilagem e até erodidas pelo atrito, se agridem ao moverem-se.

E como se explica o facto das «melhoras» dos artróticos?

Quando aquela usura cartilagínea não seja ainda total e a dor se deva atribuir a outro mecanismo, e é o que vamos referir.

É um facto incontestável que coxartróticos, cheios de sofrimentos dolorosos e limitadores dos movimentos, sob a acção da infiltração novocaínica dos gânglios simpáticos lombares, ou das zonas periarticulares, como é da nossa experiência pessoal, ou sob as picadas subcutâneas ou profundas das zonas correspondentes, melhoram muitas vezes *rápida*, total ou quasi totalmente das dores e muito dos movimentos, e isto por dias, semanas, meses, a despeito das radiografias nos informarem da persistência das lesões. H. DAUSSET diz-nos tirar resultados favoráveis com a radiação dos gânglios lombares (1).

A dor não vem, pois, das lesões propriamente ditas. Para nós ela deve ter a sua *feição simpática* (simpatalgia articular).

Isto explica-nos o efeito das infiltrações referidas e até a influência ou valor do psiquismo, do temperamento pessoal, da tendência para a hiperalgesia, da ruminação e efabulação *sobre a dor*, que em muitos casos pode assim ser sustentada e exacerbada, bem como aniquilada duradouramente, pelo *efeito efémero* de uma anestesia.

---

(1) HENRI DAUSSET — *Revue du Rhumatisme* — Outubro de 1935.

Estamos certo de que estas enigmáticas afecções poderão ter esta explicação e é bom não esquecer-lo, porque o facto pode dar-nos a mão a uma excelente terapia.

Freqüentemente, aos processos artróticos, episódios de artrite podem associar-se, e isto, temo-lo observado muitas vezes nos poliartróticos simples, dos quais vamos ocupar-nos.

Em geral estas artrites sobrepostas não precisam de ser de vulto para criarem nos artróticos, já débeis articulares, processos algícos e dismotores e êsses têm feição efémera, podem curar, embora a artrose continue.

Afigura-se-nos, pois, que as artroses só são dolorosas e, reflexa ou mecânicamente prejudiciais às funções motoras, ou quando a destruição cartiláginea seja total, quando os atritos das superfícies erodadas determinem reflexos simpáticos algícos, ou quando a osteofitose seja muito volumosa e crie espasmos musculares de origem tendino-postural e, enfim, até por feição puramente psíquica, despertadas as dores por pequenas «espinhas» articulares, das muitas que uma artrose pode oferecer ou, então, na sobreposição de episódios de artrites.

Diagnóstico.— Não oferece dificuldades a diagnose das artroses. A série dos elementos referidos, sobretudo a dor *determinada pelos movimentos* e a limitação desta com a calma estática; a ausência de fenómenos inflamatórios, de compromisso das partes

moles (excepto na sobreposição de episódios artríticos), a idade dos padecentes, a ausência de sinais gerais, as características radiológicas, a negatividade dos testes biológicos, a existência de crepitações ou de estalidos articulares, a dor local à pressão e, por vezes, à palpação dos esteófitos, constituem um conjunto bem nítido e inconfundível das artroses propriamente ditas ou primitivas.

As post-inflamatórias, em geral, são de deformações mais restritas e diminutas, e a história da artrite prévia põe no devido lugar estas artroses secundárias.

\*

### **Artroses simples — Poliartroses**

Tem muito de artificial e de convencional a separação entre estas e as artroses deformantes. Elas são clínica e anátomo-patologicamente menos ostensivas e a sua característica principal, quanto a nós, consiste na pluralidade das articulações: dedos, costo-vertebrais, punhos, menos vezes os cotovelos e os joelhos, e ombros, raras vezes a anca.

São poliartroses como que naturais, de involução, que um dia, mercê de causas determinadas e em parte ignoradas, apenas abrangidas na nossa hipótese de fisiopatologia atrás referida, se tornam dolorosas e disfuncionais; são de prognóstico benigno, pois os fenómenos críticos obedecem regularmente a uma boa terapêutica.

### Vamos citar duas observações elucidativas :

1.<sup>a</sup> — D. M. M., de 66 anos à data da nossa consulta — em Outubro de 1937 — viúva, comerciante, da família do nosso colega DR. MARTINS D'ALTE, queixava-se de dores dispersas pelo corpo, tórax, coluna vertebral, costelas, dedos das mãos e dos pés, sacro-iliacas e cotovelos e às vezes dos ombros.

Tais dores tolhiam-lhe os movimentos que eram muito dolorosos, sossegando em repouso.

Quando se curvasse, quando, no leito, se mexesse, tudo lhe doía. Não se vestia, não se penteava, não se calçava. Nem febre, nem alterações do estado geral. Quieta, era normal. Muito friorenta e nervosa, fôra sempre de boa saúde e de excelente passado hereditário.

A velocidade de sedimentação, técnica de WESTERGREEN, era de 11<sup>mm</sup> à 1.<sup>a</sup> hora. Tensão (PÁCHON). — Mx 25 — Mn 12 — I=4 — Aortite crónica acentuada. Sons cárdicos metálicos.

Os joelhos, os ombros, os punhos tudo era crepitante ao mover-se, o que era conhecido pela doente, já desde muitos anos.

Os movimentos, passivos mesmo, muito dolorosos. Sofria, havia já uns 6 meses.

Senhora intensamente nervosa, não estranhara a menopausa feita à volta dos 50 anos. O seu espirito encontrava-se em certa excito-depressão; temia ficar definitivamente tolhida. Era essa a sua convicção firme, sem contudo revestir feição nitidamente obsessiva ou hipocondriaca.

Submetemo-la ao uso de uma sessão de vinte aplicações de iodeto de sódio por ionização em largos cátodos, seguidas por injecções endovenosas de um grama nos primeiros 10, e um grama e meio nos 10 dias seguintes de iodeto de sódio por via endovenosa e a uma psicoterapia oportuna e a doente melhorava, logo à primeira dezena.

Retirou curada, cura que se mantém actualmente, quatro anos e meio depois, decerto pelo uso freqüente dos preparados iodados.

2.ª — J. S., de 65 anos, lavrador, de Gandra, Paredes — veio à nossa consulta por «dores em tôda a parte». Nem quasi podia andar, vestir-se, lavar-se, comer pela sua mão, isto já havia uns 5 meses.

Usara muitas unções, fricções, tomara drogas várias, entre elas salicilatos, iodetos, etc., sem qualquer beneficio.

Uma ou outra vez uma dor num punho ou num ombro, ou num cotovêlo, de horas, alguns dias, sem inchação ou mal-estar de maior, haviam sido os seus males reumatiformes anteriores.

Tudo o mais estava bem. Comia, dormia, nada lhe doía senão ao mover «qualquer parte» do corpo. Sempre fóra saudável, de costumes morigerados, nada alcoólico, sem doenças do fóro genital e de bom passado pessoal. Houve reumáticos ascendentes.

Um tanto definhado pelas contrariedades que a doença lhe trazia, sobretudo pela impossibilidade do trabalho, deixa-nos sentir grandes crepitações e estalidos nos joelhos, nos ombros, nos cotovelos, até nas pequenas articulações dos punhos.

Só os indicadores apresentavam as Artroses de HEBERDEN.

Tensões  $\left\{ \begin{array}{l} \text{Mx. 21} \\ \text{Mn. 12} \end{array} \right.$  — Coração bom; urinas normais. Tôdas

as funções quasi perfeitas.

As ionizações e as injeções de iodeto de sódio e uma grande confiança nas nossas determinações curaram o doente por completo, cura que hoje se mantém.

Nunca mais teve qualquer distúrbio que o incomodasse, a despeito do crepitar das suas articulações. Sempre tem usado iodo embora sem a necessária regularidade.

Nenhum destes doentes refere qualquer ocorrência ocasional determinante destes surtos, embora acusem estes vulgares sinais de artrose (as crepitações e os estalidos), já de vários anos de duração, sem qualquer alteração no seu modo de viver. Apurou-se que as suas artralguas não eram inflamatórias.

Tratava-se de pessoas idosas, nervosas, fortes, saudáveis e outro diagnóstico não podia ocorrer a um prático senão o de Poliartroses primitivas.

E a prova terapêutica não parece deixar dúvidas.

Tratamento. — Nestes como em muitos outros semelhantes, esta é sempre a nossa conduta e, em casos mais rebeldes, recorreremos à balneoterapia pelos lódos sobretudo. O regime de vida deve manter-se quando as circunstâncias o permitam. Uma regra deve conhecer-se e praticar-se sempre: a movimentação, mesmo por vezes levemente forçada, das articulações artróticas, nunca levando o esforço além da tolerância à dor.

O Prognóstico das Poliartroses é por via de regra mais benigno do que o das monoartroses e queremos, numa como noutra variedades, referir-nos ao prognóstico funcional, pois, como já referimos, as artroses em nada se fazem repercutir na vida orgânica dos seus padecentes.

Em resumo: Quando uma pessoa de idade, em regra saudável, se nos queixa de dores provocadas pelos movimentos, espalhadas por várias articulações, as das mãos, dos pés, as costo-vertebrais, dos cotovelos, joelhos, etc., sem inchaço nem febre ou alteração do estado geral; quando os indicadores ou os dedos imediatos apresentarem as nodosidades falango-

-falangínicas (HEBERDEN); quando as grandes articulações, aos movimentos passivos, crepitarem ou estalarem, isto sobretudo nos joelhos, nos ombros e nos punhos, estamos em face de uma das mais freqüentes espécies reumatismais — *Poliartroses*.

É para isso necessário um tratamento cuidadoso que consiste sobretudo no uso do iodo em doses fortes (nós dizemos aos doentes que precisam de «banharem-se em iodo») e ou pelas medicações associadas de iodo e enxôfre por sessões ou quadras longas e freqüentes; na movimentação, moderadamente forçada até, no recurso a certas termas, tais como as já atrás referidas.

A medicação hormónica encontra oportuna indicação e consiste sobretudo no emprêgo dos extractos orquíuticos e ováricos.

A rofeína, a aspirina e equivalentes dão óptimos resultados antiálgicos.

Guardamos para o fim uma das variedades terapêuticas mais importantes — a *psicoterapia*. Nestas mais do que nas monoartroses a intervenção do «psíquico» sôbre o «vegetativo» é muito acentuada, quási como o que se dá nas astroses vertebrais e suas algias irradiadas (ciatalgias, braquialgias costalgias, etc.), onde o facto é notavelmente impressionante.

Uma boa conduta dos clínicos, sabendo orientar suavemente o paciente para a consciência da sua

incurabilidade, mas de sofrível sobrevivência; impondo o seu prestígio técnico e moral e aproveitando para isso os primeiros efeitos da iodoterapia ou de qualquer variedade da fisioterapia, pode encurtar muito os surtos críticos, torná-los mais raros e manter elevado o nível moral de vida dos doentes, outrossim verdadeiramente desolante.

\*

### Artroses deformantes

Pelo que dissemos ao iniciar a exposição das considerações relativas às artroses simples, depreende-se o que de pouco nítido oferecem as suas fronteiras com as deformantes.

Estas são mais exuberantes nas suas lesões e nas perturbações que determinam e limitadas, localizadas, em regra monoarticulares.

Têm muito mais carácter individual e uma há, pelo menos, que oferece uma autonomia e independência, que no-la oferece como uma afecção bem determinada; é a *artrose deformante da articulação coxo-fumeral* ou **Coxartrose**.

Outra grande artrose deformante merece especiais considerações; é a do joelho ou *Gonartrose*.

Esta, porém, quanto ao nosso modo de ver, estribado em muitas observações, quasi sempre apresenta uma feição híbrida, pela associação a fenómenos de artrite, e tem uma etiologia francamente endocrínica

constituindo a síndrome de WEISSENBACH e FRANÇON que êstes autores denominaram, *Lipoartrite dos joelhos* e MARAÑON *Artrite climatérica bilateral*.

### Coxartroses

São afecções articulares muito freqüentes, muito ostensivas e, impressionante e lamentavelmente, quasi desconhecidas.

Esta artropatia, ainda conhecida por *Coxartria*, como a denominaram LÉRI e LONJUMEAU, autores que lhe dedicaram os mais pacientes e escrupulosos estudos, e ainda também por *Osteo-Artrite coxo-femural* dos autores ingleses e de alguns alemães, é das que não se podem desconhecer mesmo «a distância», quasi só pelo feitio da claudicação que determina e do aspecto dos claudicantes.

Veja-se um homem ou uma mulher, para lá dos 40 anos, de bom aspecto geral, a mancar de *certo modo*, apoiado a uma bengala ou bordão, mesmo a alguns metros, e, com as maiores possibilidades, nos julgaremos ante um coxartrótico.

É uma afecção muito individualizada, muito «sui generis» clássica até, para os que se lhe dediquem. E devem dedicar-se-lhe, porque é universal, estranha aos climas, às classes, aos hábitos sociais e freqüentíssima causa de invalidez.

É conhecida desde remotas eras, sob um ponto de vista clínico «grosseiro» e, pode afirmar-se, que só pouco além de duas dezenas de anos começou a

entrar no âmbito da clínica interpretativa e científica.

É a mais importante e típica de tôdas as artroses.

**Etiopatogenia.** — Resumindo e adaptando a esta artrose especial o que já referimos para as artroses em geral, julgamos acertada esta síntese: duas espécies de factores condicionam a etiopatogenia da Coxartrose; uns activos, traumáticos, e outros passivos, relacionados com a capacidade de resistência condro-óssea.

Os primeiros são: uns naturais, outros profissionais, outros incidentais e ainda outros acidentais. Os três primeiros considerámo-los microtraumatismos segundo a feliz expressão e concepção de MATTIEU PIERRE WEIL, os últimos e menos importantes, os macrotraumatismos.

Os primeiros, os microtraumatismos encontram um terreno propício na má adaptação das peças articulares, de alta valia segundo a lei de PREISER, tanto mais quanto a articulação coxo-femural é a maior vítima da atitude bípeda do homem pela sua má conformação anatómica e pelas pressões a que a expõem o pêso do corpo e a necessidade e amplitude dos seus movimentos.

Os traumatismos naturais, são os determinados pelos movimentos normais, repetidos como o andar, a flexão e outros deslocamentos do tronco.

Os traumatismos profissionais são aquêles que certas profissões determinam, por exemplo os descar-

regadores, os operários de construção civil, os agricultores, e sobretudo os obreiros agrícolas.

Os traumatismos incidentais, chamamos nós aos que resultam de incidentes ocasionados por anomalias locais, tais as luxações congênitas, as coxopatias de LEGS-PERTS e as da distância, tais os pés rasos, os joelhos valgos, etc., e ainda a *existência de uma Coxartrose* na determinação da articulação simétrica e por isso na criação da *bilateralidade da afecção*, que, digámo-lo desde já, a nossa observação mostra em mais de 30% dos casos.

Para CALLOT e DUVERNAY as luxações congênitas seriam um substracto etiopatogénico 100% das coxartroses, percentagem que a maioria dos autores, aos quais nos associamos convicto, crê muito mais reduzida, ainda que notável.

Os factores passivos consistem principalmente na vulnerabilidade particular e temperamental de cada indivíduo e nos variados elementos que constituem uma senilidade, que não se mede pelo número de anos de idade, mas pelo valor dos estragos gerais e locais; dentre eles pensamos merecer destaque a a arterioesclorose, sobretudo local, numa articulação, cujas cartilagens, como tôdas as outras, normalmente mal irrigadas, com a particularidade da insuficiência habitual da artéria do ligamento redondo.

Para tôda esta senilidade, em regra bastante precoce, pois a coxartrose é apanágio das pessoas dos 45 aos 60 anos na sua maioria, altamente devem contribuir os distúrbios endócrinos, e nós temos

algumas observações muito expressivas, uma das quais adiante descreveremos e nos parece completa. Além disso, é, na mulher, por ocasião ou depois do seu climatério, que surge a coxartrose, numa percentagem, quanto a nós inferior à do homem.

Êstes elementos gerais e outros menos conhecidos têm um real valor etiológico, tanto mais que a coxartrose não é afecção privativa dos «braçais» mas muito freqüente nos intelectuais e sedentários, nos burocratas.

Fisiopatologia. — A dor e as perturbações motoras na Coxartrose parece terem duas determinantes principais. Dum lado a vastidão das superfícies de atrito, em vista da formação dos tetos osteofíticos do cótilo que muito bloqueiam a cabeça do fémur, quási sempre achatada ou alongada nos diâmetros verticais; do outro a irritação do simpático periarticular distribuído na cápsula, nos tendões, nos ligamentos, tudo alterado nas suas relações posturais, pela exuberância dos bordaletes do rebôrdo cotiloideu.

Êste bloqueamento, por outro lado, deve limitar muito os movimentos, limitação agravada pelos espasmos musculares, mormente dos obturadores e dos nadegueiros, factos bem presumíveis e contraprovados pela acção impressionante da infiltração dos gânglios lombares e do contôrno articular pela novocaína e pelas picadas locais subcutâneas ou profundas de histamina.

Sintomas. — São bastante expressivos e próprios para uma diagnose sem grandes dificuldades. Os que se nos afiguram de maior vulto, alguns referidos com a tonalidade que a nossa observação nos ensina são:

a) A *claudicação típica*. Sente-se não originada nem nos joelhos nem nos pés, porque, num como noutro caso, o passo é mais largo, a inclinação ambulatória do tronco mais pequena; pelo contrário, na coxartrose o passo é curto e a inclinação do tronco mais ampla; tem o seu que de característico, de inconfundível, de especial.

b) Ao tirar, desapertar ou apertar o calçado e segundo a grandeza lesional, a dificuldade é manifesta ou total, recorrendo-se ao artifício de fazê-lo inclinando o tronco muito para fora do lado afectado. É o chamado *Sinal do Sapato*.

c) Sentado, o paciente tem uma atitude ou posição «sui generis». Inclina o tronco para o lado sã, flecte o joelho, enfiando a perna por debaixo da cadeira e mantém a coxa em relação ao abdómen em ângulo muito obtuso.

d) Deitado, flita-se a coxa sôbre o abdómen e tentem-se os seus *movimentos de adução e de abdução*. Os primeiros são difíceis, os segundos muito limitados ou impossíveis, levando o doente à rotação do tronco, como se êste e a coxa fizessem um bloco inseparável.

e) Se o membro doente se estender bem sôbre o leito, não poderemos fazer a sua rotação, provocada pela laterização do pé para qualquer dos lados; e,

nas formas mais acentuadas, se tivermos a mão esquerda apoiada sôbre a região lombar do paciente, notaremos, ao fazer aquela extensão total, o aumento da lardose.

f) Quanto à *dor subjectiva*, ela só existe determinada pelos movimentos e oferece sedes ou irradiações variadas. Ora fica ao nível da articulação, ora *vem irradiada para o joelho*, ao longo do feixe vaso-nervoso da coxa, ou vai, o que é raro, para a face posterior da nádega e da coxa, lembrando as ciatalgias.

g) *Objectivamente*, provocámo-la também pelos movimentos e pela pressão, ora sôbre a face anterior articular, ora sôbre a face interior da coxa por detrás do tendão do longo adutor, e nesta, com tal justeza, que deixamos os doentes maravilhados. E esta circunstância é deveras aproveitável para a conquista de um grande ascendente, muito útil não só para que as nossas palavras possam levantar o seu ânimo, habitualmente tão desalentado, e, sobretudo, para a correlativa obediência total às nossas prescrições, que, bem estabelecidas, muito podem fazer no sentido do alívio e da correcção dos sofrimentos incuráveis.

Êstes sintomas são, pode dizer-se, quasi sempre decisivos, mas uma radiografia tem sempre valimento, porque nos pormenoriza os defeitos articulares, a grandeza e relações das alterações lesionais e porque serve, até, para levantar as dúvidas, sempre presentes, aos numerosos desconhecedores de tão frequente afecção.

Escusado será dizer-se que todos os auxílios laboratoriais, tão imprescindíveis nas artropatias inflamatórias, são aqui dispensáveis, por sempre negativos, à parte o caso da sobreposição episódica de artrites sobre esta como as outras artroses.

Diagnóstico e Prognóstico. — Já o dissemos; é simples e nítido. A nosso ver, não podemos confundir uma Coxartrose com uma cruralgia ou uma ciatalgia. A flora sintomática própria e, por outro lado, a de eliminação são ricas e decisivas.

Uma pequena questão poderá ocorrer nesta altura. A Coxartrose é uma artrose qualquer da articulação coxo-femural?

Em primeiro lugar, ela é sempre deformante, isto é, ha reacção osteofítica com modificações morfológicas íntimas dos elementos articulares, cabeça do fémur e cótilo e respectivas cartilagens, e isto é condição fundamental da sua individualização.

E o *Morbus Coxae Senilis*, que só era visto como dos velhos, não será o mesmo?

Para nós sim, mas isso tem dado pretexto a muita discussão.

Afigura-se-nos que tudo pode simplificar-se assim: A articulação coxo-femural é, aproximadamente como as outras, sujeita às manifestações involutivas e, mais precoce ou contemporaneamente desgastadas as suas cartilagens, a reacções osteofíticas.

Ora, assim, sem exuberância racional nem funcional, ela pode fazer parte das poliartroses, ser

uma artrose simples, indolor até, e vegetar no silêncio e no desconhecimento, ou tomar uma parte leve no incômodo concêrto dos surtos — doença das poliartroses, atrás já referidos.

Se reveste aspectos muito afastados dos normais e é muito perturbante, então tem carácter de autónoma e independente e marca o seu feitio de Coxartrose em idades mais curtas ou mais avançadas, é o *Morbus Coxae Senilis*; é um mal à parte, fruto de complexas etiopatogenias de que fizemos já menção.

O Prognóstico é bom quanto à vida geral dos pacientes. A irreparabilidade lesional não impede a atenuação funcional, quando a terapêutica seja prestada com oportunidade de técnica, de tempo, de método e de perseverança.

Isto quer dizer que nunca um coxartrótico deve lançar-se no abandono, antes conquistar-se-lhe a obediência de modo que o clínico, como a bengala ou bordão a que se apega, fique a fazer parte do conjunto dos recursos de que o doente não mais poderá prescindir.

A Profilaxia. — mais interessante consiste na correcção das deformações congénitas e das anomalias a distância. Para uma e outras impõe-se a vigilância e exploração das articulações coxo-femorais das crianças, mesmo sãs na aparência, e sobretudo, das que revelam a existência de qualquer coxopatia não tuberculosa. Para elas, os melhores meios preventivos

são os celulóides aconselhados por CALLOT (1) que os ortopedistas correntemente executam, do umbigo ao joelho, articulados na anca.

São da nossa observação alguns casos extremamente curiosos de senhoras que, na menarquia, sofreram coxopatias, tornadas silenciosas até ao climatério, época em que as mais graves Coxartroses se tornaram dolorosas e funcionalmente vultosas.

Estas merecem, pois, os maiores cuidados, porque são as mais viávelmente preveníveis.

Todos os meios tendentes a corrigir os joelhos valgos ou varos e os pés rasos terão as melhores conseqüências, de resto, extensivas até às próprias raquiartroses, como é referido no capítulo *Reumatismo Vertebral*.

Combater igualmente a obesidade ou o pêso do corpo é medida de grande alcance.

A Terapêutica visa a dupla indicação: atenuar quanto possível o avanço das lesões e combater a dor e possivelmente as disfunções motoras, para o que, temos de agir localmente e a distância e isto por medicações e meios de vária ordem, tendo até alta importância a interferência da ortopedia e da cirurgia, quando os outros mais simples, foram insuficientes.

O tratamento médico, local, incluindo a fisioterapia, consiste: na aplicação periarticular de injeções

---

(1) *Monde Medical* — Janeiro, 1934.

de lipiodol, de novocaína ou de soluto de bicloridrato de histamina, esta usável também sob a forma de picadas múltiplas subcutâneas nas faces anterior, interna e posterior da articulação coxo-femural; no uso das correntes de diatermia pelas ondas longas ou curtas; nas galvano-sinusoidais, nos raios infra-vermelhos; e, sobretudo, *no emprêgo da radioterapia* pouco profunda de todo o contôrno articular que, segundo DAUSSET e outros fisioterapeutas, nós incluído com o maior entusiasmo, representa a fisioterapia de efeitos mais notáveis.

Quanto à *ortopedia* e à cirurgia, apenas referiremos, porque a minúcia descritiva não cabe nestas notas, o uso dos gessos ou dos celulóides, os primeiros para imobilizações de pequena duração, os segundos para consentirem, por articulações apropriadas, o movimento da coxa, livre dos esforços de abdução e de adução.

As operações cirúrgicas principais são a *perfuração* («forage» de GRABBER DUVERNAY) do trocater à cabeça do fémur, que parece agir por acções descongestivas, a *artroplastia* aperfeiçoada por PAUL MATHIEU, efectuada pela secção da cabeça do fémur, moldagem do côto do colo e adaptação ao cótilo e, finalmente, a osteotomia alta do fémur.

Ainda como tratamento local podemos considerar a infiltração dos gânglios lombares pelo sôro novocaínado, muito apreciado já noutros países e entre nós pôsto em prática às vezes com resultados surpreendentes.

O *tratamento geral* obedece às indicações etiopatogénicas mais conhecidas e tem por base também um empirismo racional. Representa já um alto valor na terapêutica das Coxartroses e é mesmo o mais acessível a todos os clínicos e em todos os meios e, tantas vezes, o único que as condições de vida dos pacientes pode permitir ou consentir.

Pode resumir-se nestas duas medicações: a iódica e a hormónica. À primeira prefere-se até a mista de enxôfre e de iodo.

Tudo depende de persistência, de perseverança e mormente das elevadas quantidades de iodo e mais atenuadas de enxôfre. Estamos habituados a aplicar, entre outros, o produto nacional sulfonatrion por via endovenosa e as peptonas iodadas ou o lugol por via ingestiva, tudo ao mesmo tempo, desde que haja tolerância, o que é a regra.

A medicação hormónica preenche-se com os extractos ováricos, orquíticos, e freqüentemente, sobretudo nos obesos hipotiroideus, pela tiroidina.

Como medicação antiálgica, nas Coxartroses, satisfaz-nos em geral a aspirina, rofeína ou outras equivalentes.

Para objectivarmos o que fica exposto passamos a apresentar as seguintes observações:

1.<sup>a</sup> — J. T., solteiro, de 52 anos, empregado de praça, consultou-nos em Maio de 1941. Com a altura de 1<sup>m</sup>,70 e o péso de 100 quilogramas, é portador de obesidade supra-púbica e risomélica — abdómen, tórax e raiz dos membros e «avental» supra-púbico e enormes pregas dorsais.

Ao nível dos peitorais perfeita ginecomastia, o que com acentuada hipoplasia genital, lembrava o síndrome CAMUS-FRÖHLICH. Pele branca e rosto gerodérmico.

Diz ser pouco atreito à «cópula», mas a impressão que nos deixou, é que esta afirmação era questão de pudor, e significava a sua completa frieza. Agenesia da barba e de todo o sistema piloso. No púbis tipo feminino.

Em Setembro de 1940 começou a sentir, ao levantar-se e ao dar os primeiros passos, movimentos embaraçosos da coxo-femural esquerda, sucedendo outro tanto ao levantar-se de um banco ou cadeira em que houvesse permanecido algum tempo.

O seu passado pessoal fôra bom, apenas em 1936 sofreu de artralguas generalizadas (Poliartroses simples?) e, de familiar, há de relêvo apenas, como padecimentos, reumatismos do pai e de dois irmãos.

A dor predomina ao longo da face interna da coxa e no joelho. Oferece toda a sintomatologia atrás referida, como o sinal do sapato, o da cadeira (não confundir esta designação com o sinal da cadeira dos parquinsonianos, cuja finalidade é muito diferente, a da pesquisa da perda ou diminuição dos movimentos automatizados) o da adução da coxa, etc.

Só recentemente começa a sentir perturbações do lado direito e o exame objectivo denuncia pequenos sintomas, pouco de harmonia com as lesões, já bastante adiantadas, como no-las revela a figura 9.

A pressão sôbre a face inguinal e sôbre a obturadora da articulação é muito dolorosa.

É para notar que, com esta manifesta e variada sintomatologia e a despeito da já larga peregrinação pelos melhores centros da clinica, o diagnóstico não fôra feito senão por nós (o que representa descuido de observação e o abandono a que êstes graves males são votados).

O seu estado geral nada tinha de maior. Ao PACHON dava no braço Mx. — 15; Mn. — 9. I = 6.

Temperamento nervoso, impulsivo, desigual, tão optimista agora como pessimista logo, M. T., céptico sôbre resultados, e



Fig. 9—Esta radiografia mostra lesões muito avançadas da coxo-femural direita com teto eburnizado, a cabeça femural alongada e luxada superiormente e a zona infracotiloideia porótica. Vê-se também do lado esquerdo pinçamento e zonas eburnizadas e picos osteofíticos supracotiloides — trata-se de Coxartrose bilateral de um homem de 52 anos.



por nós pôsto ao corrente do verdadeiro prognóstico, quisemos submetê-lo à infiltração do simpático abdominal, para o que o remetemos à competência do DR. JOAQUIM BASTOS, da Fac. de Medicina do Pôrto, mas os resultados desta tentativa foram efémeros, de horas, mera sugestão talvez.

Submetemo-lo ao uso dos I. V. à iodoterapia intensa e ao testoviron, tudo isto no curto lapso de dois meses, o bastante porém, para que o doente tivesse colhido pequenas, mas positivas e animadoras melhoras.

2.<sup>a</sup> — Carolina M., de 51 anos, casada, doméstica, do Pôrto, consultou-nos sob a indicação do colega DR. MADUREIRA GUEDES em 16-2-942.

Queixava-se de dores ao andar ou de noite na cama, ao mexer-se, dores que se manifestam na face interna da coxa, e sobretudo, nas faces interna e anterior do joelho e, menos vezes, com irradiações para o colo do pé e tornozelo, tudo à direita. Sofre há já três anos de maneira sempre progressiva.

Claudica com os caracteres atrás referidos, sentindo-se quasi impossibilitada até das suas actividades domésticas.

Foi sempre saudável, tendo sofrido a «pneumónica», em que correu perigo, pela epidemia de 1918. Uma ou outra vez as suas urinas tinham depósitos atejolados e teve, há 4 anos, algumas perturbações da bexiga.

A menarquia teve lugar aos 17 e a *menopausa* há perto de três anos, época em que começou a sua doença actual.

Nenhuma outra estranheza experimentou com o climatério, nem mesmo aumento de pêso, pois já era um tanto obesa. Peza 86 quilog. para 1,57 de altura.

WASSERMANN negativo; sangue e urinas normais. Ao PACHON 21 Mx. 10 Mn. — J=2,5. Sons cardiacos enfraquecidos. WESTERGREEN 11mm. à 1.<sup>a</sup> hora.

Pai saudável, mãe com gangrena sêca das extremidades, 4 irmãos mortos em criança, um morto súbitamente aos 35 anos.

A sintomatologia denuncia Coxartrose franca do lado

direito sem denotar anomalias prévias do iliaco ou do fémur e nenhuma outra anomalia a distância se lhe encontra (fig. 10).

Esta sintomatologia é fértil desde a dor à pressão das faces anterior e interna da articulação, dos sinais positivos de adução e de abdução, do sinal do sapato, etc., etc., sem sinal algum que denunciase o compromisso dos nervos crural e ciático, que explicasse as irradiações dolorosas.

Ainda que o estado geral seja bom, a sua hipertensão arterial, ligada a alguns «estonteamentos» e às nodosidades de HEBERDEN dos indicadores e médios dão bem o paralelismo da sua velhice arterial e articular, velhice que parece bem marcada pela coexistência das suas perturbações com o climatório, facto assim denunciador do papel desempenhado pelos distúrbios incretorios nas artroses em geral e dos da menopausa, quanto à coxartrose em particular.

A doente, à data da elaboração destas notas — 20-10-942 — mostra-se muito melhorada, claudicando pouco, caminhando já pequenas distâncias, fazendo a vida doméstica quasi normalmente e dormindo bem, para não acordar ao voltar-se no leito. A sua disposição acusa relativa euforia, acreditando até que vai obter a cura integral, a despeito da nossa *cautelosa* prevenção em contrário. Convém notar que os sinais objectivos da coxo-femural esquerda esboçam-se, e no caso presente, de harmonia com o radiograma.

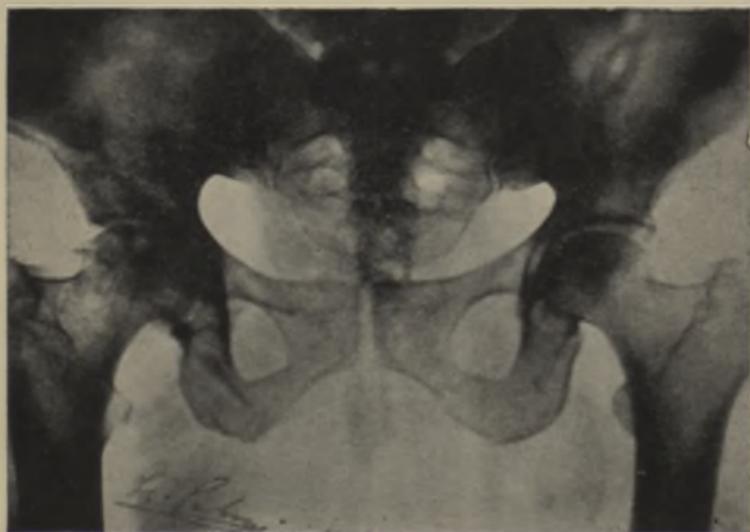


Fig. 10 — Lesões muito avançadas da coxo-femural direita com regular conformação das peças articulares, havendo leve osteofitose do colo e muito manifesta do rebôrdo da cabeça do fêmur. Trata-se de Coxartrose direita de uma senhora de 51 anos.



Simplem tem sido o seu tratamento: umas 40 aplicações de R. infra-vermelhos e intensa iodoterapia por ingestão e por via endovenosa.

Não empregamos ainda qualquer medicação endócrina e temos a impressão de que o seu psiquismo, de convicção quasi inicial, muito deve ter contribuído para o notável sucesso deste tratamento.

\*

## Gonartroses

(Lipoartrites de WEISSENBACH e FRANÇON)

Ainda que frequentes, as artroses «patológicas» dos joelhos não assumem nem de longe a importância das Coxartroses. Como artroses «fisiológicas» involutivas, quasi se podem contar pelo número dos velhos, o que equivale a dizer-se que em quasi todos se fazem notar.

Quem, passados os 50, os 60 e sobretudo os 70 anos não sente ou não revela crepitações ou estalidos nos joelhos?

Em quantos não é mesmo fácil palpar-se excrescências ósseas dos pratos das tíbias particularmente no bôrdo interno?

Mas de aqui até que esses males tomem proporções de doença ou afecção, pròpriamente artrótica, sem sobreposição episódica de surtos artríticos, conjunto este já muito mais vulgar, vai grande distância.

E ainda assim, mesmo consideradas afecções artró-

ticas, nós, pelo menos, não as temos encontrado em quantidade que nos assegurem o direito de as considerarmos um quadro nosológico bem marcado.

Outro tanto não sucede com uma afecção *artrito-artrótica de início*, própria da mulher na sua fase climatérica, que parece comandada pelos distúrbios endócrinos correlativos e que corre mundo com a designação dada por WEISSENBACH e FRANÇON — os que melhor a estudaram — de *Lipoartrite Sêca*, que os ingleses chamam «*climatéric-arthritis*» e MARAÑON Artropatia Climatérica Bilateral.

Porque as suas características são de acentuado predomínio artrótico resolvemos dar êste lugar à descrição sumária desta Gonartrose, por ser a mais digna de atenção pela sua importância na prática clínica e porque a sua terapêutica, à parte o lado predominantemente endócrino, serve-nos de modelo ao tratamento de tôdas as outras Gonartroses.

A Lipoartrite dos joelhos é sempre bilateral com predomínio mais ou menos notável de um lado. Inicia-se à volta da menopausa e é apanágio frequente das mulheres obesas ou, pelo menos, gordas ou pesadas.

Além de outros factores artrotogénicos, avultam os endrocrínicos, particularmente os ováricos e tiroideus.

Em regra, as suas portadoras foram sempre hipomenorreicas e um tanto hipotiroideicas.

A afecção começa por dores despertadas pelos movimentos, particularmente ao subir e mais ao

descer; engorduramento dos joelhos com formação de «novelos adiposos», dando a falsa impressão de derrames que não existem; as pernas tornam-se varicosas ou as varizes, já existentes, agravam-se e, enfim, os joelhos tomam uma atitude mais ou menos acentuada de joelhos valgus.

É da nossa observação a coincidência com a existência de *pés rasos*, muitas vezes com a planta coberta de largas e dolorosas calosidades a cobrirem a parte central da polpa da planta das articulações metatarso-falângicas.

O estado geral destas doentes é em regra perfeito.

O diagnóstico impõe-se. O prognóstico é de incurabilidade, mas não de invalidez total. A própria subvalidez pode ser morijerada, se a paciente se sujeitar a um tratamento cuidadoso, do qual faz parte um repouso, mitigado pelo andar muito moderado, marcado pelas reacções álgicas. Vamos concretizar o que fica dito com a seguinte observação:

M. L., 60 anos, solteira, de Sátão. Consultou-nos aos 53 anos por causa das suas dores e inchação dos joelhos, tudo mais acentuado do lado direito. Já aos 15 anos teve uma artrite do joelho direito que levou umas três semanas a curar. De resto, foi e é ainda muito saudável.

Seus pais sofreram do «reumático» mas morreram velhos. Um irmão morreu criança e há 6 irmãos todos saudáveis, à excepção de uma irmã, hoje de 40 e tal anos, que já sofreu de reumatismo generalizado, de que se curou.

Esta mulher foi sempre hipomenorreica, com a sua menarquia aos 15 anos e a menopausa aos 48, feita sem estranheza apreciável.

Nunca sofreu qualquer reumatismo dos joelhos, embora a sua profissão noutros tempos a obrigasse, por largos períodos, à esfrega das casas em que servia.

Foi aos 49 anos que começou a sofrer do joelho direito e, um ano depois, do esquerdo. Foram inchando, criando os «novêlos» e as pernas deformaram-se, não só por gordura como pelas varizes.

Trabalhou sempre e continua a trabalhar ainda, mas em progressivo aumento de sofrimentos, até vir consultar-nos.

A figura 11 mostra-nos a radiografia do joelho direito.

O seu estado geral é perfeito. Pesa 90 kilog. e mede 1m,55 de altura.

A marcha efectua-se com muita dificuldade; de noite tem freqüentemente dores, mesmo em completo repouso. Os movimentos passivos são muito limitados no joelho direito, relativamente amplos no esquerdo.

Ambos os pés são dolorosos espontâneamente, mas, sobretudo, quando de pé, ou à pressão sôbre as plantas que, aliás, se encontram cobertas por largas calosidades, que a trazem em constante peregrinação pelos calistas.

Os pés são rasos, quanto às arcadas transversais e de limitados vazios nas suas arcadas longitudinais.

O tratamento que lhe temos feito e com evidentes, mas minorados efeitos, porque continua a trabalhar, consiste no emprêgo freqüente da tiro-ovarina, via ingestiva, injeccões de lipiodol periarticular, correntes galvanâmicas e sinusoidais periarticulares também e quási constante uso de sulfonatron via endovenosa, e das peptonas iodadas.

\*

As Gonartroses não climatéricas, tão raras na mulher como no homem, obedecem à terapêutica geral das artroses-doença e não exigem aqui considerações especiais.



Fig. 11 — Revela-nos o pinçamento de tódã a interlinha articular, muito mais acentuado no prato interno da tibia com reacção fibrosa e salientes produções ósseas do rebórdo e do côndilo correspondentes. Vê-se também que na parte interna da articulação há tendência à anquilose, o que é mais privativo das artrites. Há assim artrito-artrose, com predomínio artrótico. No outro joelho há fenómenos análogos menos acentuados. Gonartrose duma mulher de 60 anos.



## Omoartroses — Reumatismo do Ombro — Periartrite da Espádua

A articulação escápulo-humeral, a mais mobilizável do corpo humano, tem entre as suas funções principais, a dos movimentos de tracção. É talvez por êstes dois caracteres anátomo-fisiológicos principalmente que a sua patologia é inadapável, quási sempre, às das outras articulações, não enfileirando a seu lado na constituição de um sistema, seja nosográfico, seja clínico ou terapêutico.

E tanto assim que, podendo ser atingida pelas espécies mórbidas de tôdas as outras, o é de modo especial, já pela raridade, já pela feição especial, e tão especial, que quási tomam aspectos novos.

Não aludiremos às artrites infecciosas, sejam do tipo BOUILLAUD, sejam de feição crónica, quando compartilham da síndrome das Poliartrites Crônicas Generalizadas, nem mesmo referiremos as suas artroses, tão pequeno vulto imprimem ao conjunto reumático daquelas modalidades; mas vamos estudar com um pouco de detenção, mínima para a extensão que a sua importância exigiria, a síndrome frequente e muito importante, clínica e até sociologicamente que domina tôdas as outras espécies e que sintetiza ou representa o verdadeiro *Reumatismo do Ombro*.

E, porque em grande parte êle se apresenta

«sêco» quanto à sinovial, e enfileira ao lado das artropatias dos velhos e porque, por muitos clássicos, a nosso ver, muito injustamente, o denominaram Omoartrose ou artrose do ombro, eis porque escolhemos êste lugar para dêle nos ocuparmos.

Acentuemos bem que o *Reumatismo do Ombro*, chamado também *Periartrite da Espádua*, é para muitos uma artrose, o que não é rigorosamente verdadeiro, e engloba o que de mais importante a Reumatologia abrange, no que há de relacionado com a *articulação escapulo-humeral*.

De que se trata, pois? *De uma síndrome traumática, muito mais vezes espontânea, própria dos cinqüenta anos ou da sua vizinhança; é uma afecção da menopausa, na sua essência, neuro-trófica, sem domínio de sexo, ou leve do feminino que, pelas dores e pela disfuncionalidade, invalida alguns meses ou até um ou dois anos; de bom prognóstico, se fôr bem conduzida a sua simples terapêutica. O seu fundo vasomotor manifesta-se em todo o membro superior, inclusive a mão.*

Fundamentalmente consiste numa miotendinite do bloco músculo-tendinoso dos ombros, com congestões dos tendões e suas bainhas e imediatas zonas da cápsula e ligamentos articulares e hipertonia muscular periarticular. Às vezes há também calcificações peri-tendinosas e da grande bolsa sub-acrômio-deltoideia, que sempre, mais ou menos, comparticipa do processo, bem como tôda essa massa celulosa subdeltoideia.

Vaga e complexa como é esta síndrome nas suas patogenia e fisiopatologia; como a articulação interiormente fica inatingida, com certa razão os autores modernos lhe restituíram a designação dada pelo PROF. SIMON DUPLEY, que para o seu tempo — 1873 — fêz da afecção uma descrição clínica magistral e clássica, designação pela qual ela é hoje também mais comumente conhecida: a de **Periartrite da Espádua**.

**Sintomas.** — Habitualmente inicia-se por dor surda ou levemente aguda no ombro, quasi sempre ao acordar pela manhã, e certa dificuldade dos movimentos do braço, sobretudo em levá-lo para trás e para dentro, bem como elevá-lo acima do horizontal. Isto intensifica-se progressivamente e em poucos dias a violência das dores, sobretudo de noite, *sem posição* para dormir, constitui uma situação dramática, mormente porque, em grande percentagem, os seus pacientes são neuro-artríticos e *prêsa de angústia e grande excito-depressão psíquica*. Não tarda a aparecer *edema duro* desigualmente distribuído pelo braço e pelo antebraço, tomando proporções notáveis na mão, esta geralmente fria, inerte, semiflectida, lembrando muito as síndromes neuro-reflexas de BABINSKI e FROMMENT.

Ao cabo de algumas semanas os músculos do coto da espádua atrofiam-se, ao mesmo tempo que a articulação se *fixou*, prendeu, ficando inapta para quaisquer movimentos próprios, que não devem con-

fundir-se com os que se efectivam em bloco à custa das articulações claviculares.

Nas formas de origem traumática, o trauma pode não ser violento, ter lugar em pontos diversos do membro, às vezes limitar-se a uma contusão de um dedo, do carpo, etc.

Vê-se, pois, que tudo depende *do terreno*, que habitualmente é tido como o de um neuro-artrítico com hereditariedade gotosa, portador mesmo de leves hiperuricemias. A profissão ou o modo social de viver parecem de pequena influência.

Os sinais descritos e a idade dos pacientes conduzem-nos facilmente ao diagnóstico da Periartrite da espádua. Ha, porém, casos mais leves, de menor vulto sintomático com permissão de alguns movimentos, e êsses poderão confundir-se com as cérvico-braquialgias, irradiações simpatálgicas do *Reumatismo Vertebral* cervical, que aliás pode juntar-se-lhes, o que não temos visto senão excepcionalmente.

Estas simpatalgias, porém, não originam edemas, nem distermias e consentem amplos movimentos articulares incompatíveis com a periartrite.

Tratamento.—Quando os fenómenos são muito intensos, a dor, sobretudo, uma vez estabelecido o diagnóstico de Periartrite da Espádua, só as *infiltrações peri-articulares de Novocaína* (em sôro fisiológico 1 para 200 ou 300), nas doses de 10 a 40 centigramas de novocaína por cada infiltração.

Esta faz-se por numerosas picadas no perímetro da articulação escápulo-humeral, tendo sempre em vista atingir as zonas da cápsula mais próximas dos tendões que com ela estão relacionados, sobretudo o músculo supra-espinhoso, que é o de papel mais manifesto.

As infiltrações são, a princípio, quotidianas, depois 3, 2, 1 por cada semana, em harmonia com a evolução do mal.

Há para nós outro meio de acção tão importante como o anterior, desde que consentido: é a maçagem de todo o membro, mais acentuada e progressiva (para melhor tolerada) do braço e do côto do ombro.

A iodoterapia e os analgésicos têm o seu valor adjuvante.

Quando os pacientes oferecem, o que é vulgar, *simultâneos estados neuropsíquicos* excito-depressivos, às vezes melancoliformes acentuados, êles devem ser objecto do nosso maior cuidado.

Geralmente os fenómenos somáticos e os psíquicos seguem evoluções paralelas.



## V

# REUMATISMO VERTEBRAL

### Noções gerais

As afecções de ordem reumatológica referentes ao Ráquis não justificariam a construção de um agrupamento à parte, se não fôsem as suas vastidão, frequência e importância, esta individual e social, e, ainda não tanto em si, como pelas conseqüentes e variadas síndromes neurológicas que determinam êsse filão interminável das grandes pseudo-nevralgias.

Clínica, biológica e radiològicamente êstes reumatismos possuem caracteres fundamentalmente análogos aos das articulações dos membros. Ainda assim, a anatomia e a fisiologia da coluna vertebral impõem-lhes especial feição.

Efectivamente, aqui se encontram as artrites, as artroses e as artrito-artroses; participam quasi sempre das Poliartrites Crônicas Generalizadas e das Poliartroses, e, até, as artroses vertebraes são geral-

mente anteriores às dos membros e, à parte as Coxartroses, muito mais numerosas e ostensivas.

Devemos acentuar bem que as artrites vertebrais, que se podem também denominar *Espondilartrites*, *Espondilites* ou *Raquiartrites*, oferecem apenas ou o aspecto subagudo, ou, em grande maioria, o crônico, mesmo até as específicas e secundárias e quasi privativas, como as melitocócicas e as ebertianas, e comprometem em maior escala o aparelho ligamentoso, criando verdadeiras ligamentites, ao contrário do que se dá nas articulações dos membros, em que aquêlé é muito poupado.

Como com outras espécies, aqui estudaremos as artrites, as artroses também denominadas *Espondilartroses*, *Espondiloses* ou *Raquiartroses* (1), e das formas clínicas apenas vão ocupar-nos aquelas que a experiência nos mostrou mais dignas da nossa atenção, pelo seu número e pela sua importância.

Precisamos, para um bom exame clínico, não esquecer estas regras principais: — O doente estará nu, quando possível, de pé, a luz a cair obliquamente sobre o dorso para bom destaque dos relevos e das reintrâncias da coluna vertebral, das eminências musculares bilaterais e da rigidez reflexa. Para a flexão do tronco, ordenar-se-á a queda dos membros supe-

---

(1) Já deixamos bem esclarecida esta destrição entre artrites e artroses, e não é no Ráquis que estas últimas tomam o menor vulto, antes, até, a maior e mais freqüente e visível realidade.

riores e da cabeça para impedir tôda a contracção de defesa.

No caso de suposta ciática, o paciente fica sentado em banco, para liberdade dos movimentos, tais como os da lateralidade do tronco, em pêndula invertida, para se ver o redondo ou o anguloso do desvio da coluna e avaliar o seu grau e a altura a que se faz a incurvação.

Para o paciente deitado, utiliza-se um leito rígido ou mesa almofadada; os ombros ficam ao nível do bordo, para liberdade dos movimentos do pescoço a realizarmos, com a mão direita no mento, e a esquerda no vértice do crânio.

Para efectuarmos as manobras de MENNELL, para a semiose das artropatias lombo-sacras e sacro-iliacas, deitaremos o paciente de dorso, levantá-lo-emos pelos cavos poplíteos para as primeiras, e de lado, com um membro inferior màximamente flectido, perna sôbre a coxa, esta sôbre o abdómen, o joelho prêso pelas mãos do examinando, o outro seguro pelo observador, que assim o afastará em forte abdução e em extensão sôbre o dorso.

Nos desvios vertebrais escolióticos convém marcar a lápiz dermatográfico as espinhas vertebrais posteriores.

A dor à pressão provoca-se ora com os polegares, ora com o martelo de reflexos, incidindo sôbre a linha espinhosa ou em linhas paralelas, a dois ou três centímetros daquela, a premir assim os corpos das vértebras no sentido desejado.

\*

**A nossa discordância com a interpretação clássica do sintoma dor irradiada de origem vertebral.**

Quer as Espondilites, quer as Espondiloses têm como principal sintoma dores irradiadas, ora em cintura no tórax e no abdómen, ora pelos membros, as primeiras de modo constante, as segundas episódicamente, e elas constituem a grande maioria das chamadas nevralgias ciáticas, fémuro-cutâneas, abdómino-genitais, intercostais, cérvico-braquiais, etc.

Êstes sintomas revestem alta importância como caracteres clínicos dos Reumatismos Vertebrais, e, sobretudo, pelo aspecto de entidades individualizadas que tantos sofrimentos e perturbações acarretam aos seus portadores.

Julgámo-los de tão elevado relêvo clínico e especulativo, que nos sentimos obrigado a um leve desvio da rota do objectivo essencial do presente capítulo, para lhes referirmos a *nossa discordância* completa sobre a sua interpretação clássica.

A nosso ver, traduz um erro de fisiologia tão universalmente estabelecido e consagrado que, a despeito de o pensarmos há muitos anos, só êste trabalho nos encorajou à reacção.

Êste enorme agrupamento da Neuro-patologia deu

muito que fazer a inúmeros investigadores e clínicos, sem acôrdo relativo à sua natureza.

Contemporâneas são as noções das radiculalgias (radiculites para DÉJÉRINE) e mais recentes ainda as das funiculites, engenhosa concepção de SICARD.

Com elas a questão pareceu resolvida e, mormente o funículo, tudo tem explicado, isto com o consenso geral ou com pequenas divergências.

Nunca compartilhamos tal modo de ver e o decurso de vasta observação levou-nos à opposição.

Em monografia própria esplanaremos o pleito; aqui sumariamente o abordamos.

Como pode admitir-se que uma afecção radicular ou funicular — de *posição central* — possa criar uma manifestação álgica *periférica*, isto é, em que o sentido da corrente nervosa sensitiva se efectue do centro para a periferia, que seja *centrífugo*, em vez de se fazer em sentido contrário, da periferia para o centro, como é elementar noção fisiológica?

Pois não são as dendrites ou prolongamentos protoplásmicos os constituintes das fibras nervosas, de cujo enfeixamento se criam os nervos sensitivos?

E não são aquelas centrípetas em relação ao corpo do neurónio, de que os cilindreixos são as vias centrífugas?

Como, pois, se podem admitir as nevralgias ciáticas, crurais, intercostais, etc. ? por compressão ou mesmo por irritação do funículo, determinadas por processos inflamatórios dos buracos de conjugação, até por processos mais interiores — os radiculares ?

E, por outro lado, como se compreende que os nervos mistos — e são-no todos os raquidianos — num processo de compressão funicular não se façam acompanhar de paralisias ou mesmo de paresias bem mais acentuadas do que aquelas que *uma ou outra vez* se vislumbram nos respectivos músculos, por êsses feixes motores cilindreixicos, de neuro-fluxo centro-periferia ?

Não. Êsses fenómenos, aceitos sem protestos ou reparos, facto que nos volve atónico ao meditá-lo, devem ter outra interpretação.

Pensamos que tôdas essas algias, e tantas têm passado pela fieira da nossa observação, outra interpretação devem merecer.

Ao sistema autónomo deverão a sua existência e, como tais, há muito as consideramos e, para isso, aduziremos algumas das principais razões :

1.<sup>a</sup> — Elas não ocupam de ordinário o campo limitado às áreas que a Fisiologia atribui a cada nervo sensitivo, nem se acomodam às suas topografias radiculares. Ou são mais vastas, ou mais restritas ou mais vagas.

2.<sup>a</sup> — Os seus paroxismos são de feição simpática, como o é a tonalidade queimante das dores que muito lembram e às vezes imitam as causalgias de WEIR-MITCHEL.

Os pontos de VALLEIX são muito falíveis ou até inexistentes e os tratamentos tópicos geralmente ineficazes.

3.<sup>a</sup> — A acção do «Psíquico» nas suas exaltações,

poderemos mesmo dizer, na sua gestão, bem como no seu minoramento é indiscutível, o que bem traduz as estreitas relações entre os dois sistemas — psíquico e autónomo.

Isto, que é moeda corrente entre os especializados, foi do domínio público (não interpretado, é claro) nos lamentáveis tempos das «*assuéricas*» de 1929, que deram incontestáveis e numerosas curas, não de mera sugestão, mas de simpácticoterapia segura.

4.<sup>a</sup> — A acção terapêutica, tantas vezes frutuosa, das picadas pára-vertebrais de liopodol, de novocaína, de sôro fisiológico, por vezes tão mal ordenadamente feitas, não parece ter outra explicação.

5.<sup>a</sup> — Um facto que parece certo, é o de a «Zona» ter a sua origem no gânglio simpático intraraquidiano.

Ora, a Zona é muito semelhante, quanto à dor, a muitas destas algias, tanta a sua semelhança, que se nos afigura podermos dizê-las «Zona» *sem erupção*, como a «Zona», algia eruptiva.

Êste forçado paralelo, como tôdas as outras razões referidas, tudo aliado à sua feição caprichosa em aspectos, rebeldia e obediência e desobediência terapêuticas, induzem-nos a invocar, para a explicação das pseudonevralgias de origem raquidiana, êste nervo-mistério que tudo faz e desfaz na biologia humana — o nervo simpático — ou antes o sistema autónomo, e permitem-nos deduções higiénicas e terapêuticas de real valor, como noutro lugar será visto.

Mas, a dor é uma projecção — *A dor dos membros ou segmentos fantasmas* (já ausentes por desastre ou operação cirúrgica) não carece de nervos condutores, diz-se. Mas essas são fruto da *memória*, são obra do passado. Não são assim as algias que nos ocupam agora. As algias *do presente*, exigem vias de condução e, a prová-lo, quanto a nós, está o valor das *infiltrações ganglionares* no corte passageiro ou definitivo de tais dores.

### A) Espondilites

Convencionado, como ficou, que reumatismais não são senão as afecções articulares do fôro médico, excluídos assim o Mal de Pott e, enfim, todos os processos inflamatórios que conduzam à supuração ou à necrose e os de origem macrotraumática, e, arredados os processos degenerativos — as Espondiloses — marcado fica o âmbito das Espondilites.

São afecções freqüentes, muitas vezes associadas às artrites dos membros, mas freqüentemente com feição independente e primitiva.

São parciais em maioria; mas há pelo menos uma importante síndrome, que se pode dizer total, ao diante descrita.

Umaz vezes secundárias a infecções conhecidas, outras criptogenéticas, elas revestem, por assim dizer sempre, o feitio de subagudas ou crônicas.

Evolucionam para a cura ou para a anquilose,

para o que são aptas as pequenas articulações inter-apofisárias, sua sede principal, dada a limitada mobilidade natural destas.

O aparelho ligamentoso tem grande tendência à calcificação, ao contrário do que acontece nas articulações dos membros, onde é muito poupado.

As Espondilites parciais são muito freqüentes no Ráquis dorsal, no cervical e nas articulações sacro-ilíacas; menos freqüentes no lombar, onde, aliás, as Espondiloses são freqüentíssimas e episòdicamente complicadas de processos inflamatórios (artroses-artrites).

A junção das zonas afectadas pode interessar todo o Ráquis, sem que isso, por falta de determinados caracteres, constitua a síndrome de STRÜMPPELL-MARIE.

Os seus sintomas são dores raquidianas espontâneas e agravadas pelos movimentos, êstes limitados, e quási sempre acompanhadas de relêvo rígido dos músculos das goteiras. A pressão sôbre as espinhas, bem como, lateralmente, sôbre os corpos das vértebras, causa dores fortes, mormente se determinar movimentos de luxação, e, sempre, o espirro ou a tosse irritam ou agravam as zonas raquidianas correspondentes, criando as algias, a que atrás nos referimos e que são ora cérvico-braquialgias, ora intercostalgias, lombalgias, ciatalgias, etc.

As radiografias não revelam, nas fases recentes, mais do que descalcificações vagas.

Nas fases avançadas, mostram as sombras das anquiloses inter-apofisárias tão paralelas, que formam feiras em forma de *linhas de via férrea*.

É claro que nas calcificações dos grandes ligamentos, surge a feição parcial, mais ou menos extensa, das radiografias da síndrome de STRÜMPELL-MARIE.

A causa é umas vezes conhecida; trata-se das espondilites melitocócicas, ebertianas, gonocócicas, tuberculosas ou sifilíticas; as primeiras de diagnóstico mais fácil, as últimas bem mais difíceis de diagnosticar.

Em todos os casos, provada a noção de secundariedade, seguindo as regras gerais, referidas nos capítulos correspondentes àquelas espécies reumatismais, o caso simplifica-se.

E, no concernente a terapêutica, ela depende da evolução das infecções-causa e, localmente, de um tratamento análogo em tôdas as espécies.

O calor pela areia quente, recurso doméstico, e pelos raios infra-vermelhos e pela diatermia é, geralmente, muito proveitoso.

A maçagem, a revulsão pelas correntes franklínicas e até pelo pincel farádico, e tudo isso com uma boa dose de psicoterapia, tem bom sucedimento.

Nos casos rebeldes a piritoterapia pelo caseal-cálcico, pelo leite, pelo Dmelcos encontra indicações. Usamos também as vacinas denominadas anti-gonocócicas, não como valor específico, mas geral.

Há, porém, um largo número de Espondilites parciais de que se não encontra a causa.

São criptogenéticas e, ou são simultâneas com as Poliartrites Crônicas Generalizadas, ou revestem o papel de bácia com as artrites dos membros, isto é, vêm por episódios, como episòdicamente vêm as das outras articulações.

O seu tratamento, além do que atrás dissemos para as Espondilites secundárias, reclama geralmente os sais de ouro, pelas formas já referidas.

É claro que a prova da sedimentação pelo WESTERGREEN, como as radiografias, nos dão seguros indícios da evolução íntima do mal, tantas vezes dissimulado pela sintomatologia clínica e, muitas vezes, pelos exageros desta.

São quási sempre infecciosas ou dessa feição, mas algumas observações temos de Espondilites gotosas, identificadas pelos tipos biológicos, pela terapêutica e até, menos seguramente, pelos dados uricêmicos.

É dever acentuarmos a necessidade de um tratamento, com tôda a perseverança, destas Espondilites, porque, pelo seu conjunto, elas podem trazer a invalidez e, ainda, porque podem ser o início da grave síndrome, que a seguir estudamos, que pode evitar-se com medidas oportunas.

\*

## Síndrome de Strümpell-Marie ou Espondilite Anquilopoiética

Observação 1.—J. C. P., de 36 anos, capataz de obras de cimento armado, consultou-nos em 1934 pela primeira vez, por indicação do colega DR. DIAS DE AZEVEDO, de Ribeirão — Famalicão.

Homem robusto, pícnico, enérgico, tivera sempre boa saúde e nada há de particular nos seus ascendentes e descendentes. Quando, na data referida, se construía a ponte da Trofa sôbre o rio Ave, expôs-se por longo tempo às umidades, ao frio, a tôdas as intempéries e então começou a sentir dores no Ráquis dorsal e no tórax posterior, agravadas pela tosse ou pelo espirro, pelos movimentos, sobretudo, e com feição de caimbras costais.

O repouso em decúbito dorsal dava-lhe alívio.

Muitas fricções e aplicações de calor algum beneficio passageiro produziram.

Havia raras febrículas vesperais; o estado geral debilitara-se, o apetite e a aptidão para o trabalho diminuïram.

A pressão sôbre as vértebras 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup>, 5.<sup>a</sup>, 6.<sup>a</sup> e 7.<sup>a</sup> dorsais, era dolorosa.

Assentamos no diagnóstico de Espondilite crónica e applicamos o piramidão (2 gramas por dia) com os melhores resultados.

Seguiu-se o emprêgo do iodo, sob a forma de iodeto de sódio intramuscular durante semanas. As melhoras mantiveram-se.

Dois anos depois, dirigia a construção do Frigorifico do Bacalhau no Pôrto, à margem do rio Douro.

Então voltam os antigos padecimentos, mas mais extensos; atingiam todo o Ráquis dorsal e cervical inferior; havia rigidez do dorso, grande limitação dos movimentos.

Prevenimos o doente do perigo que o ameaçava, mas só

em 1937, quando o trabalho se lhe tornou quasi incompatível com a sua habitual perseverança, pelas dores e pela fraqueza geral, com temperaturas de 37°,5 e 38°, veio ao nosso consultório, onde foi tratado pelo calor, pelo salicilato endovenoso, e pelo piramidão. Ao cabo de 30 sessões, muito melhorado, retomou as suas funções.

Em 1938, em passeio de bicicleta, caiu, com a nádega direita sôbre uma pedra e daqui resultou largo tempo de repouso no domicilio.

Em 1939 foi para Lisboa construir o Frigorífico do Bacalhau, à beira-Tejo — Doca de Alcântara.

Repetem-se e progridem os sofrimentos antigos, mas com extensão para o Ráquis lombar e *anca direita*.

Voltam as febrículas e o mau estado geral, mas o doente continua a dirigir as obras, e, quanto a tratamento, os clinicos da Empresa assistiam-no assiduamente; mas J. P., sob a imposição dos engenheiros e por desejo próprio, volta ao Pôrto aos nossos cuidados.

Já todo o Ráquis, excepto o cervical superior, era rígido, quasi immobilizável bem como a articulação coxo-femural direita, sendo dolorosa, ao mover-se, a do lado esquerdo.

A síndrome de STRÜMPELL-MARIE ou Espondilite Anquilopoiética (ainda impròpriamente designada por muitos por *Espondilose Rizomélica*) era manifesta e a figura 12 bem o patenteia.

Foi submetido à crisoterapia pelo solganal, aos raios infra-vermelhos incidentes na articulação coxo-femural (para tentar sustar o processo) e retirou para Lisboa com óptima disposição, sem dores, ou leves ao mover-se, e a nossa conduta é bem recebida pelos clinicos da Empresa e por outros colegas lisboenses que, a nosso conselho, consultou.

Persistiu, embora sem regularidade precisa, no tratamento pelo ouro e pelo iodo e em meados de 1941, época em que de novo nos consultou, o seu estado mantinha-se por forma a esperarmos a sustação do mal e um pouco de libertação dos movimentos.

Nenhum foco reumatogénico foi possível descobrir-se; a reacção de WESTERGREEN mostrou uma aceleração apenas de 20 mm, à 1.<sup>a</sup> hora (DR. NETO PARRA) no último exame, havendo acusado 32 mm, um ano antes. O sangue revelou 0,08 0/0 de ácido úrico.

O seu traumatismo parece ter apressado a formação da artrite coxo-femural direita.

Observação II. — R. H. L., de 40 anos, de Tondela, consultou-nos em 1939, já com a síndrome constituída: inteira rigidez de tóda a coluna vertebral, e das coxo-femurais e já manifesta também nas escápulo-humerais sobretudo à esquerda. Estado geral mau, apetite reduzido, fraqueza acentuada, còr pálida e 37,3 às 15 horas. Quási não tinha dores raquidianas nem torácicas; sentia-as leves nas ancas e mais acentuadas nos ombros, sobretudo ao mover-se.

O doente era uma peça inteiriça; não se sentava, e, no auto que o conduziu, vinha inclinado sòbre almofadas.

O seu mal iniciara-se aos 30 anos. Foi progressivamente anquilosando-se a partir da região lombar, invadindo por completo o Ráquis, depois as coxo-femurais e, por fim, as raizes dos membros superiores.

Submetido a numerosos tratamentos tanto na sua residência como até em grandes centros, a tudo foi indiferente.

A evolução fêz-se por alternativas de exacerbações e acalmias. O seu temperamento neuro-artrítico, as suas exaltações estivais, a sua euforia relativa e alta uricopoiese, bem como algumas manifestações gerais, levaram-nos a prescrever contra as crises um licor com cólchico e, durante as acalmias, o iodo, o cálcio, a lixantine, o urol e um regime alimentar misto, mas hipoazotado.

Todo êste conjunto e uma acentuada psicoterapia têm sido muito proveitosos, visto não mais ter voltado qualquer exaltação subaguda e ter-se obtido alguma mobilidade dos membros inferiores, compatível com o andar sòzinho apoiado a uma bengala, o que há muito não fazia senão amparado por outra pessoa. Os membros superiores movem-se com grande amplitude,

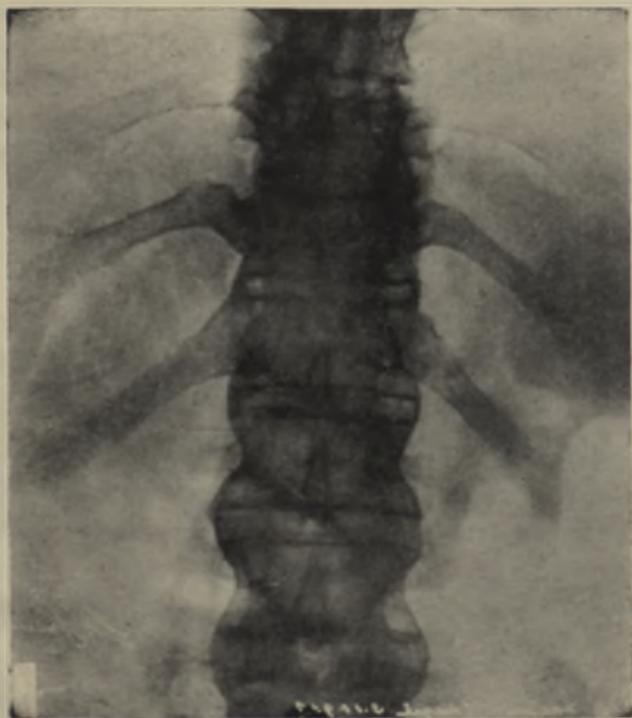


Fig. 12 — Vê-se nesta radiografia o clássico e inconfundível «*Bambu raquidiano*». Homem de 36 anos com síndrome de STRÜMPELL-MARIE.



Estas duas observações deixam apreender os caracteres morfológicos desta grave síndrome, que, aliás, consiste numa poliartrite evolutiva especial, pela sua restrição constante à coluna raquidiana e às articulações das raízes dos quatro membros.

São interessadas as pequenas articulações inter-apofisárias e calcificados os grandes ligamentos vertebrais. É um dos sinais mais característicos esta verdadeira *ligamentite* bem visível nas radiografias.

A síndrome de STRÜMPELL-MARIE é muito freqüente, mesmo entre nós, e quasi privativa dos homens e das idades dos 20 aos 40 anos, e, pela invalidez total que acarreta, muito grave no duplo ponto de vista individual e social. Hoje julgámo-la evitável, se tivermos o cuidado de combater enèrgicamente qualquer Espondilite parcial e, por isso, indispensável se torna ligar tôda a atenção às raquidiopatias inflamatórias, cedo reveladas pelas dores locais e irradiadas; pela rigidez dos músculos laterais, às vezes em curvatura com disposição de corda de arco; pelo WESTERGREEN aumentado e pelas radiografias, denunciadoras de sombras em linhas de via férrea.

Se, pois, o tratamento destas, já referido, fôr ineficaz, é preferível julgarmo-nos diante da Espondilite Anquilopoiética e providenciarmos com perseverança segundo as regras ao diante citadas.

MATHIEU PIERRE WEIL chama a atenção para uma artrite sacro-iliaca bilateral, só desvendada pela radiografia, que acompanha as Espondilites ligamentosas fragmentares, quando elas vão evolu-

cionar para o STRÜMPELL-MARIE. A nossa observação não o confirma ainda.

Por nossa parte não podemos dar crédito aos que atribuem esta afecção à gonococcia, à tuberculose; cremo-la infecciosa, mas criptogenética.

Um factor de ordem pessoal, como em tôdas as outras espécies reumatismais, há-de ter importância primacial. Como elementos etiopatogénicos associativos, um se nos afigura valioso, a despeito da sua paradoxal feição metabólica. Os doentes são, fora das crises mais dolorosas, bastante eufóricos, frequentemente pícnicos, quasi todos hiperuricémicos e, nos períodos mais inflamatórios, bastante obedientes ao cólchico.

É um dado de observação nossa sem pretensão alguma, pois tôda a discussão tem sido infrutífera, ao tentar criticar-se a natureza ou a essência do mal.

Tratamento. — Visa duas indicações principais: combater a flogose articular e, nos períodos de calma, promover a mobilização progressiva.

Quanto à primeira, devemos impor o repouso total, a alimentação hipoazotada, um regular agasalho contra as umidades e o frio ou o calor excessivos. Medicaremos pelo piramidão alternado com cólchico, quatro dias cada um; o primeiro na dose quotidiana de 3 a 4 gramas, o segundo na de meio a um grama de tintura. O calor pela areia quente, a incidência dos r.os infra-vermelhos e até os banhos de parafina têm plena oportunidade.

Nos períodos silenciosos far-se-á a mobilização progressiva da região dorsal afectada bem como das articulações rizomélicas e prescrever-se-ão alternadamente o iodo e os uricolíticos, o primeiro, sob a forma de lugol brando e os segundos sob a de preparados de litina ou de especialidades, tais como a piperazina, o uroclásio, a lixantine, o urol, o uroxol e tantos outros equivalentes.

Uma vez mais repetimos o valor notável de uma boa injunção psíquica e da boa orientação da vida dos doentes, a despeito mesmo dêstes anquilopoiéticos serem dos mais conformáveis, o que talvez em parte se explique pelos seus poucos sofrimentos dolorosos, o que depende da imobilidade articular. De resto, o seu provável fundo neuro-uricémico, já referido, um tanto contribuirá para a sua resignada disposição.

## B) Espondiloses

Também chamadas Espondilartroses ou Raquiartroses, são um padecimento universal dos velhos e até das pessoas de meia idade, sem predilecções climáticas nem sociais e representam um franco elemento da nossa involução.

Pela disposição anatómica das articulações e, dado que as cartilagens não têm nervos, elas nascem, avançam e progridem num relativo silêncio, sobretudo nos leigos, enquanto os seus únicos sinais não vão além de vagos estalidos e de mal sentidas crepi-

tações, tanto mais que os movimentos são livres como em tôdas as outras artroses simples, isto é, sem grandes alterações morfológicas de neoformação óssea, ao contrário das Espondiloses deformantes.

São afecções não inflamatórias, mas degenerativas, irreparáveis. Têm o seu início e a sua sede principal nas cartilagens e invadem depois as superfícies ósseas subjacentes e só, episòdicamente, comprometem a sinovial.

Pôsto que não invalidem tão freqüente e totalmente como determinadas Espondilites, como estas, aquelas merecem bem particular menção, mesmo porque, pelo seu número incomensurável e pela vastidão das suas conseqüências, avolumam notavelmente o grupo reumatismal raquidiano, cuja independência de exposição deveras justificam.

Marcam além disso valioso padrão da fisiopatologia humana, pela explicação que trouxeram à existência confusa e errónea de muitas perturbações do género das já referidas em relação às Espondilites, e, até, pelo lado social, sob o ponto de vista jurídico, pela grande contribuição que prestam ao bem-estar da sociedade.

Depreende-se bem do que fica dito qual seria a latitude da Obra que englobasse todos os elementos úteis e aliciantes que o complexo problema das Raquiartroses abrange, e que muito nos custa encarar dentro de tão estreitos limites.

A sua etiologia continua ainda em plena discussão. Não vamos emitir opinião, mas não deixamos

por isso de referir uma nossa concepção, pelo menos para base orientadora e hipótese de trabalho.

Visto que a idade é um dos grandes factores genéticos, já que a velhice, desde as suas fronteiras, implica determinados distúrbios neuro-endócrinos, dado que a senilidade é apanágio da angioesclerose e um dos seus melhores tratamentos se obtém com o iodo ou seus derivados, como em tôdas as artroses, pensamos que as Espondiloses resultam em parte dos desgastes funcionais das cartilagens, aliás, irregeneráveis, aliados às insuficiências nutritivas das epífises ósseas, que, por imbebição, as nutrem depois dos 25 anos de idade, a não ser pela circulação periférica, e, assim tôda a esclerose arterial, mais ou menos precoce, consoante as disposições individuais, muito deve contribuir para esta involução articular.

Como nos estudos das artroses dos membros, também nas do Ráquis fazemos a distinção em Espondiloses simples e Espondiloses deformantes.

As primeiras justificam-se por as neoformações ósseas serem de pequena importância, ao contrário das segundas, em que essas neoformações ou *osteófitos* atingem alto destaque. Sem dúvida as Espondiloses Deformantes são de importância incomparavelmente maior, sob qualquer aspecto que se apreciem as artroses raquidianas; praticamente, as primeiras pouca atenção merecem às ambições do nosso trabalho. Aludiremos apenas às cifoses dos velhos e às escolioses das idades maduras.

Consistem em incurvações de raios amplos, bem

diferentes das gibosidades tuberculosas em bico, no sentido frontal e lateral respectivamente.

As meniscas são deprimidas especialmente do lado côncavo e comprimidas, com tendências à formação óssea de bicos reaccionais, cuja finalidade é a de manterem defensavelmente, por alargamento do campo de sustentação, as vértebras imediatamente superiores — fenómeno constante em tôdas as tendências ao desequilíbrio vertebral determinado pela inclinação.

Estas incurvações, sobretudo as cifóticas, devem-se, em nosso entender, aos desgastes ou desagregações funcionais, aliados à hipotonia muscular, para tudo o que, muito devem contribuir os distúrbios endócrinos da senilidade, sobretudo os que levam à indiferença, ao abandono, à indefesa do aprumo de atitude, que os válidos e novos sempre se esforçam por manter.

E, com êste critério, agimos na respectiva terapêutica, aconselhando a ginástica, os cuidados com a atitude, por vezes o emprêgo de aparelhos ortopédicos e, sobretudo, gastamos larga medicação hormonal.

### **Espondiloses Deformantes**

Outra é a importância dêste grupo reumatismal raquidiano que consiste em alterações dos corpos das vértebras e resulta, acentua-o, entre outros, ANTON FISCHER, da insuficiência funcional do Ráquis

por desagregações primitivas das meniscas e das exigências funcionais.

Sob o ponto de vista anátomo-patológico as vértebras sofrem manifestas alterações na sua architectonia interior e também nos bordos, formando-se sucessivamente rebarbas e bicos e, da união destes, verdadeiras pontes de umas para as outras vértebras, assumindo algumas, grandes proporções, com sombras radiográficas inteiramente caprichosas, a maior parte das quais em bico de papagaio (fig. 14).

Podem existir silenciosamente, mesmo em casos de volumosos osteófitos, e começam a revelar-se ou por limitação dos movimentos (*nunca rigidez completa*), ou, episódicamente, por dores cujas natureza e feição adiante referiremos.

Radiològicamente notam-se as vértebras diminuídas de altura, estreitadas no centro e alargadas nos bordos, encimados êstes por bordaletes totais ou parciais, dando-nos a impressão dos bicos e das pontes já citados.

As vértebras têm assim o feitio desses brinquedos do jôgo chamado «diavolo». As meniscas são muito diminuídas no volume. Há, assim, grandes diferenças entre elas e as das Espondilites, mesmo nas fases avançadas destas, consideradas por alguns como artroses secundárias, mas com calcificação dos grandes ligamentos e manutenção sensível das formas normais.

Causas. — As Espondiloses são freqüentísimas, podemos dizer uma vez mais, que formam a maioria

dos tipos reumatismais de tôdas as espécies nosológicas e variedades articulares. Ocorre-nos mesmo a possibilidade de dizermos que elas mantêm um tal ou qual paralelismo com as angioescleroses em geral, frutos umas e outras sobretudo da fatal involução humana.

Além desta causa natural devemos lembrar o valor etiológico determinante dos microtraumatismos funcionais, profissionais e de repercussão por anomalias a distância, tais o pé raso, o joelho valgo, etc., (lei da unidade estática) e, como em todos os outros departamentos nosológicos, de indeterminados factores doutra ordem, de carácter individual.

Embora não sejam o pretexto de totais invalidezes, como o são certas Espondilites, as Espondiloses são muito perturbantes, não pelas alterações do estado geral, que por elas nada é influenciado, mas pelos embargos motores e, sobretudo, pelos *sofrimentos dolorosos* que originam, e cuja patogenia, a propósito das pseudo-nevralgias de origem espondilítica, já referimos com certa amplitude, e que, no caso das Espondiloses, revestem inteira analogia.

As dores nos espondilóticos. — Sem dúvida que é o sintoma dor que merece maior relêvo, particularmente aos clínicos, porque êle representa, a maior parte das vezes, a única determinante do recurso que os pacientes pedem à medicina. Ora as dores de origem artrótica são privativas da *movimentação* dos segmentos ou peças ósseas respectivas e é mesmo



Fig. 13 — Nitida Espondilose Deformante *Cervical*  
com «ponte» completa entre a 3.<sup>a</sup> e a 4.<sup>a</sup> vértebras  
cervicais. Senhora de 66 anos.



uma característica. Como, pois, se explicam a frequência e a intensidade dos períodos dolorosos dos espondilóticos, sob a forma de dores espontâneas alternadas com fases silenciosas, numa afecção, cujas lesões são irreparáveis e sempre mais ou menos lentamente progressivas? Nós pensamos que em tais circunstâncias um *episódio de artrite se enxertou* sobre o processo da artrose; êste continua a avançar, aquêle desaparece, para voltar, como é corrente na prática clínica.

Assim estabelecidos em conjunto, êstes processos mórbidos criam verdadeiras *artritoartroses*, bem aceitáveis, se nos lembrarmos da existência das conhecidas simbioses patológicas desta feição, uma das quais é a lipoartrite dos joelhos, ligada ao climatério. Êste é o nosso modo de ver e a determinante do correlativo modo de agir.

E é assim, que, ao assistir um espondilótico, não esqueçamos estabelecer um tratamento, por assim dizer definitivo, da parte artrótica e, episòdicamente, nos tão freqüentes surtos artríticos, a correlativa terapêutica, como se de espondilartrite isolada e primitiva nos tivéssemos de ocupar.

Explicada assim a existência dos sintomas dolorosos nas Espondiloses, quanto à natureza e gênese das algias irradiadas, nada temos a acrescentar ao que já dissemos anteriormente no concernente às Raquiartrites, mesmo sob o ponto de vista da nossa discordância com o modo de ver clássico e geral.

FISCHER explica muitas destas algias como mialgias secundárias e isso tem aparências sedutoras.

Não concordamos. E, se não podemos fazer opposição cerrada, um facto típico nos pode servir de pretexto generalizador em desabono daquela hipótese, aliás, bem inconsistente por falta de justificação *à priori* e de contraprova terapêutica.

Quando nos disserem que certa dor é uma mialgia, ela deve exagerar-se pela distensão do respectivo músculo.

Imaginemos, por exemplo, as algias nadegueiras. O LASÈGUE não exclui a afecção muscular, por essa massa nadegueira sofrer também da distensão algogénica.

Ora, um meio temos de eliminar a mialgia, quando efectuamos a prova de LASÈGUE. Basta fazer-se a flexão da perna sobre a coxa. Houve assim a distensão do músculo, sem haver a distensão do nervo.

Se a algia desapareceu, e só reaparece com a perna em extensão, é porque o músculo não está comprometido, mas sim o nervo.

Ora, é isto mesmo que em geral acontece com as algias irradiadas das Espondiloses Deformantes lombo-sacras.

Ao contrário do que vemos em literatura variada, muitos casos temos observado de Espondilose Deformante *cervical* (fig. 13) causas frequentes de tantas cervicobraquialgias passageiras, em geral muito rebeldes e deveras muito incómodas, recrutadas

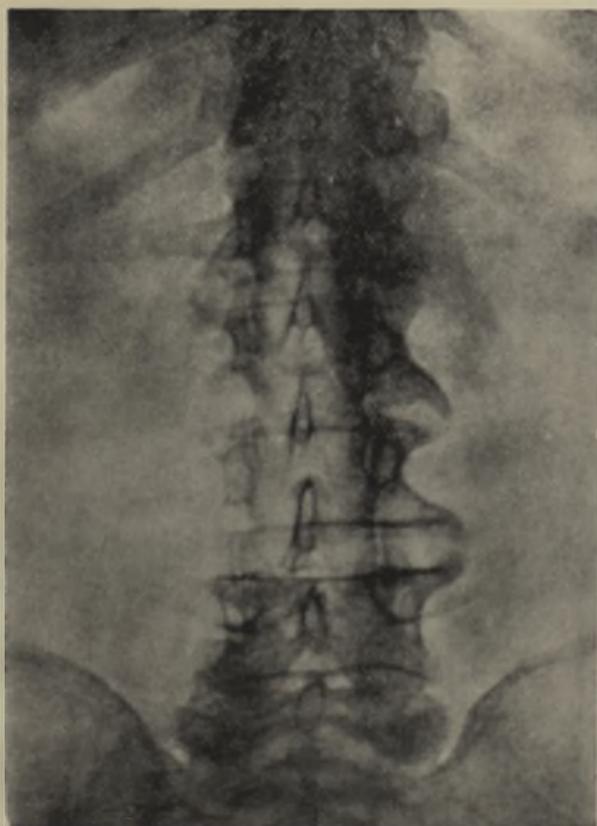


Fig. 14 — Expressiva radiografia de uma Espondilose Deformante lombar, sendo notáveis as pontes e «bicos de papagaio», e as vértebras em «diábolos» em um homem de 60 anos.



principalmente em senhoras, clientes assíduas das clínicas neuro-reumatológicas.

E nesta altura cabe referir a importância ocasional dos *distúrbios psíquicos* para o agravamento das algias espondilóticas.

Apanágio das senhoras no seu período crítico, subsolo de um psiquismo tão instável e emotivo, quando as defesas «interiores» estiolam e todo o «exterior» parece subvertê-las, as suas susceptibilidades são máximas, para se pôr em constante vibração o conjunto psíquico-somático e tudo isto, como um ressoador, para avolumar intensamente a dor sob qualquer tonalidade que se patenteie.

E daqui uma afirmação sintética de *Prognóstico das Espondiloses*. Se as Espondilites são curadas, as nevralgias correlativas desaparecem; se evoluem para a anquilose, a imobilidade evita também as dores. Logo, sob o ponto de vista nevrálgico, as Espondilites não são definitivas.

Outro tanto não acontece com as Espondiloses, porque são males progressivos e incuráveis, por isso «perpétuamente» aptos à sobreposição de artrites e das correlativas nevralgias, que também não são impedidas pela anquilose, que nas artroses não existe.

Daqui resulta que os espondilartróticos são, por assim dizer, «enfermos perpétuos» com períodos de calma. E é por isso que tais pacientes carecem de uma atenta e perseverante vigilância médica competente para reduzir a um mínimo, o que outrossim se torna martirizante.

Dispensámo-nos de pormenorizar observações, porque o que sinteticamente dissemos, disso nos dispensa. Uma, como típica, destacaremos apenas.

Observação.— A. Oli., de 60 anos, capataz de fábrica de tecidos, consultou-nos em Dezembro, de 1940, por indicação do DR. MARTINS D'ALTE.

Tipo gigantesco de 1<sup>m</sup>,73 e 106 quilogramas, tem bom passado pessoal e hereditário. Sofre grandes dores lombo-sacras de predomínio esquerdo, com irradiações para a zona retro e supra-trocantérica e pela face postero-lateral da coxa.

Há alguns anos que estes males vêm a manifestar-se de modo progressivo, em períodos de cada vez mais longos com curtas fases de sossego, sempre, porém, com fadiga e dolorimento lombares, agravados pelos movimentos de flexão do tronco.

Nos seus surtos mais intensos, chega a ter alguns décimos de temperatura e impossibilidade de dormir sem analgésicos.

Há crepitações nos joelhos, um ou outro estalido nos ombros e rigidez lombar com perseverança normal da respectiva lordose.

O andar era um pouco difícil, o curvar-se para a frente muito doloroso, mas a regularidade das curvas laterais raquidianas mantinha-se e não havia desvios pseudo-escolióticos.

O LASÈGUE era nítido à esquerda; a flexão da coxa sobre o abdómen com o joelho bem flectido, era indolor; logo ausência de mialgias.

O estado geral perfeito. Mx. 16, Mn. 10.

A figura 14 mostra bem o avanço das lesões do Ráquis lombar.

Profilaxia e Terapêutica.— Todo o mal-estar sentido nos movimentos da coluna vertebral, principalmente quando acompanhado de dores locais ou irradiadas sob as formas referidas de cérvico-bra-

quialgias, intercostalgias, cruralgias, ciatalgias, em pessoas de idades superiores a 40 anos, desacompanhadas de febre e de alterações do estado geral, ou com febrículas mínimas, deve ser radiografado no sentido de patentear-no-lo espondilótico; e, não para curá-lo, mas para atenuarmos o processo invasor que é sempre positivo, submetê-lo a medidas terapêuticas oportunas.

Preveniremos da prognose em tѐrmos não desalentantes, e levantaremos o possível o nível afectivo do paciente.

Assim se podem conseguir efeitos notáveis, embora não decisivos, como seria para desejar. Indicaremos o que costumamos chamar «Banho de iodo», que deve ser quási permanente, pelas formas compatíveis com as susceptibilidades dos doentes, *per os* ou por injeccões.

Temo-lo como a medicação máxima, nunca por outrem elevada ao alto grau em que nós a consideramos.

Aconselharemos o regime vulgar das pessoas de idade, nunca esquecendo o possível exercício.

Nas fases episódicas das artrose-artrites, o que dissemos àcerca das Espondilites, tem aqui inteiro cabimento.

Por vezes as Espondiloses lombares e o seu cortejo álgico sintomático, especialmente nos exageros lordóticos, encontram altos benefícios no emprêgo de placas ortopédicas sôbre tôda a zona lombar do Ráquis.

Não raro se impõe a necessidade de cintos ortopédicos com placas de alumínio, de perfeita adaptabilidade à zona raquidiana lombar, por certo a mais freqüentemente interessada e a mais fértil em conseqüências.

## VI

### ARTRALGIAS

Como a palavra pretende significar, são as dores das articulações. Mas de que elemento ou componente articular? Da sinovial, dos ligamentos ou da cápsula, dos ossos subcondrais (as cartilagens são insensíveis)?

Não se sabe ao certo, mas conhece-se a grande sensibilidade dos ligamentos e crê-se na das epífises.

Seria necessário conhecer-se a patogenia da dor para emitirem-se hipóteses mais verosímeis sôbre as artralguas.

De qualquer modo, o que é certo, é que as articulações são a sede de dores sem outra sintomatologia apreensível e isso de maneira extremamente freqüente. E são êstes estados articulares o objecto das considerações que vão seguir-se.

Elas merecem a nossa atenção, não só porque representam sofrimentos, mas porque podem valer ou dissimular afecções graves, ou, pelo menos, serem o seu sintoma inicial.

Como tôdas as algias, de que se não conheça substracto anatómico macro ou microscópico, nem causa conhecida, as *artralgias serão «essências»*, sendo, em caso contrário, artralgias sintomáticas ou repercussivas.

Sem recorrermos aos alvires de LERICHE e de outros, quanto à explicação da gênese da dor, há muito que vimos pensando que no simpático está a sua sede ou a sua gestão e isto dá-nos certos vislumbres conceptionais.

Assim, aparece uma dor articular, de que se não consegue apreender nem causa nem mecanismo. Que diferença haverá entre ela e a que nós podemos crer ou soubemos com segurança, que proveio de uma anomalia a distância; uma artralgia coxo-femural ou vertebral, determinada por um joelho valgo ou por um pé raso, ou um membro curto, como é tão vulgar e corrente, artralgia que desaparece de vez, quando a anomalia foi corrigida?

Mas há mais. Um colega queixava-se de artralgias violentas do joelho direito, com tonalidades irritantes, exigindo *constantemente movimentos* da articulação, com o que melhor eram suportadas, e verificava que, com eliminação de gases, que sentia acumulados no cego, aliviava a sua dor do joelho. Isto repetiu-se, o que permitiu tirar conclusões.

Nenhuma destas algias tem causa mecânica nem sintomas contemporâneos *locais*. São assim *essenciais*, mas na realidade de ordem simpática. E assim se depreende já quanto difícil é combatê-las, enquanto se não *adivinha* o ponto de partida.

Mas há outras que são de ordem genética local. Elas são verdadeiras artrites abortadas, ou a sua primeira fase, aliás, possivelmente longa; mas lá está a temperatura sub-febril, a modificação do estado geral, os sinais de infecção ou de intoxicação, etc., para trazerem alguma luz.

Estas, que designamos *artrites abortadas*, são triviais nas gripes, nas febres eruptivas, nas infecções gerais e nas intoxicações crônicas pelo arsénio, pelo mercúrio e até pelo chumbo, como é da nossa observação.

Vem isto para mostrar quanto devemos inquirir minuciosamente sobre tôdas as funções e estados de ordem geral, intoxicações exogênicas ou endogênicas, infecções, *tumores* (nós conhecemos horríveis e persistentes artralguas generalizadas num caso de cancro pulmonar), estados gripais, palustres e particularmente sifilíticos, tudo isto para tentarmos o ataque causal e não têmos de intoxicar os pacientes pela perseverança do uso dos analgésicos.

Em grande número as *artralguas* são apenas *sintomas de afecções reumatismâis* e têm um aspecto de autonomia por imperfeição observacional, quer do observador, quer pela inapreensibilidade dos outros sintomas, como derrames mínimos, calor local baixo, etc., isto na feição de artrites, e, quando de feição artrótica, pela pequenez dos osteófitos, pela ausência ou minimez da crepitação, de sinais que, uma vez apurados, nos prestam grande auxílio.

Em resumo: as *artralguas*, que, aliás, têm sem-

pre a sua razão material de existência, mas não imediata, e apreensível, podem ser: *repercussivas* — como nas anomalias a distância — pé raso, membros curtos, escolioses, etc.; *sintomáticas* de estados gerais infecciosos, tóxicos, debilitados; muito frequentes nas articulações vertebrais dos descalcificados; verdadeiras *Espondilalgias* por miséria ou carência cálcica em tôdas as idades e condições, mas nada raras nas mulheres grávidas; e, finalmente, reumatóides ou *artrites abortadas* e pré-artríticas ou artróticas.

As pequenas noções expostas implicam o nosso comportamento terapêutico. Vieram a propósito neste trabalho de Reumatologia de conjunto, por valerem ou representarem males ou afecções articulares do fôro médico e, quantas vezes, do reumatismal propriamente dito.

Finalizaremos, acentuando, de propósito, que aqui, como em tôda a economia, se instalam *estados dolorosos*, por vezes de mera feição psicogenética, ora simplesmente pitiáticos, ora de *espinha* irritante mínima e tudo obra da hipersensibilidade temperamental ou sua *hipertrofia hipocondríaca*. Isto quer dizer que, se a pesquisa dos elementos somáticos é fundamental, não o é menos uma análise profunda da feição psíquica do doente, do seu estado afectivo, influenciado ocasionalmente por múltiplos factores. É evidente que em casos tais, a melhor arma de combate será a nossa injunção e a nossa orientação psicoterápica.

## VII

### REUMATISMO MUSCULAR E FIBROSITE

Diz-nos MARAÑON que, se o problema do reumatismo das articulações é muito complexo, é-o muito mais o dos músculos e parece-nos que tem razão. Basta olharmos para as discrepâncias entre os autores e investigadores da questão, que, aliás, pode considerar-se objecto das nossas atenções quasi quotidianas.

Mas, o que é o Reumatismo Muscular? Tem realmente existência autónoma? Parece não errar quem o admitir mesmo no sentido restrito, «reumatismal» propriamente, no sentido de Reumatismo de BOUILLAUD, mas, sobretudo, no aspecto de miopatia reumatiforme, na acepção mais lata dada ao conceito dos reumatismos, como o adoptado neste trabalho.

Que os músculos sejam affectados por dores, dismotricidade, impotência funcional, isso é trivial e correntemente sabido em qualquer clínica médica. Que o sejam, porém, por afecções próprias, autónomas, independentes de perturbações nervosas, mor-

mente das oriundas das artropatias raquidianas, é tarefa mais árdua para fáceis decisões.

Nós aceitámo-las com tôda a convicção e já, quando tratamos do Reumatismo Vertebral, focamos considerações semióticas que denunciam a nossa opinião.

É que, hoje, ainda, não falta quem negue o Reumatismo Muscular autónomo. Seja qual fôr a sua feição íntima, a sua compleição estrutural ou funcional, não o consideram senão como um sintoma ou complicação.

Não poderemos assegurar um Reumatismo Muscular de BOUILLAUD exclusivo, com a angina prévia, a febre, os suores, a labilidade, a cardiopatia, a obediência específica aos derivados do ácido salicílico e o clássico granuloma de ASCHOFF, tal qual o reumatismo-tipo se nos apresenta na sua forma poliarticular. Mas temo-lo encontrado quando o BOUILLAUD reveste a forma visceral e não articular, sem dúvida muito menos comum, mas suficientemente marcado. Isto, para nós, é incontestável.

À parte a feição *bouillódica*, infeccioso ou não, o Reumatismo Muscular é de existência indiscutível e até inteiramente desacompanhado de tôdas as outras manifestações reumatiformes. É uma das grandes razões para como tal serem consideradas certas miopatias, é exactamente a ausência de qualquer lesão macroscópica irreductível, a segura restauração à integridade, o que é bem diferente das outras miopatias, quer atróficas, quer degenerativas,

quer secundárias em forma de caimbras, tais as profissionais, as asfíxicas (claudicação tipo CHARCOT), visceropáticas, etc., etc.

Uma vez aceita a sua existência, que aspectos conhecemos do Reumatismo Muscular? Dois. Infecciosos e neuro-artríticos.

O Reumatismo Muscular infeccioso ou pertence ao tipo BOUILLAUD, o que é raro, mas de indispensável pesquisa, pelo quadro que acima referimos, ou «focal» como o pensa a maioria dos autores modernos.

Se não seguimos inteiramente êste último critério, o que é incontestável é que, além das outras características vulgares, os testes biológicos bem provam a existência de infecção como elemento causal, sem que, sôbre a espécie bacteriana, se possa vaticinar com segurança, sendo na corrente geral, tal-qualmente como nas artrites, o estreptococo que tem os maiores sufrágios da opinião médica.

Quanto ao nosso modo de ver, firmado em larga observação, a grande maioria dos r.<sup>os</sup> musculares não é infecciosa, mas neuro-artrítica.

Nestes falta todo o elemento de prova bacteriana, mas sobram as qualidades constitucionais e temperamentais que caracterizam os neuro-artríticos, dis-crásicos e neuro-hepáticos, tipos outra vez em plena aceitação na biologia humana.

Precisamente porque se não encontram lesões, mas só alterações funcionais, e as próprias alterações orgânicas objectiváveis são passageiras e desaparecem, para um restabelecimento integral, muitos

autores preferem dar ao R.<sup>o</sup> Muscular uma designação mais crucial — a de *Mialgias*.

Não discutimos as denominações, o que precisamos é fixar-lhes a significação, mas não nos alicia por completo a última, porque reumatismo implica todo um conjunto etiológico e evolutivo, muito mais semelhante ao dos reumatismos articulares, êstes sancionados até pelo alto poder da tradição médica e popular.

Já ficou expresso que a *etiologia* do R.<sup>o</sup> Muscular é ora infecciosa, ora autotóxica; esta última no sentido discrásico, dismetabólico, privativo dos neuro-artríticos, isto é, dos indivíduos capazes de verem alternarem-se ou sucederem-se outras clássicas perturbações, tais como a hemicrânia, a dispepsia ácida, a congestão hepática ou a renal, a urticária, o eczema, a asma, a gravela, etc.; das pessoas nervosas, de fáceis desequilíbrios psico-somáticos, instáveis do coração, das temperaturas, da affectividade, etc., etc.; tudo de todos conhecido.

E não vamos, quanto à *patogenia*, embrenhar-nos nas questões da anafilaxia, que, aliás, se nos afigura de certa verosimilhança.

Estas Mialgias ou R.<sup>os</sup> Musculares, entendemo-los como *primitivos*, como entidades autónomas e não como dependentes de neuropatias de origem artropática nem como sintomas ou complicações das infecções gerais, caso em que poderemos chamá-las *secundárias*. Estas, uma vez bem caracterizadas, não parecem dignas dêste capítulo.

Mialgias secundárias há que merecem o nosso maior cuidado, já por numerosas, já por aparente e freqüentemente enigmáticas, rebeldes a tôdas as tentativas anti-reumáticas habituais, absorventes de tôda uma luta improficua e que, bem estudadas, nos permitem interferência decisiva e miraculóide, São as *Mialgias estáticas* — estas e a Fibrosite merecer-nos-ão algumas considerações que, para maior clareza, propositadamente irão como apêndices no fim dêste capítulo.

Etiopatogenia e Anatomia. — O *R.º Muscular agudo* (ou subagudo), porque não o aceitamos no estado crónico como autónomo, tem, para todos, como factor principal e ocasional o *frio*, sobretudo a molhadela demorada, ou seja por chuvadas, por descanso em relva úmida, por suadelas prolongadas, etc. Para nós, porém, êle exige como fautor determinante-eficiente o traumatismo sob a forma de tracção, distensão ou «esticamento». Nós mesmo o sabemos por auto-experiência; e, com cuidadosa investigação, tal se conclui mesmo nos casos em que êle surge de noite, ao levantar-se, ao curvar-se, etc., por vezes sob violências mínimas, tão preparados e predispostos estão os pacientes.

\*

Sobre a essência ou natureza íntima dos fenómenos miálgicos, tudo são discussões e hipóteses. Não

temos juízo firme sôbre a questão. Eis porque, a título eruditivo, referimos a opinião de CIRÈRA VOLTA (de Barcelona) manifestada no Congresso de Lund-Estocolmo, certame científico de alta valia, cujo tema principal foi o das Mialgias (1) nas seguintes proposições: «1.<sup>a</sup> — A Mialgia é uma nevralgia dos filetes sensitivos dos músculos; 2.<sup>a</sup> — Esta nevralgia é consequência das alterações bioquímicas e morfológicas da atmosfera conjuntiva que cerca constantemente aquêles filetes intra-musculares; 3.<sup>a</sup> — Os seus três sintomas cardinaes são: a dor, a contractura e os nódulos ou infiltrações palpáveis, processos patológicos desenvolvidos no tecido conjuntivo dos músculos. A patologia da Mialgia é um caso particular da patologia do tecido conjuntivo laxo; 4.<sup>a</sup> — A perturbação da circulação íntima do músculo é a mais predisponente causa de Mialgia; 5.<sup>a</sup> — Todos os tóxicos circulantes e os bacterianos podem ser causas eficientes da Mialgia».

Tudo isto é vago, mas muito verosímil e deixamos concluir pelo papel do tecido conjuntivo do músculo, o que tem direito à nossa concordância num duplo significado. Por um lado, por meter na questão o tecido conjuntivo, exactamente o mesênquima, o único tecido-sede dos distúrbios reumatismais, pelo outro, pela interferência da Fibrosite, essa forma de reumatismo das aponevroses, tendões, liga-

---

(1) *Acta Reumatológica*, Ano VIII, n.º 30.

mentos, órgãos que com o músculo em conjunto tanta interdependência apresentam.

\*

Sintomas. — Umás vezes mal percebida ou até despercebidamente, outras de modo bem manifesto, surge uma dor brusca, violenta, em pontada ou mesmo em massa vasta de uma zona muscular e logo a dificuldade parcial ou total dos respectivos movimentos, dor que se atenua com o repouso, podendo mesmo, em posições escolhidas, desaparecer. Essa dor tem o feitio de esmagamento ou de lacerações e, aumentada pelo esforço, pode despertar o grito. Nem febre nem manifestas repercussões gerais sôbre a economia orgânica. E o que de geral se encontra freqüentemente, é antes o «ambiente mórbido» dos pacientes, já de si um tanto exóticos e intoxicados, dispépticos, em estado de desequilíbrio neuro-vegetativo. É de registrar a depressão afectiva dos pacientes, o seu acabrunhamento e, sobretudo, o seu *mêdo* às graves conseqüências que esperam, tal o abalo depressivo que tão ostensivo mal lhes determina. Vejamos esta sumária

Observação. — P. J., de 45 anos (há uns 10 anos quando nos consultou), era proprietário de uma importante garagem na Régua, onde dirigia e agia, tal o seu feitio activo, trabalhador e enérgico, temperamento nervoso, aliás, o de tôda a família, e filho de parquinsoniano.

Uma tarde, não conformado com o serviço dos seus operá-

rios, curvou-se bruscamente sôbre uma peça que estava no chão e, ao fazê-lo, uma dor violentíssima lhe apareceu nas regiões lombar e nadegueira, que o fêz cair no solo, aos gritos e numa contractura tão forte, que atingia a camptocórmia completa. Os joelhos aproximavam-se do mento.

Inerte, levaram-no num colchão para o quarto e, assim, imóvel, passou a noite até à madrugada o meterem num carro-ambulância e o trazerem até nós. Logo lhe fizemos aplicações de calor e injecções endovenosas de salicilato de sódio, com o que conseguiu, sempre imóvel, passar dois dias mais sossegado. A contractura era bem manifesta nos dois extensores do tronco e nos quadrados lombares; nenhuma nodosidade ou fuso se podia perceber, tal era a sensibilidade da região.

Ao 3.º e 4.º dias as dores iam atenuando-se e ao 5.º já pudemos encontrar nódulos como grãos de milho, fusos ou bordaletes nas massas musculares e então começamos a maçagem de intensidade progressiva que, com o calor e o salicilato, traziam grandes melhoras ao 8.º dia, a partir do qual andava um pouco e podia vir ao nosso consultório, onde lhe foram aplicadas fortes electro-maçagens e o calor do arco eléctrico com os melhores resultados.

O doente hospedara-se na Foz em casa de um irmão. O DR. FEIO DE AZEVEDO, amigo do doente e a nosso pedido, colaborou connosco, fazendo-lhe a assistência a um curioso fenómeno imprevisto — *occlusão intestinal*, que se formara, a partir do inicio da Mialgia — rebelde a tôda a terapêutica, que ceden exactamente no 5.º dia, quando a maçagem lombo-nadegueira tantas melhoras trouxe ao seu lumbago.

Sublinhamos êste pormenor, por parecer-nos mostrar a estreita ligação do sistema neuro-vegetativo das duas afecções — o reumatismo lombar e a paralisia intestinal.

Além dos sintomas dor e impotência funcional, há como acabamos de ver, contractura e nodosidades ou fusos, sinais que nem sempre se obtêm, ora porque

se não podem palpar por intolerância, ou por não se encontrarem, facto que levou muitos autores a negá-los, parece-nos que sem fundamento. E não é só clinicamente, que as nodosidades miálgicas têm valor, mas até nas questões médico-legais, principalmente nas formas lentas, a que chamam, segundo nós impròpriamente, Mialgias crónicas.

Todos os músculos podem ser atingidos, mas os do tronco, os músculos *da attitude*, dizem que os mais providos de sarcoplasma, o que equivale a dizer de matéria coloidal, mais alteráveis, *reumatismáveis*, são sem dúvida os preferidos e de êstes os das vizi-nhanças das cinturas escapular e pélvica.

Há duas afecções muito vulgares, conhecidas por profissionais e por leigos — o *Torcícolo* e o *Lúmbago*. A êles nos vamos referir, pouco descritivamente, por dispensável. Não esqueceremos o reumatismo ou *Mialgia nadegueira*, e a M.<sup>a</sup> deltóide muito mais frequentes do que habitualmente se pensa, causa de tantos erros de diagnóstico em relação com as ciatalgias e cérvico-braquialgias.

O *Torcícolo* é a mialgia do esterno-cleido, esplénio e trapézio. Dor e contractura do pescoço, unilateral, obrigando como diz o nome, a torcer o pescoço, e a voltar o rosto para o lado oposto ao da afecção.

A contractura é *constante*, o que já o distingue da mioclonia dos neuro-angustiosos e dos ticantes.

O *Lúmbago* é a *mialgia* dos músculos dos lombos: extensor longo, quadrado e pequeno oblíquo.

A *Mialgia nadegueira*, interessa o grande e

raramente o médio nadegueiro, tem os seus pontos dolorosos mais freqüentes perto das suas inserções superiores, em regra a 2 ou 3 centímetros da crista ilíaca.

Habitualmente não oferece a violência dolorosa e disfuncional das anteriores, mas importa sempre grandes dificuldades ao andar e a tôdas as funções que determinem o estiramento. Freqüentemente revestem o aspecto das algias ciáticas, o que pode oferecer graves conseqüências.

A *Mialgia deltóide*, é na espádua o que a nadegueira é na pelve; com dores e dificuldades da abdução e da rotação do braço, é afecção muito confundível com as cervico-braquialgias e até com a Periartrite do Ombro, importante síndrome a que por vezes anda associada.

\*

Diagnóstico. — Sempre que a dor e a contractura surjam intensas e bruscamente nas zonas musculares referidas em pessoas neuro-artríticas sobretudo, o diagnóstico quási não pode oferecer dificuldades. Outro tanto não acontece quando os dois sintomas referidos aparecem mais suave e progressivamente e então o temperamento neuro-artrítico pode não ser bem definido, o Reumatismo Muscular pode ser infeccioso, focal, perserverante e demorado, lento, revestindo o aspecto de falsa cronicidade. É caso de grande confusão com as mialgias secundárias de origem artropática pelas neuralgias irradiadas. É aqui

que devemos deter-nos em pormenores semióticos que nos permitam o diagnóstico exacto, devemos dizê-lo, nem sempre possível.

Temos por norma um princípio geral que consiste em procurar separar bem o efeito da extensão do ou dos músculos, do da extensão dos nervos postos em suspeição.

Um exemplo bem nítido deixamos já referido na pág. 200 ao estabelecermos a distinção entre uma ciatalgia e uma Mialgia lombar e nadegueira. Sabemos que a prova de LASÈGUE, a flexão do membro inferior estendido sobre o abdómen, é característica de ciática, mas também pode traduzir uma lombalgia e sobretudo uma Mialgia nadegueira. Se, porém, flectirmos a perna sobre a coxa, o que permite o encurtamento do nervo e a inexistência do LASÈGUE, e em bloco flectirmos fortemente a coxa sobre o abdómen, nenhuma dor no caso de ciática, mas dor forte no caso de mialgia lombo-nadegueira.

Prática análoga se pode usar no deltóide; aqui a extensão do nervo radial consente uma larga abdução, a qual é muito limitada nas Mialgias.

É-o também na *Periartrite* e então torna-se necessário, fixando bem a massa muscular do ombro, procurar a *rotação do braço mesmo pendente*, que na *Periartrite* não é consentida, sendo livre na nevrálgia e na Mialgia do ombro.

Mas há outros sinais já conhecidos: as nodosidades ou fusos musculares de um lado, e do outro, todo um conjunto de sinais próprios, que, eliminados, nos

resolvem o problema da diagnose: tais o agravamento da dor pela tosse e pelo espirro, certas alterações do líquido céfalo-raquidiano, a extensão da zona dolorosa, etc., em favor das nevralgias essenciais ou artropáticas; os sinais das cólicas hepáticas, renais e uterinas, em favor de uma Mialgia reflexa.

O *prognóstico* das Mialgias agudas, digamos mesmo subagudas e demoradas, é bom. Importa combatê-las com intensidade e prontidão, para evitar sofrimentos e perturbações de ordem social e vigiar o fundo organo-funcional para evitar as recidivas, qualidade que lhes é muito peculiar.

\*

Tratamento. — Referimo-nos ao curativo, porque o preventivo, êsse depende do que atrás fica exposto.

Duas grandes *medicações*, da fisioterapia são soberanas no tratamento do Reumatismo Muscular: O calor e a *Maçagem*.

O calor pode ser o produzido por cataplasmas quentes de linhaça, de parafina fundente, pela velha prática do ferro quente de brunir, sôbre flanelas umedecidas, as duches de ar quente, os raios infra-vermelhos e até a diatermia de ondas longas ou curtas. Condição fundamental é a da associação da intensidade à duração das sessões.

É, pois, um tratamento muito acessível e em tôda a parte praticável.

A *maçagem*, essa, logo que a sensibilidade o per-

mita, consiste na compressão por aparelho próprio ou pelas polpas dos dedos, com intensidade progressiva e adaptável a tôda a massa muscular comprometida. As sessões serão de 10 a 30 minutos consoante a extensão do mal e a sua tolerância.

São de benéfico efeito as injeções intramusculares peri-nodulares de sôro novocaïnizado a 1 0/0 e até as de lipiodol, nas crises menos violentas.

Suspeito o tipo infeccioso, até mesmo nos grandes neuro-artríticos, o salicilato endovenoso presta bom serviço.

É da nossa experiência, colherem-se benefícios quási miraculosos com o emprêgo das faíscas franklinicas das máquinas estáticas ou dos aparelhos de ondas longas.

Têm entrado na nossa clínica camptocórmicos em total curvatura do tronco e saído direitos, erectos, logo após uma sessão de minutos de faísciação.

É claro que tais doentes têm sido por nós bem estudados, de modo a termos um juízo firme sôbre tais complexos mórbidos.

São temperamentos altamente nervosos — feição francamente pitiática — que, portadores de Mialgias leves, suaves, tomam porporções extremas por mera estereotipação e hipertrofia das sensações e das imagens.

Dispensámo-nos lembrar a necessidade de procurar e destruir, sempre que possível, qualquer foco dentário, faríngeo, hepático, etc., tôdas as vezes que o Reumatismo Muscular seja de origem infecciosa.

\*

## Reumatismos Fibrosítico e Estático

Chegou o abuso da linguagem e a complexidade do problema dos reumatismos a permitir que se empreguem as designações anteriores, o que representa um atentado e uma grande pobreza ao mesmo tempo.

Todavia, na prática muitas vezes parecem justificáveis tais expressões; o que é imprescindível, é conhecer-lhes o sentido, interpretá-las devidamente.

O que é o Reumatismo Fibroso ou Fibrosite e a que propósito o abordamos nesta altura?

Dizem-nos MORLAAS e LACAPÈRE:

A Mialgia é um departamento das fibrosites ou reumatismo do tecido conjuntivo celular; é a celulite do tecido muscular o que condiz com o que acima referimos proposto por CIRERA VOLTA.

Ora, porque esta variedade «reumatismo» está ou parece estar tão estreitamente relacionado com o Reumatismo Muscular, cabe nesta altura fazer algumas considerações sôbre as Fibrosites.

Em que consistem? Dizem-nos F. THOMSON e R. GORDON — dois notáveis reumatólogos ingleses (1)

---

(1) Versão espanhola de ARTIAGA PEREIRA — *Las enfermedades reumáticas crónicas*. — MANUEL MARIN — 1929.

que êles são reacções inflamatórias do tecido fibroso de sustentação contra os venenos estranhos, bacterianos ou tóxicos — e « manifestam-se por nódulos ou faixas na aponevrose que limita o músculo ou *incrustados no próprio músculo*, os quais podem palpar-se, sempre que o grau de relaxação o permita ».

A sua etiologia é a das Mialgias, e das outras variedades ou espécies reumáticas já referidas, e por isso e até pela terapêutica, tudo nos leva a pensar que a Fibrosite não merece bem um lugar de independência e não lho concederíamos, se porventura ela se não encontrasse por vezes clinicamente como que isolada, na aparência pelo menos, e isso apenas nas aponevroses, fora dos feixes ou lâminas musculares.

THOMSON e GORDON pecam pelo exagêro que dela fazem como abstracto de quasi tôdas as espécies reumatismais; vêem-na em muitas artrites, tenosites, ligamentites, etc., quando nós, nessas condições, não vemos outra coisa que um episódio sintomático de feição bem comum dessas espécies reumatismais, mormente, sabendo, como se sabe hoje, que o tecido *reumatismável* é o mesênquima.

Vamos, pois, dentro das necessidades clínicas e postas de lado as Mialgias, já referidas, citar os aspectos principais das Fibrosites: são as epicranianas, as abdominais, ventrais e dorsais, as palmares e as plantares. É nestas zonas que elas têm o aspecto de autónomas e é por isso que assim as classificamos e adoptamos e, nesta selecção, agimos por

conta própria, por mero critério pessoal. Devemos acrescentar que a sede é pois a das zonas aponevróticas *nuas* do músculo ou junto às suas inserções.

Fibrosites epicranianas. — São muito freqüentes; as dores são vagas, muito semelhantes a verdadeiras cefaleias, paroxísticas ou contínuas. Quási sempre são palpáveis os nódulos ou bordaletes, particularmente na proximidade das suturas occipito-parietais e dispersas também por todo o epicrânio. Temo-las encontrado desde o tamanho de grãos de chumbo ao de avelãs.

Nenhuma confusão com os lobinhos ou quistos cebáceos, estes indolores e de consistência conhecida.

Fibrosites abdominais. — São as das aponevroses anteriores e laterais, pertencentes aos rectos e aos grandes oblíquos. Há aqui também celulites subcutâneas que de aquelas se distinguem pela mobilidade e pela posição.

As do dorso são mais raras como independentes.

Fibrosites plantares. — Residem isolada ou conjuntamente nas aponevroses plantar e do calcanhar.

Estas perturbações passam por articulares, tanto mais que por vezes sucedem às artrites de espécies diversas das articulações do tarso e do metatarso. Nelas as nodosidades são raras, mas, sobretudo na

aponevrose do calcanhar, sente-se esta muito espessada, em relação à sua forma normal (esta também diferente de uns para outros indivíduos por natureza e pela desigualdade de hábitos sociais, pés descalços, calçados em palmilhas de madeira, de estofos, etc.).

**Fibrosites palmares.**— Relativamente raras, a mais importante constitui a feição que tem o nome de Doença de Dupuytren, muito freqüente e deveras prejudicial e incômoda.

Esta afecção pode comprometer os 4 últimos dedos das mãos, mas atinge especialmente o 4.º e o 3.º, levando-os por vezes a flexões tão fortes que cavam verdadeiras covas na região da palma que comprimem. São bastante relacionadas com a *Gota*. O tratamento da Fibrosite exige os cuidados de ordem geral e local concernentes às miopatias, sendo um tanto mais rebeldes, mas menos recidivantes.

A Fibrosite palmar (da D. DE DUPUYTREN) essa é de má prognose e rebelde a tôda a terapêutica, a não ser muito no início. É da nossa observação, porém, que a radioterapia tem efeitos muito benéficos, mesmo em fases já avançadas.

\*

**Mialgias estáticas.**— Também aqui têm lugar, neste apêndice às Mialgias, porque têm nas suas

formas crónicas e portanto secundárias, a sua existência ligada às anomalias da estática.

As anomalias estáticas mais algogénicas são o pé raso, o joelho valgo e o encurtamento de um membro inferior, como acontece nas sequelas da Paralisia Infantil.

Sempre que nos apareçam casos de Mialgias crónicas rebeldes às terapêuticas habituais, procuraremos as anomalias dos membros inferiores que possam dar anormalidade à estática do tronco e tentemos corrigi-las, como na seguinte

Observação.—J. P., de 18 anos, da Foz-do-Douro, é moço de serralheiro e obrigado a percorrer longos trajectos com pesados carregos. Desde os 16 anos uma dor intensa surgia nas regiões lombar e nadegueira esquerdas, logo após os primeiros cem metros percorridos, com agravamento progressivo. No descanso nada sentia e o estado geral era óptimo. Não devia tratar-se de artrose porque o doente era muito novo. A radiografia nada revelava. A palpação era negativa. Os analgésicos aliviavam por entorpecimento. Uma *Mialgia secundária* era o único diagnóstico a fazer-se.

Depois de alguns esforços baldados e inquirido minuciosamente o quadro das anomalias estáticas, encontrámos diferença de 2 centímetros apenas, para menos, no comprimento do membro inferior esquerdo, anomalia de causa desconhecida.

Pôsto a andar com o pé esquerdo sobre um estrado daquela espessura, um grande alívio foi experimentado pelo rapaz, que, nos últimos meses, já não andava sem dores, motivo porque, ouvido o DR. MENDONÇA MONTEIRO, nos procurou.

Ordenamos-lhe que usasse calçado com 2<sup>cm</sup>,5 a mais de altura do lado esquerdo e, como por encanto, *nunca mais sofreu*.

## VIII

### SÍNTESE TERAPÊUTICA

Essencialmente empírica na Reumatologia, a terapêutica deve limitar-se aos meios bem consagrados pela experiência, não deixando de perseverar-se nas tentativas de novos meios relacionados com as indicações novas, que a persistente e entusiástica luta anti-reumatismal vem a tomar depois da sua recente Renascença.

Isto não quer dizer que esperemos um grande alargamento no número das formas terapêuticas; temos até a impressão de que, a par e passo que se vá esclarecendo a etiopatogenia, a limitação, ou a restrição terapêutica lhe há-de corresponder.

Efectivamente, quem se embrenhar com atenção nos meandros do complexo dos reumatismos, tem de esperar que, por mais variadas que sejam as suas formas, não hão-de ser numerosos os mecanismos de formação, convencendo-se de que o sistema neuro-vegetativo ocupará lugar máximo. Quem reflectir sobre o valor da *paratiroidectomia* primeiro, da *laquea-*

ção dos feixes vásculo-nervosos destas glândulas depois, e, após ainda, da *simplex isofenolização* destes para obterem-se resultados análogos ante os reumáticos grandes anquilosados; quem pensar nos efeitos da *piretoterapia*, específica ou não específica, pelos meios conhecidos, e, particularmente ao ler-se o que nos diz o PROF. GAETANO BOSCHI, de Ferrara sôbre o *tratamento diacéfalo-raquidiano* (1) que é, afinal um processo piretoterápico especial em técnica e talvez em intensidade de acção, mas do mesmo fundo geral — o abalo neuro-vegetativo; e, pensando no papel dos fenómenos psíquicos, que em cada página desta obra transparece, chegará a convencer-se de que a Reumatologia virá a ingressar em algum dos vastos departamentos da Neurologia e, para mais nos impressionar tal conceito, olhe-se para o grande número de neurologistas insignes que tanto se têm ocupado das questões reumatismais, dentre os quais nos lembram, mesmo de relance: LASÈGUE, CHARCOT, BRISSAUD, PIERRE-MARIE, STRÜMPPELL, SICARD, MARINESCO, SLAUCK, JOANES

---

(1) Fundando-se na concepção de GREY e de outros fisiologistas sôbre o *Cérebro vegetativo* — centro do mesocéfalo regulador dos fenómenos de tôdas as visceras — BOSCHI injecta no canal raquidiano 1 c. c. da solução de fenolsulfnofaleína a 5:1.000, havendo prèviamente extraído 5 c. c. de liquido C. R.º que reinjecta nas nádegas, conseguindo nas artrites crónicas largas percentagens de curas animadoras e até definitivas e rápidas. Ver: GAETANO BOSCHI — *Presse Médicale*, 16-10-1937 e *Revue du Rhumatisme*, 1-12-1940.

LANGE, BECHTEREW, LAIGNEL-LAVASTINE, AUERBACH, etc., etc.

E não divagaremos sobre este departamento interessantíssimo da patogenia reumatismal, para não nos desviarmos da feição deste trabalho.

Sob dois aspectos se nos oferece a terapêutica: *químico e físico*.

### A) Quimioterapia

Quatro medicamentos cardinais e alguns secundários a preenchem. Os primeiros são: o salicilato, o cólchico, o ouro e o iodo. Os segundos: o atofam, o enxôfre e o piramidão. Outros medicamentos estão em ensaios, já de efeitos altamente prometedores, tais a novocaína e a histamina.

Vamos referir alguns princípios e noções relativos ao seu uso especial na clínica reumatológica.

\*

Salicilato de Sódio. — Considerámo-lo específico do R.<sup>o</sup> de BOULLAUD, digam o que disserem alguns autores. Não dominará intensamente certas perturbações viscerais, inclusive as cardiopatias, mas tem o alto valor de travar o avanço das lesões, a não ser que novos agentes se associem, como talvez o estreptococo, na gestão da Doença de OSLER.

Nós vamos até ao seu papel preventivo dos grandes aspectos da doença, desde que êle se comece a

usar temporãmente e se perseverere no seu uso em doses e tempo tão elevados e longos, quanto as susceptibilidades individuais o permitam.

Como t ermo da saliciloterapia temos os sinais fornecidos pelo doente e principalmente o da renormaliza o dos testes de WESTERGREEN e da leucocitose.

O salicilato tem ac o antiálgica geral e esta qualidade deve ter levado os profissionais menos observadores a tomarem como BOUILLAUD outras variedades reumatismais, contribuindo assim para a conhecida confusão do problema dos reumatismos.

Quando os pacientes não tolerarem o salicilato, recorramos ao piramidão, ao salofeno, e   antipirina.

\*

**Cólchico.**— De tempos remotos até hoje êste medicamento é considerado o específico da *Gota  rica*. Usa-se de preferência sob a forma de tintura de sementes na dose de XX a XL gotas por dia ou, aproveitando o seu alcalóide, êste na de 2 a 5 miligramas. É muito usado também associado a drásticos, particularmente ao extracto de colocynthis, o que,   ac o específica do cólchico junta a vicariante do intestino. Êste pormenor   valioso, pois muitos gotosos, quando no com o das crises, conseguem grandes efeitos laxativos, e logo sentem a queda dos fenómenos mórbidos. Destas especialidades usam-se entre nós o Licor de LAVILLE, o

BEJEAN e um preparado que, com fórmula por nós cedida, prepara a farmácia Sousa Soares.

Qualquer que seja a forma preferida, dividiremos a dose total em quatro partes, cada uma tomada em infuso de freixo ou de chicória, meia hora antes das refeições.

As cólicas e as diarreias fortes, quando do uso do colchico simples ou da colchicina, marcam aviso de precaução.

\*

Ouro.—É o medicamento de escolha das artrites crônicas e representa freqüentemente o último recurso das formas rebeldes.

É, porém, de valor inestimável nessa grave entidade clínica, que expusemos pormenorizadamente, das P. C. G. para onde veio pela mão do notável reumatólogo francês JACQUES FORESTIER.

Constitui medicação temida por numerosos profissionais e com certa razão. O seu uso importa vigilância constante do rim, do fígado, da pele, e da bôca e exige um consciencioso tatear do doente, quanto a susceptibilidades de tôda a ordem.

E, feito isto, iniciaremos o tratamento por doses de 1 a 2 centigramas de 4 em 4 dias: vamos em aumento em quantidade e em intervalo de tempo, chegando a atingir 10 e 15 e raramente 20 centigramas por injeção e por semana. A quantidade habitual máxima por cada sessão de 5 meses, não vai além de 6 gramas. Preferimos as suspensões

oleosas para absorções lentas «medicação contínua», a lembrar o que dizem os endocrinólogos do «ovário postiço» pelas suspensões oleosas dos respectivos extractos.

Os medicamentos que mais manuseamos são o *solganal* B. oleoso, a *miocrisina* e o *oliocrisos* LUMIÈRE, tudo por via intramuscular.

Tôdas as artrites crónicas infecciosas constituem indicação para a terapêutica áurica ou *crisoterapia*, mas a sua acção preciosa e insubstituível é sôbre as P. C. G. e aqui devemos referir que ela é decisiva quasi 100%, quando iniciada até aos 4 a 6 meses de duração, além da qual o efeito se vai perdendo proporcionalmente ao tempo.

Vale, porém, mais ou menos em qualquer altura, pois que o estado geral beneficia sempre e o articular lucra um pouco.

\*

Iodo. — É o grande amigo dos velhos e daí se infere que êle o deva ser nas suas formas reumatismais. É o grande medicamento das *artroses*. Para nós êle quasi assume o valor de um específico, prevenindo, é claro, quanto é possível obter-se em afecções lesionaes, por isso definitivas, como são as dos artróticos.

Mas o iodo tem também altas indicações nas artrites crónicas, na sua fase preanquilótica que oferece um pouco o aspecto de artrose simples, e as modernas forminas iodadas, cujo exemplo é a Iodo-benzil-metil-monoformina ou Iodaseptina juntam a acção

anti-artrótica à anti-infecciosa. J. MORLAAS e colaboradores usam o soluto de etiliodo-fenolato de hexamiltetramina diluído em sôro do sangue do doente.

Habitualmente empregamos doses elevadas de iodo sob a forma de iodeto de sódio, via endovenosa, chegando a 2 gramas por dia, excepcionalmente a 3, por vezes acompanhadas pela ingestão das peptonas iodadas.

Pelo sistema de medicação «contínua» injectamos as suspensões oleosas do iodo, tais como o Lipiodol Laffay ou análogo, preparado, a nosso contento, pela Farmácia Falcão, desta cidade.

\*

Piramidão. — Quando nos encontrarmos perante os surtos subagudos das artrites crônicas, mormente e muito especialmente das P. C. G. febris, dolorosos, e edemaciados, conjunto de maior ou menor repercussão sôbre a economia geral, o piramidão não tem equivalentes ou sucedâneos. É condição fundamental o seu uso nas altas doses de 2 a 5 gramas (com 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> de cafeína) por dia, o que, infelizmente, é nada raro mal suportado pelos órgãos da digestão. Esta frequente intolerância mitiga-se um pouco, dando-o com 200 a 250 gramas de água bicarbonatada (a 1 ou 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), mas pacientes há que nem assim o suportam.

Então iremos para a antipirina e para o salofeno, mas os efeitos não correspondem.

Os receios das agranulocitoses são injustificados, pelo que nos mostra a nossa experiência, mesmo quando prolongamos a piramidoterapia por semanas ou meses, como é de uso nos casos mais tenazes.

Evidentemente, que uma particular vigilância se impõe ao assistente, sob múltiplos e óbvios aspectos.

\*

Enxôfre.—É conhecido o seu papel na vida das cartilagens, revelando as afecções destas quasi sempre manifestas *tiocarências*, isto, tanto nas fases artróticas das artrites crónicas, ou artroses secundárias, como nas artroses propriamente ditas ou primitivas.

Em geral preferimos as preparações em que êle venha associado ao iodo e já em Portugal encontramos um preparado satisfatório. É o *sulfonatrion* da Soc. Ind. Farmacêutica de Lisboa, que empregamos correntemente em elevadas doses.

\*

Atofam.—É um valioso sucedâneo do cólchico no tratamento da Gota articular úrica, quando a crise aguda começa a atenuar-se, ou nos surtos subagudos da Gota Crónica e das Sequelas da Gota e até, associado ao salicilato, nas formas híbridas a que no capítulo Gota Articular, nos referimos.

É, a nosso ver, a única indicação exacta do ato-

*fanil*, que tão precipitada e acasualmente para aí se usa.

O atofam é geralmente bem tolerado, quando usado nas refeições. Nós preferimos o seu emprêgo afastado destas, mas sempre acompanhado por 2 grammas de bicarbonato de sódio para cada comprimido ou hóstia de meio grama e de 2 decilitros de água ou infuso de freixo ou de chicória.

Não deve ministrar-se senão por séries de 5 dias com intervalos de 8 a 10, dada a rápida inércia por rápida tolerância.

Medicações intra-articulares. — A via intra-articular vem a usar-se há uns tempos na terapêutica reumatológica, ainda que não tanto, quanto à primeira vista possa tentar-nos.

São as forminas iodadas, as associações de enxôfre e iodo como a *tiodocaína* e de cânfora-fenol que preferimos. Não procuramos só a acção analgésica, mas também a modificadora da sinovial e das cartilagens.

Por nossa parte, tentamos ir mais longe, associando a luta anti-sensibilizante, para o que prèviamente extraímos alguns centímetros cúbicos do líquido-derrame, injectamos o medicamento na articulação e reinjectamos, via intramuscular, o derrame extraído.

Temos colhido resultados muito animadores nas artrites crónicas tórpidas, de derrames persistentes e de feição infecciosa.

\*

Novocaína e Histamina. — Para fecharmos as considerações de ordem quimioterápica, vamos aludir aos modernos processos de tratamento pela *novocaína* e pela *histamina*.

Também não procuramos só os seus efeitos analgésicos directos, mas também a sua acção *vaso-motora* e ainda, por outros mecanismos desconhecidos, a antiespasmódica e anticontracturante, no sentido de atenuárem-se intensos sofrimentos e graves perturbações funcionais.

É nas formas ultra-álgicas e espásticas que estão as suas melhores indicações, tais determinadas cérvico-braquialgias e sobretudo a *Periartrite da Espádua* ou *Reumatismo do Ombro*, como já ficou apreciado.

A Novocaína usa-se em sôro, a 1 0/0, no perímetro da cápsula articular ou na massa muscular nas Mialgias fortes como no Reumatismo do Ombro, no Lumbago ou no Torcicolo em picadas profundas.

A histamina, sob a fórmula:

{ Bicloridrato de histamina — 10 miligramas.  
{ Para-amino, benzoil-amino-etanol — 20 miligramas.  
{ Água bidistilada — 20 c. c.  
{ Dividir em 10 ampolas

aplica-se em picadas subdérmicas de 1 gota, distantes de 2 centímetros entre si e por tóda a zona

dolorosa ou região contracturada, nunca excedendo um número de picadas superior a 12 por sessão. Podem repetir-se em dias alternados.

Reparar bem na tolerância do doente, não se arreando de certo aspecto congestivo do facies, que surge do 3.º ou 4.º minuto do tratamento, nem das sensações de «pêso e tonturas da cabeça» acusadas pelos pacientes, perturbações que, meia hora depois, costumam extinguir-se por completo.

São, efectivamente aquisições brilhantes e recentes da terapêutica antiálgica e da antiespasmódica, aliás, tantas vezes necessárias e profícuas na Reumatologia.

Crenoterapia. — Pode, em parte, ingressar na quimioterapia, embora se saiba que uma das suas forças essenciais provém da radioactividade, por meio de emanações das respectivas Águas, em Portugal tão numerosas, mas infelizmente sem precisão segura das suas indicações.

De um modo geral diremos que as de Vidago, Pedras-Salgadas, Monte-Real e Gerez (além de algumas notáveis propriedades privativas dêste) agindo sobre as funções do fígado, actuam naturalmente sobre um dos órgãos que mais intervém nos reumatismos endotóxicos. As do Luso, hiposalinas, são úteis nas curas por desmineralização, sendo-o também, por mecanismo ainda mal conhecido, as da Curia, muito benéficas mesmo, nas dismetabólicas úricas, digam o que disserem, ou tenham dito, alguns

detractores, lamentavelmente levados por meras questões comerciais.

## B) Fisioterapia

As *medicações* físicas tomam cada vez maior incremento nas afecções reumáticas. De um modo geral associam-se à terapêutica galénica, constituindo-se assim um precioso conjunto.

Hidroterapia. — É a mais antiga terapêutica dos reumatismos. Hoje usa-se por variadas formas: por banhos, por duchas, por envolvimentos úmidos, etc., em qualquer dos casos aproveitando-se a acção da temperatura, o que vai tratado no lugar respectivo, e a da radioactividade, quando aproveitados os mananciais, sulfurosos sobretudo, das estações termais, tão espalhadas entre nós.

Uma noção capital devemos ter presente ao mandarmos os doentes «para as Caldas»: a da cronicidade ou da subagudeza, pelo menos, dos processos articulares, o contrário do que é, em regra, muito fastidioso e contraproducente.

E, se isto se impõe aos reumáticos infecciosos, muito mais ainda aos gotosos.

Os artríticos, fora da sobreposição de episódios artríticos, nada lucram com a hidroterapia.

Electroterapia. — É limitado o seu papel, se pusermos de parte o combate às amiotrafias, pelas correntes

galvano-farádicas e pela ionização ou ontoforese do iodo e do subazotato de potássio na resolução dos processos inflamatórios articulares tórpidos, circunstâncias em que os tratamentos eléctricos, propriamente considerados, têm valor.

O seu alto valimento, quanto à diatermia pelas ondas curtas e longas, será apreciado a seguir.

**Termoterapia.**— É dos bons recursos da terapêutica anti-reumatismal, tão sabido é quanto o calor é um amigo dos reumáticos, designando-se a sua intervenção por **piretoterapia** também.

Pode obter-se por meios exteriores ou interiores ao organismo, isto é, as fontes de calor serem exogénicas ou endogénicas.

Os primeiros são caixas de ar sêco aquecidas por lâmpadas de arco, pelo vapor ou entre-câmaras, em cujo interior se encontram os doentes para os tratamentos gerais, para as febres de origens exteriores. Localmente obtém-se por caixas aquecidas ou pelos eléctrodos de diatermia de ondas longas ou curtas e até por escalfetas de água ou de electricidade, e mesmo por processos domésticos e primitivos, tais a papa de linhaça, o ferro de brunir sôbre flanelas úmidas, etc.

É muito prático o emprêgo da parafina fundente a envolver as articulações, que se mantêm sem queimar-se a 60°.

Há, porém, outro processo de febre artificial, provocada «interiormente» por agentes biológicos

como as vacinas, tal o Dmelcos (bacilo de DUCREY) e o leite; químicos tal a sulfosina, etc., etc.

Não podemos deter-nos em largas considerações, mas não devemos deixar de acentuar que as suas indicações são próprias dos reumatismos inflamatórios crônicos e subagudos e os seus resultados nem sempre são seguros, excepção feita para o R.<sup>o</sup> Gonocócico e certas óligo-artrites arrastadas com derrames abundantes e rebeldes.

A Maçoterapia é com razão considerada um excelente auxiliar das outras formas terapêuticas, embora em limitado âmbito de indicações.

Quanto a nós, ela vale muito no tratamento dos reumatismos musculares, quando consentida, especialmente nas Fibrosites ou nos nódulos. Assim, no Lúmbago e no Torcículo e nas Fibrosites do calcanhar que acompanham ou ficam das crises gotosas, a maçagem de intensidade progressiva e de modo perseverante, é, quanto a nós, superior a qualquer outra modalidade terapêutica secundária ou auxiliar.

\*

A ortopedia e a cirurgia têm também freqüente emprêgo na Reumatologia.

Ora na correcção de anomalias, como seja pelo uso de palmilhas adequadas, nos pés rasos, causas de tantas artropatias a distância, ora no emprêgo de cintos correctivos ou de apoio, por placas metálicas,

como nas ciatalgias por Reumatismo Vertebral lombar, êstes meios ortopédicos simples preenchem por vezes indicações muito importantes.

A cirurgia intervém em muitas e variadas eventualidades. Basta-nos lembrar o seu papel na operação da «furagem» na Coxartrose ou a distensão forçada dos membros inferiores e superiores, respectivamente nas angulosidades dos joelhos e dos cotovelos, banal e corrente complicação evolutiva das grandes artrites infecciosas.

\*

E para rematarmos estas considerações terapêuticas, pela centésima vez repetimos que a PSICOTERAPIA ocupa um dos lugares de maior relêvo em tôdas as doenças do funcional, particularmente nos reumatismos, que feição funcional nos apresentam nas suas fases iniciais e mesmo nas lesionais, quando surtos funcionais tão freqüentemente se lhes sobrepõem.

Todos os reumatólogos sabem quanto de psicoterápico exercem as estâncias de Águas. É preciso que todos os práticos se compenetrem destas noções, *procurando impor-se aos seus clientes*, variando as modalidades terapêuticas e prendendo-os à idéia de cura, quási sempre tão arredia e ocultada pelas vicissitudes sofridas e pelas desilusões experimentadas.



### III PARTE

## OS REUMATISMOS NA MEDICINA SOCIAL E NA MEDICINA LEGAL

### A) Medicina Social

Achamos oportuno fechar o nosso trabalho de conjunto sobre os reumatismos com o capítulo concernente ao vasto e múltiplo papel que representam perante a Medicina Social e até, a Medicina Legal correlativa, hoje, já um pouco acima dos simples ensaios e de próximas e bem humanitárias promessas. Efectivamente, depois de expormos as noções relacionadas com a concepção, jurisdição e classificação dos reumatismos; depois de fornecermos os elementos indispensáveis a uma sofrível iniciação reumatológica e, enfim, feita a história clínica das suas variadas e mais importantes espécies em Portugal, julgámos necessário realçar o seu valor de ordem social, credencial para que a Ciência Médica, impregnada do sacerdócio que lhe é peculiar, possa bradar, solicitar autorizadamente a devida

interferência do Estado e desafiar os sentimentos da benemerência privada, tão evidente e tradicional na alma portuguesa.

Aparentemente, e até na realidade muito complexo o objectivo dêste capítulo, e, só êle, pretexto para obra de amplíssima latitude, poderemos com tato e método simplificá-lo ao âmbito do presente trabalho. E, para isso, os nossos considerandos hão-de girar em volta destas questões:

1.<sup>a</sup> — É tão vasta e tão grave por êsse universo fora a questão dos reumatismos, para os tornar dignos de uma luta de proporções das que se fazem contra os flagelos sociais?

2.<sup>a</sup> — São os reumatismos realmente um flagelo social? E de que categoria?

3.<sup>a</sup> — Em Portugal há reumatismos?

4.<sup>a</sup> — Em que consiste essa luta anti-reumatismal? E como devemos nós defender-nos?

Os reumatismos existiram sempre e, ainda que de intensidade, freqüência e espécies ou formas nosográficas variáveis de uma para outras regiões, êles são universais. Há zonas, poderemos dizer países, mais poupados ou mais atacados; há uns em que predominam estas, outros em que avultam aquelas castas, é certo, mas nenhuma nação pode orgulhar-se de não experimentar as suas agressões.

Podemos assentar que, de um modo geral, êles são menos funestos nas pequenas latitudes, nas inter-tropicais, onde o calor (natural inimigo do reumatismo), com as suas menos freqüentes variações tem

papel de destaque. Mas, nem essas deixam de pagar larga contribuição a três espécies clínicas: a *Gota*, que o calor exalta por si e pelos costumes dos habitantes, as *Artroses simples*, apanágio articular da evolução de todos os povos sem excepção, as *Artroses deformantes*, indiferentes ou quasi ao ambiente meteorológico, climatológico e um pouco até ao social e, finalmente, as *Poliartrites Crónicas Generalizadas*.

Como na devida altura ficou referido, a Gota articular, é considerada de diminuta vastidão na actualidade, mas isso é um erróneo modo de ver, porque as noções dispersas pelas obras antigas e ainda muito ligeiramente apreciadas no presente, correspondiam e correspondem ao que se chamou a Gota clássica, a da articulação do primeiro metatarsiano com a primeira falange dos dedos grossos dos pés, que nós, na prática linguagem, simplificamos por articulações dos joanetes.

Era a Gota dos Senhores, dos Patrícios, dos glútes e devassos dos grandes impérios da antiguidade.

Sabe-se hoje que ela também se «democratizou» e, assim, é rara com aquêlê aspecto e menos exigente na escolha da espécie e do número das articulações agressíveis.

Hoje a Gota reveste o aspecto mais óligo e até pluriarticular, o que talvez tenha tido lugar noutros tempos, em que, aliás, não se sabia fazer a respectiva diagnose.

Ora, a Gota, sendo vezeira dos países quentes e

temperados, constitui-lhes um fardo de certo respeito. Ela e as artroses, estas, fatalidades evolutivas da humanidade, já de si bastam para que os reumatismos mereçam a reacção médico-social universal.

No entanto, as espécies: Reumatismo de BOULLAUD, pelos destroços que opera na juventude, e as Poliartrites Crônicas Generalizadas, pela violência da sua agressão aos adultos em plenas validez produtiva e responsabilidade familiar, juntos a tôda uma larga variedade de outras castas artropáticas, constituem um bloco patológico que tem levado os médicos sociólogos e as administrações estaduais do maior número de nações a considerar os reumatismos como um flagelo social que, na América do Norte, sempre de pitorescas originalidades, classificam de « Inimigo n.º 10 ».

Vistos, porém, a sério, e pretendendo arrumá-los no lugar ou categoria que lhes devemos conceder, os reumatismos são, com a Paralisia Infantil, quanto a nós, os flagelos sociais de ordem patológica n.º 1.

Quais são os que pretendem antepor-lhes? A Tuberculose e o Cancro.

Observemos o que nos dizem e raciocinemos sôbre os factos.

A tuberculose é, em muitos países cultos, muito menos numerosa do que os reumatismos; já vamos justificar-nos.

O cancro, êsse é, felizmente, de menor importância numérica em tôda a parte.

Ponhamos um pouco de lado o valor *quantidade* e olhemos um pouco à *qualidade*.

*A tuberculose é apanágio dos novos, dos ainda improdutos e dos irresponsáveis; as suas vítimas duram, como tais, meses ou um ou dois anos. Sabe-se a prognose e conta-se com ela.*

*O cancro é dos velhos, dos já não produtivos e com as responsabilidades endossadas aos seus sucessores; duração curta, prognose sabida e precauções viáveis.*

O que se passa com os poliomelíticos ou «paralíticos infantis» ou com os reumáticos recidivantes ou crónicos?

*Com os primeiros, tóda uma longa, com os segundos vastos trechos da vida, improdutividade, responsabilidades familiares, fardos da família ou da sociedade, inveterados e persistentes, além de um viver afectivo dos mais depressíveis e acabrunhantes, em flagrante contraste entre os seus sofrimentos morais e físicos e a vida normal dos outros.*

Os reumatismos são, pois, um violento flagelo social de primeira categoria.

Ficam assim respondidas as primeiras perguntas que fizemos.

Vejam os a sua justificação, e só o podemos fazer, socorrendo-nos do que se faz nas outras nações, ante os *Problemas Sociais*, seguramente os que mais fecunda e lisonjeiramente podem exprimir o supremo índice do *Homem civilizado*, e, simultâneamente, vamos respondendo à quarta questão.

Como, em que consiste a luta anti-reumatismal?

\*

## O que custa o Reumatismo nos diversos países

(Noções muito sucintas, respigadas das respectivas  
estatísticas)

Na Inglaterra. — Em 14 milhões de segurados no ano de 1922 o reumatismo representava a *sexta parte* de tóda a invalidez industrial e exigia das Sociedades de Socorros Mútuos o dispêndio de *dois milhões de libras!*

Isto, acrescentado com o valor das perdas de trabalho, avaliadas em três milhões de semanas, equivalia a 17 milhões de libras!

O valor da incapacidade produtiva dependente dos reumatismos equivale à resultante da determinada *pela junção da sífilis e da tuberculose.*

Eis o resumo do que diziam os inquéritos da Saúde Pública.

Na Alemanha onde há *4 reumáticos para 1 tuberculoso*, o «*Allgemeine Orts Krankenkasse*», de Berlim, que em 1925, tinha a seu cargo 67% dos operários desta capital, acusava 25.000 casos de reumatismo e a perda de 100.000 semanas de trabalho.

Segundo ANTON FISCHER, 58% dos operários da indústria, passados os 40 anos de idade, eram lesados pelo reumatismo, dos quais 29% com permanência,

8% ocasionalmente. Para STRAUSS, a morbidade reumatismal é de 10,9% para o homem e 7,7% para a mulher.

Na Suécia. — Neste país, foi por GUNNAR KAHLMETTER organizada a primeira estatística de ordem reumatismal de todo o universo. Pode, por isso, e pelo entusiasmo com que aquêlê intemerato clínico e professor organizou a luta correlativa, concluir-se que foi a Suécia o berço da formidável campanha anti-reumatismal, que de há anos e de cada vez mais enèrgicamente, se opera por tôda a parte.

Ficou logo de início apurado que em 1918 o r.o articular crónico determinava 9,1% de tôdas as incapacidades de trabalho.

Em 1928 sabia-se que a percentagem subia para 12,4%.

Em 1932 KAHLMETTER concluiu dos seus inquéritos oficiais que o número dos reumáticos crónicos, inválidos definitivamente, perfazia 350.000 o que correspondia a 6% de tôda a população sueca.

Análogas conclusões poderíamos referir para a Noruega, a Dinamarca, etc.

Vejamos nos **E. U. da América do Norte**. Os reumáticos atingem a média de 12% da população, variando, como é natural, de uns para outros estados, o que é óbvio, tão extensa é a sua latitude e correlativas variantes, outros tantos factores reumatogénicos.

O que se passa na **América do Sul**, relativamente à **Argentina e Uruguai** é aproximadamente o mesmo.

No primeiro destes países, contudo, dizem-nos MORENO e TARNOPOLSKY, do centro anti-reumático da Faculdade de Medicina da capital, só a Doença Reumatismal (R.º P. Agudo), dá tanta letalidade como *a gripe, a difteria e a tuberculose somadas!*

E o DR. SLOER, da cidade de Rosário, fornece uma estatística, pela qual se vê que, dos 4 aos 5 anos, **a letalidade pelo Reumatismo é de 12 % da total por doenças infecciosas!**

Na França. — Nação mais próxima de nós em condições climatológicas, não há um departamento demográfico perfeito relativo aos reumatismos, não obstante os brados, já longínquos, de alguns dos muitos reumatólogos de primeira categoria que aquêlê país pode orgulhar-se de possuir.

Tarde e a más horas, o Estado veio a compenetrar-se do seu papel e pode contar-se para breve com um movimento estatístico e de socorros brilhante e fecundo.

No entanto, e por estatísticas fragmentárias, algo se pode apreciar.

Assim, por exemplo, a *Caixa interdepartamental dos Seguros Sociais do Sena e do Sena-et-Loire* mostra que em 46.951 doentes examinados durante um ano — Março de 1936-Fevereiro de 1937 — houve 1.715 reumáticos, ou 3,68 %.

Outro exemplo: O DR. BARTHE, médico de uma Empresa dos arredores de Paris, erigiu a recente estatística seguinte: Os salários pagos ao pessoal em 1934, 1935 e 1936 elevaram-se à totalidade de 62:454.575 Frs. Só as indemnizações — doenças globais naqueles três anos atingiram 3:114.364 Frs.

As relativas aos reumáticos chegaram a 408.722 Frs., ou seja 0,654 0/0 dos *salários totais* referidos a 13 0/0 de tôdas as indemnizações-doença.

¿E quantos mais dados parciais poderíamos acrescentar, se êstes não fôsem já tão expressivos? E, todavia, é opinião geral que na França o movimento estatístico oficial de ordem reumatológica é deficientíssimo e deve traduzir um número global de reumáticos muito desfalcado, sendo, porém, mais severo e escrupuloso no ponto de vista técnico-médico, quando se dirige à destrinça de castas ou espécies, o que é realmente mais profissional do que sociológico.

Mesmo assim os DRS. F. COSTE e M. MORIN (1) de quem respigamos algumas das notas anteriores, concluem por estas palavras quanto à França: «Tôdas as formas de reumatismo representam um grave encargo da Sociedade». O R.º Articular Agudo é uma causa freqüente de hospitalização, nos serviços de Pediatria principalmente.

Se êle determina uma reduzida mortalidade ime-

---

(1) *O que custa o Reumatismo* — «Rev. du Rhumatisme», Abril, 1939.

diata, esta aumenta consideravelmente nos anos que seguem a crise aguda.

É sobretudo pelas suas sequelas cardíacas que a Doença de BOULLAUD constitui um flagelo. Ela produz todos os anos grande número de enfermos, frequentes hóspedes dos serviços de Medicina e das consultas de Cardiologia. O r.<sup>o</sup> cardíaco é uma causa importante da incapacidade de trabalho: absoluta nos cardíacos graves, relativa nos cardíacos compensados, destinados a trabalhos que não exijam esforço algum, pretexto bastante para a questão da *orientação profissional* das crianças e dos adolescentes e da mudança de profissão dos atingidos já adultos.

Do que fica dito, poderíamos tirar uma conclusão-resumo, já muito edificante, sobre o valor da questão social dos reumatismos.

Preferimos, porém, fazê-lo pela boca de um reumatólogo alemão de renome mundial, o DR. ANTON FISCHER, que, no seu último livro <sup>(1)</sup>, o faz por forma tal, que parece baseado nas premissas que acabamos de referir, e pela forma seguinte (pág. 241):

«O aumento de encargos imposto às sociedades de Seguros Sociais pelas chamadas doenças «reumáticas» determinou, nos últimos anos, tanto na Alemanha como nos outros países, o desenvolvimento de investigações higiênico-sociais intensas. Em primeiro lugar, reuniram-se os dados estatísticos necessários,

---

(1) Versão espanhola — sobre «Reumatismo e Afeciones Análogas» — Editorial Labor, 1935.

trabalho realizado na Alemanha por KREBS e ZIMMER, nos países Escandinavos por KAHLMETTER e JANSEN e na Inglaterra pelo Ministério da Saúde Pública, resultando saber-se que, aproximadamente 10 a 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dos gastos das Sociedades Médicas e mais 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dos dispêndios por invalidez, eram devidos a estas doenças reumáticas e, portanto, supõem, para os Seguros Sociais, encargos maiores do que os da tuberculose ».

E, quanto aos outros países, basta esta súmula para justificar que os reumatismos representam um grande flagelo social, quer nos reportemos aos destroços operados na infância e na adolescência, quer nas idades maduras, o que, aliás, mais adiante, ao tocarmos na questão Médico-legal, será corroborado e reforçado.

E entre nós ?

\*

## O Reumatismo em Portugal

¿ É Portugal um país de reumáticos ? Não há resposta oficial ; não há estatísticas, mesmo particulares, nem nos consta que alguém as esteja a organizar. Talvez em futuro próximo, quando os nossos profissionais se interessarem pela questão reumatológica, quer no conhecimento científico, quer no seu aspecto demográfico e estatista e as entidades oficiais, fábricas, emprêsas, etc., a isso se disponham.

Há, contudo, muitos elementos edificantes da sua existência vastíssima.

Uma fonte quási oficial encontra-se nessas estâncias termas, tão numerosas no nosso país, o que é, pelo menos na aparência, do conhecimento público.

E cada clínico do norte, do sul e de tôda a Nação que o diga, depois de esquadrinhar o seu arquivo e depois de um pequeno esfôrço de memória abrangente do seu passado profissional.

E escusamos nós de depor sôbre a plêiade incontável dos reumáticos a quem, durante mais de trinta anos, temos prestado serviço e sôbre as investigações num assunto, que, com a Paralisia Infantil, tem absorvido a maior parcela da nossa actividade, que, com orgulho o afirmamos, não tem sido das mais inertes.

¿Então, por que não mereceu êle cuidado algum às entidades competentes, governativas, pedagógicas e até beneméritas?

Em primeiro lugar, porque nas grandes iniciativas de reformação social não é lema nosso seguirmos na vanguarda, freqüentemente bem pelo contrário; em segundo lugar, por um paradoxal conceito universal até não há muito, e manifestamente nosso na actualidade ainda, integrado no espírito público, mesmo categorizado, sob esta antípoda fórmula: «¿É reumatismo? não tem importância», ou então; «¿é reumatismo? isso já não tem cura».

E esta síntese tem um tal ou qual fundamento em parte. O grande equívoco resulta da leveza generalizadora. É que uma dor numa articulação,

num músculo... é tudo reumatismo, e como tal não vale nada.

Por outro lado, um inválido ou um menos válido com deformações, com claudicações e dores, etc., é dos tais «que já não têm cura»...

E vá de dispensar o recurso à medicina, e fazer umas fricções aconselhadas pela vizinha do lado ou ir passar uns dias às Caldas ou às Praias, isto concernente aos da primeira categoria.

Os da segunda, êsses são conhecidos só dos íntimos, porque os infelizes padecentes, por impossibilidade, por pudor, por sofrimentos, lá vão para o catre ou para a fôfa poltrona, donde não dão nas vistas e, a ocultas, fenecem e caquetizam-se meses, anos sem conta, até à vinda de um banal episódio bronco-pulmonar, bacilar ou outro, que lhes remate o pobre ciclo vital.

Se, porventura, entre nós houvesse o Seguro Social, tanto bastaria para aquilatar-se da depreciação profunda dos orçamentos pelo flagelo reumatismal, aqui, como lá fora, a ombrear pelos maiores, à parte o que em todo o mundo representa o natural e maior devastador da humanidade — a Arteroesclerose. E, assim, apurar-se-ia o que Portugal, país de climas, de meteorologia, de etnologia e de variantes económicas tão multiformes, alberga de infortunados, que nem sequer boa assistência clínica podem ter, por falta de instituições apropriadas, independentes ou anexadas aos hospitais e Misericórdias, pretextos suficientes para se ter iniciado já o corres-

pondente ensino nas nossas Faculdades e a organização de Ligas, Comitês, etc., aptas para a luta contra o reumatismo, tarefa meritória que, hoje em dia, quasi em Nação alguma deixa de existir.

¿E quais são as formas de reumatismo privativas ou predominantes no Portugal metropolitano, como, pouco mais ou menos, nas suas possessões adjacentes?

Não se pode afimar, com precisão, ao lançarmos mão dos recursos semi-officiais tirados dos arquivos das nossas Estâncias Termais, isto pelo pouco tempo de que dispõem os seus clínicos para observações completas, pela insubmissão dos padecentes às necessárias prescrições médicas e, ainda, por vezes, pela falta de aparelhagem e dos meios de terapêutica próprios de determinadas castas reumatológicas, tudo aliado ao deficiente entusiasmo pelas investigações da parte dos respectivos profissionais ante problema de tão complexo objectivo.

Pode dizê-lo um pouco melhor quem se tenha dedicado apaixonadamente à momentosa questão e queira invocar o valioso auxílio do que, mais ou menos firme já é conhecido nos países de latitudes, climas e costumes mais aproximados e semelhantes aos do nosso.

E, supondo-nos em tais condições devemos responder assim: Dissemos logo nos primeiros capítulos do nosso trabalho, a propósito da *classificação dos reumatismos*, que só faríamos no seu decurso expositivo, a história clínica das formas que em Portugal

mais trivialmente existem — e são quasi tôdas, se não tôdas as dos outros países — mas merecem referências as que, pela sua importância numérica e clínica, mais dignas sejam do nosso maior cuidado.

Ei-las pela sua ordem, quanto a nós, de número e valor social:

1.º — Artroses (Óligo e Poliartroses simples e deformantes e de estas principalmente as Coxartroses);

2.º — Reumatismos Vertebraes, com as suas irradiações cérvico-braquiálgicas, ciatálgicas e lombálgicas;

3.º — Reumatismo de BOUILLAUD;

4.º — Poliartrites Crónicas Generalizadas;

5.º — Reumatismo Gotoso agudo e crónico;

6.º — Reumatismo de feição PONCET;

7.º — Periartrites da Espádua;

8.º — Reumatismo Gonocócico;

9.º — Reumatismos post-infecciosos (Escarlatínico, Melitocócico, Ebertiano, etc.).

Quem leu as respectivas histórias clínicas nos correspondentes capítulos dêste trabalho, adquiriu as noções exactas da categoria nosográfica que lhes corresponde e isso torna-se indispensável em todos os campos de acção, quer de ordem clínica, quer de ordem social, pois anárquica, por prolixa e vária de sentido (por vária de concepção) é a questão reumatológica, a mais perturbante da Patologia humana.

Abstemo-nos de exhibir números do que pertence ao nosso vastíssimo arquivo clínico. Êles têm feição não official, o que basta para impor-nos essa reserva.

Invocamos, porém, a numerosa falange de colegas de todo o país e, naturalmente, de predomínio nor-tenho, dos menos aos mais categorizados, mesmo nas altas esferas do Magistério médico, a emprestar-nos autoridade para podermos afirmar de maneira decisiva o que já dizíamos em 1936 (1): «Portugal é um país de reumáticos. Há-os de tôdas as formas, porque o nosso país, que oferece tôdas as modalidades de clima, hábitos, vícios e deficiências da grande maioria das outras nações, deve oferecer e oferece também tôdas as suas modalidades mórbidas e consequentemente os reumatismos... Efectivamente, existem e numerosos, ligados ao frio, à umidade, à miséria: há-os harmonizados com as profissões; há-os discrásicos ligados à intemperança; há-os ligados a temperamentos «criados» por hábitos regionais, de longas gerações seguidos, etc., há-os finalmente, até, dos tipos próprios das regiões quentes».

E, hoje, seis anos decorridos, com novas falanges de pacientes observados e correlativas e mais profundas reflexões feitas, reiteramos com entusiasmo o que então pensávamos e dissemos, reafirmando: «Portugal é um alfobre de reumáticos de todos os tipos nosográficos, de tôdas as variedades de agressividade familiar e social, silencioso e *desconhecido*, porque não houve ainda quem o desse a conhecer,

---

(1) H. GOMES DE ARAÚJO — *O Problema Social do Reumatismo* — Portugal Médico — Novembro de 1936.

por um lado, e por outro, porque, de um modo geral, os portugueses não estão armados ainda com uma *débil lupa* de interêsse, capaz de lhos tornar enxergáveis.

É êste o duplo fim dos nossos esforços, que na medida do possível, condensamos, infelizmente de modo bem resumido, nas páginas da presente obra.

\*

### A Luta Anti-Reumatismal

Do que fica referido, deve concluir-se o volume, e importância, individual, familiar e social dos reumatismos nos outros países e no nosso.

Vamos agora, e mais resumidamente ainda, apontar o que se faz lá fora, alvitrar aquilo que se deve fazer entre nós num futuro próximo e bradar pelo que se deve fazer já.

*Na Suécia*: País originário da luta anti-reumatismal pela super-intendência do PROF. KAHLMETTER, o Seguro Social, a Direcção de Pensões, todos os organismos de Assistência e de Previdência Social criaram hospitais especializados, pavilhões anexos aos hospitais gerais, dispensários, etc., tomaram as inerentes medidas de Profilaxia e Higiene, e promoveram a pensão correspondente aos anos de trabalho e às responsabilidades familiares, o que equivale à garantia da existência dos inválidos, passageira ou definitivamente, e das pessoas da sua responsabilidade.

*Na Inglaterra e na América do Norte*, além de múltiplas e fecundas medidas adoptadas contra tôdas as espécies, não esqueceram, antes determinaram especiais atenções às relativas ao reumatismo da infância, que é essencialmente, o R.<sup>o</sup> de BOUILLAUD e assim, criaram nas grandes clínicas infantis serviços especiais adequados, bem como os «Lares de Convalescentes», onde permanecem as crianças até à desapareição de tôda a sintomatologia mais grave.

Ali se tentam tôdas as medidas profilácticas, tais como a amigdalectomia, a odontoterapia, isto sempre acompanhado por uma perseverante terapêutica.

Desnecessário será aludir-se à perfeição das correlativas medidas de ordem económica.

*Na Alemanha* onde o Seguro Social tem progredido imenso, os reumáticos encontram a sua invalidez assegurada, mas antes de atingi-lo, são submetidos a perfeitas medidas higiênicas e terapêuticas, porque estatísticas minuciosas se têm elaborado no duplo sentido de assistência e de peritagem. Refere-nos FISCHER que êle e o Higienista do Trabalho TELEKY realizaram no ano de 1930 investigações sôbre 1.113 trabalhadores de diversas emprêsas industriais, só homens de mais de 35 anos, e verificaram que as doenças do aparelho locomotor, que nós englobamos no grupo — *doenças ou afecções reumáticas* — pesavam nos Seguros Sociais com 60 0/0, havendo a descontar as *afecções de desgaste* que nós denominamos «Artroses», particularmente as *Espondilartroses*, que representavam 32 0/0.

Ora, para tudo isto se destinam Hospitais, Casas de Saúde, bem providas de tôda a aparelhagem de fisioterapia, mormente para evitar-se a remessa dos padecentes para as estações de banhos, dadas múltiplas e óbvias dificuldades de eqüidade e de economia.

E, para não prolongarmos demasiadamente considerações de pormenor relativas às medidas anti-reumáticas tomadas não só nos países que acabamos de referir, como ainda na Holanda, Bélgica, Dinamarca, França, Áustria, Argentina, queremos sintetizá-las, dizendo que elas são de duas categorias: uma científica, técnica, médica, de investigação e de tratamento, outra meramente económica.

As da primeira categoria competem aos cuidados das Ligas Nacionais contra o reumatismo, existentes em quási tôdas as nações europeias, simples Comitês na vizinha Espanha.

Tôdas elas estão subordinadas a uma *Liga Internacional contra o Reumatismo*, que tem a sua sede na Holanda — Amesterdão, sob o impulso do DR. VAN BREEMEN, fundada em 1929.

Nestas instituições organizam-se estatísticas do número global de doentes, variedades de espécies, investigações de tôda a feição e indicações de ordem terapêutica.

E isto bastará para se avaliar a grandeza do Problema dos Reumatismos, como outra não conhecemos, senão contra o cancro, nos tempos que decorrem.

Há depois as medidas de outra categoria — *as de ordem económica* — que visam o cumprimento das providências médicas para a cura dos curáveis e para a salvaguarda económica dos inválidos.

*Na Argentina.* — Os DRS. A. MORENO e TANOR-POLSKY (1) director e adjunto do Centro Anti-reumático da Fac. de Medic. de Buenos-Aires — queixam-se da apatia das autoridades argentinas, realçando quanto têm valido algumas pessoas altamente colocadas nos seus círculos universitários e legislativos.

E em Portugal? — Adivinha-se a resposta. Evidentemente que, se os reumatismos representam uma questão morta, ou antes ainda não nascida, a correlativa reacção vida alguma poderá ter.

Mas Portugal é um país de reumáticos, logo implicitamente, o nosso brio, aliado à tradicional nobreza de sentimentos dos portugueses, não pode dora-avante permanecer inerte.

Será o caso de haver quem, em vão, nos desafie e aponte a existência do mal e quem brade aos ouvidos daqueles a quem compete combatê-lo, e êsses, são, em primeiro lugar, os Médicos, ensinando como, e indicando o porquê e depois o Estado e a Benemerência particular, que dispõem dos meios necessários à acção respectiva?

Vê-se, pois, que pertence à Medicina agir desde

---

(1) *El Problema Higienico-Social del Reumatismo*, Edit-El Ateneo, Buenos-Aires, 1941.

já, e para isso alvitramos a criação de cursos de Reumatologia anexos às Clínicas das nossas Faculdades, de conferências públicas e de artigos nos periódicos gerais, tendentes a integrar no espírito dos portugueses noções ligeiras, mas eliminadas do «maravilhoso» e do quasi pitoresco modo vulgar de compreender o que é o reumatismo e quais os seus perigos.

E, finalmente, pondo de lado mesmo o feitiço de imitadores, que o somos tanto e por vezes bem lamentavelmente, criando Ligas, ou, como na Espanha, simples comités contra o reumatismo, onde se faça um censo exacto de todos os pacientes, êste, somatório rigoroso das estatísticas organizadas nas fábricas, nas estâncias termais, nas praias, isto é, nos meios do trabalho e nos a que convergem os doentes em procura dos reduzidos e quasi sempre insufficientes meios terapêuticos e, enfim, utilizando os dados fornecidos pelos delegados de saúde, pelos facultativos municipais e pelos clínicos dispersos pelo país.

Estamos certo de que, com um pouco de boa vontade, orientada por uma regular compreensão dos deveres normais de todos os profissionais da Medicina, no Magistério e na Clínica, tudo seria ou será levado a bom termo.

E isto é uma necessidade. Isto é um dever. Isto é mesmo questão de honra nacional.

Podemos afirmar que, entre a tão numerosa falange de médicos em Portugal, só nós e mais não

chega a meia dúzia, temos abordado o momentoso problema, e, ainda assim, só focando idéias muito fragmentárias: nem mesmo uma singela monografia existia entre nós.

Se esta excepção fôsse honrosa, Portugal detinha essa honra na Europa, na América e enfim, em todo o Mundo civilizado, onde, para o ser, o combate aos grandes flagelos sociais ocupa os primeiros lugares e preocupações.

Uns alvares, leves ainda, marcam uma promessa. Queremos referir-nos à simpática Obra do PROF. DR. JOÃO PÔRTO, da Faculdade de Medicina de Coimbra, com o seu *Centro de Cardiologia*.

Ali vão nascer medidas de defesa e de protecção de e para os cardiópatas.

Ali vão, corolàriamente, ser cuidadas as pobres crianças, jovens e até maduros cardíacos agredidos pelo Reumatismo de BOUILLAUD e, naturalmente, criará um pretexto para avaliar-se quanto uma só casta reumatismal pode contribuir para eliminar ou inutilizar, parcial ou totalmente, falanges de compatriotas.

E o que poderia dizer-se das outras espécies?

Virá depois o conjunto de medidas económicas relacionadas com o Seguro contra invalidez, já o dissemos, *o índice máximo da verdadeira Civilização*, e então os reumáticos compartilharão largamente do correspondente quinhão.

E não cremos dever esperar muito. Sentimos que as altas esferas governativas começam a compene-

trar-se da responsabilidade que sob tal objectivo lhes cabe.

Quanto nos têm animado as determinações do actual Senhor Sub-Secretário de Estado das Corporações e da Previdência Social, mormente as relacionadas com as Casas do Povo!

Não desanimemos, pois.

E como é pelos médicos que a questão deve começar, outro intuito não temos, ao publicar êste trabalho, deficiente, mas a primeira obra de conjunto que sôbre reumatismo nasce no nosso país. Êle não é filho da vaidade, mas apenas do Dever.

## B) Medicina Legal <sup>(1)</sup>

Questão nascente, ela oferece as naturais dificuldades de exposição e de crítica, se bem que algumas das suas facêtas tenham já certo grau de clareza e não tardará muito a que os Tribunais, especialmente os do Trabalho, dela se ocupem, quanto a indemnizações por accidentes ou por doenças profissionais.

Mas há casos vulgares, correntes, da jurisprudência médica que, se não nos consta terem sido postos

---

(1) Prevenimos que, como *reumatismos*, ao fazermos um esboço de crítica médico-legal, queremos exprimir tôdas as afecções reumatismais propriamente ditas, e as reumatiformes, isto é, de um modo geral, tôdas as afecções articulares do fôro médico abrangidas na 2.<sup>a</sup> parte dêste livro, a Clínica Reumatológica: Artrites e Artroses.

em relêvo, aqui, como lá fora, isso deve depender do inédito da sua aparência.

Nestas sumárias notas, cujo objectivo, encarado em conjunto, como o vamos fazer, ainda não vimos nem esboçado, ocupar-nos-emos dos dois aspectos: o problema das indemnizações e o das responsabilidades criminais.

Comecemos por êste, que supomos inédito e cite-mos um facto que vale um esquema.

Uma mulher solteira que vive do seu trabalho (criada de servir) de 40 anos, tinha já duradouras relações com um homem casado. Era saudável, robusta.

Um dia aquêle contrai uma blenorragia e, sem o menor reбуço, contamina-a e à espôsa.

A primeira verifica o corrimento, sabe pelo médico assistente a sua natureza e revolta-se contra o contaminador, infelizmente a salvo da Justiça

Umás três semanas depois, surge uma artrite violenta num joelho e outra, menos intensa, mas mais plástica, num cotovêlo. Somos convidado a assisti-la e depressa concluimos pela natureza gonocócica do seu reumatismo.

O joelho depressa foi para a cura, mas o cotovêlo anquilosava-se em ângulo de 150° e assim permaneceu, mesmo porque a doente não dispunha de meios para terapêutica mais decisiva, ainda que já muito duvidosa em resultados.

Não tem o contaminador responsabilidade criminal pelos prejuízos causados, ainda que em parte

inconscientemente, pelo menos bem maior do que a correspondente a um acidente de trabalho, tanto mais que se trata de homem *engravado*? O que é que poderia impugnar-se contra a reclamação da vítima? Que se trataria de uma afecção natural, ou pelo menos em uma predisposta?

A Reumatologia actual não consentiria tal situação equívoca, permitindo analisar bem todos os aspectos da questão.

Mas este caso tem outra história, cujo fundamento é semelhante ao da anterior. A espôsa atraçoada trazia em litígio um processo de divórcio, ainda que coabitando vesgamente com o marido, e tudo corria no sentido de uma pensão a determinar. Foi nesta altura também contaminada pela blenorragia.

Suponhamos, o que não aconteceu, que uma ou mais artrites gonocócicas surgissem também.

Não deveria ser muito mais elevada a pensão a decretar?

Que elementos o determinariam e quem daria os respectivos fundamentos senão a Reumatologia?

Será este o departamento da Patologia humana onde se irão buscar os dados necessários para a resolução de inúmeras ocorrências delicadas e complexas, tal por exemplo a de uma empresa que aceita ao seu serviço um operário, em aparência são, mas portador da sua cardiopatia com origem em antigo R.º de BOUILLAUD, operário e empresa devidamente avisados, esta admitindo o primeiro por falta de

mão de obra, aquêlé aceitando, por necessidades económicas, serviços violentos, com que não podia, pelo que veio a morrer.

E quantos mais e diversos?

Problema das indemnizações. — Êle refere-se particularmente aos r.<sup>os</sup> profissionais e é objectivo já mais estudado da questão que nos ocupa.

Até há pouco, as numerosas perturbações profissionais eram tidas como reumatogénicas. Eram vagos e muito inoportunos certos dados para fundamentos de estudos exactos da hygiene do trabalho, assim se expressa A. FISCHER, de quem vamos aproveitar os mais apreciáveis comentários e criticas. Preceitua êste autor que, antes de tudo, devemos separar bem os reumatismos devidos a determinadas actividades profissionais dos que se devem a *outra* etiologia, que, ainda que desfavoravelmente influenciada pelas profissões, como *profissionais* não devem considerar-se.

Um óptimo meio de destrinça, opina FISCHER, é verificar se uma afecção considerada profissional *origina alterações análogas* em todos os que se dedicam ao mesmo officio e a importância que podem alcançar estas alterações e, por outro lado, justificar que a influência profissional em questão intervenha em todos os padecentes portadores das mesmas manifestações, isto por palavras nossas, quer dizer o que se deve ao indivíduo ou *terreno* e o que depende do exterior, nestes casos, da profissão. E conclui,

pelo que de numeroso lhe passa pela fieira da observação no Balneário Provincial da Renânia, no respeitante à classificação dos reumáticos por *ofícios* ou *profissões* :

a) No referente às *Artrites* infecciosas, em ofícios muito expostos, tais como mineiros, trabalhadores de altos fornos, agricultores, etc., o número dos doentes era muito inferior ao dos artróticos. O mesmo refere a respeito da doença de STRÜMPELL-MARIE (Espondilite Anquilopoiética) de que aparecem só 16 0/0 nos ofícios muito expostos, 25 0/0 nos medianamente expostos e 59 0/0 nos nada expostos.

Aqui cumpre-nos referir que, talvez questão de coincidência, os casos que conhecemos desta terrível doença, e não são poucos, bem pelo contrário, não nos mostram essa predilecção pelos *finos*, surgindo-nos quasi indiferentemente de tôdas as classes.

b) Pelo que concerne às *Artroses* ou artropatias por usura e desgaste, unânimemente se têm como muito mais profissionalmente reumatogénicas. Aqui sim; quanto mais expostos, violentos mais «desgastantes» forem os trabalhos, tanto maior é o número de artroses profissionais, longe, porém, de atingirem o número que se fazia prever.

A Reumatologia tem-se esforçado em minuciosos estudos, por garantir os operários *sem lesar injustamente as Empresas, os patrões, ou as Companhias de Seguros*, para o que se deve seguir o caminho adoptado por FISCHER e outros investigadores, a

que há pouco nos referimos, e respeita a apreciar o terreno e as funções profissionais.

E, neste sentido se têm estudado os trabalhadores de diversas espécies de actividades: transportadores de grandes pesos, broquiadores mineiros, torneiros, etc., e tem-se chegado a averiguar uma relativamente manifesta inofensividade, desde que a *estática e a dinâmica se efectuem* em membros com articulações naturalmente perfeitas, isto é, sem joelhos ou pés valgos, ou rasos, sem escolioses ou outros vícios vertebrais de posição (sabe-se que o ráquis e os membros inferiores formam uma unidade funcional).

E como estas, outras conclusões estão em via de tirar-se, à custa de persistentes trabalhos de investigação.

Já se chegou mesmo à admissão de artroses dos cotovelos dos trabalhadores com aparelhos de ar comprimido, como doença profissional indemnizável, sendo na Alemanha os médicos assistentes obrigados à declaração oficial às respectivas Empresas de Seguros. SEYRING e ROSTOK erigiram-na mesmo em doença bem delimitada, com aprovação geral, constituída em 55 0/0 aos 3 anos de serviço, e 61 0/0 aos 10 anos.

E, se nos embrenhássemos nas questões de *simulação*, no recurso à « criação » ou exagêro dos padecimentos para o acolhimento à protecção das Empresas seguradoras ou das responsabilidades patronais?

Eis uma pequena amostra do vasto papel a desempenhar em breves tempos, mas não devemos

alongar-nos nestas considerações, que vêm só para estímulo dos investigadores e indicação de mais uma via notável da elucidação da Justiça, elemento considerável da Civilização e do Bem da humanidade, havendo já importante legislação em muitos países, inclusive na vizinha Espanha e crendo que não muito se fará esperar também em Portugal.



## ÍNDICE

	Págs.
CARTA-PREFÁCIO . . . . .	1
PRÉVIAS EXPLICAÇÕES . . . . .	1

### I PARTE

#### INICIAÇÃO REUMATOLÓGICA

Anatomia . . . . .	5
Histofisiologia. A cavidade articular é uma cavidade conjuntiva. As células da sinovial têm os atributos do histiócito banal. . . . .	6
<i>Proposições fundamentais da Reumatologia</i> . . . . .	8
<i>Reumatismo e «Reumatismos»</i> . O conceito que adoptamos. Classificação . . . . .	13
Vicissitudes da concepção e da jurisdição nosográfica do Reumatismo. . . . .	13
Há um século e há 12 anos. Bouilland, Seglas e a escola de Leipzig. R. <sup>os</sup> específicos e criptogenéticos . . . . .	14
A doutrina unitária e a tradição . . . . .	15
O Reumatismo modelo ou Poliarticular Agudo ou R. <sup>o</sup> de Bouillaud . . . . .	16
Aceitamos o unitarismo ou, melhor, um restritismo nos R. <sup>os</sup> crónicos . . . . .	17
O R. <sup>o</sup> crónico post-Bouillaud Agudo entra, quanto a nós, no quadro geral dos R. <sup>os</sup> crónicos . . . . .	18

	Págs.
Diversas artropatias que enfileiramos ao lado do Reumatismo, com a designação de «Reumatismos» . . .	19
Como deve organizar-se uma <i>Classificação</i> reumatológica. Simples e realista. Os dois grandes grupos:	
Artrites e Artroses. . . . .	20
Caracteres das Artrites . . . . .	21
Caracteres das Artroses . . . . .	22
Quadro-resumo dos Reumatismos (segundo a nossa orientação prática) . . . . .	24

#### BREVES NOÇÕES DE PATOLOGIA GERAL REUMATOLÓGICA

<i>Etiologia</i> . Infecção e intoxicação. . . . .	25
Teoria focal. Principais focos. A sua inconsistência e a sua utilidade . . . . .	26
Terreno reumatismável e biótipos . . . . .	28
<i>Patogenia</i> . Acção directa e repercussão alérgica. Reumatismo proteinico experimental. A escola de Klinge de Leipzig . . . . .	29
<i>Anatomia patológica</i> . O granuloma de Aschoff . . . . .	30

## II PARTE

### CLÍNICA REUMATOLÓGICA

1 — REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO. — Denominações . . . . .	33
Formas articulares e viscerais . . . . .	34
A justa denominação de <i>Reumatismo de Bouillaud</i> . . . . .	35
<i>Etiopatogenia</i> — As idéias de Löwenstein e as investigações do Prof. Ramalhão por nós solicitadas . . . . .	36
Aspecto clínico—A grande percentagem das cardiopatias . . . . .	37
R. <sup>o</sup> nodoso e Púrpura reumática . . . . .	38
<i>Diagnóstico e evolução</i> — As formas frustas—Serão estas o pretenso R. <sup>o</sup> estreptocócico? . . . . .	39

	Págs.
Reacção imunobiológica de Meister . . . . .	41
Recidivas ou crises onduladas . . . . .	42
Tratamento . . . . .	42
Formas frustas e sulfamidas . . . . .	44
Simbiose com a Gota . . . . .	45

## II

## REUMATÓIDES OU PSEUDO-REUMATISMOS

Condições que os justificam . . . . .	47
<i>Reumatismo Escarlatínico</i> — Semelhança ou identidade com o R. <sup>o</sup> de Bouillaud? . . . . .	49
<i>Reumatismo Gonocócico</i> — Perigos e freqüência — Articulações preferidas — Semiótica . . . . .	50
Tratamento — A pieretoterapia . . . . .	53
<i>Reumatismo Tuberculoso</i> — Será « mera impressão » pergunta Marinesco? — Concepções forçadas de Poncet R. <sup>os</sup> Tuberculoso e de Bouillaud . . . . .	55
Como se pode ver hoje o R. <sup>o</sup> de Poncet . . . . .	56
Uma das suas feições por nós destacada que outrora constituiria um tipo mórbido — seus caracteres . . . . .	58
Tratamento . . . . .	61
<i>Reumatismo Proteínico</i> — Como êle contribui para a noção de patogenia reumatológica — uma observação curiosa . . . . .	61

## III

## GOTA ARTICULAR

Feição geral — Definição de Violle — Só merece a nossa atenção a Gota úrica . . . . .	63
Uricemia e Gota — Gráficos de Umber e de Rathery — Nefrite retencional — estados biológicos do á. úrico e dos uratos . . . . .	65

	Págs.
Gota autêntica sem hiperuricemia segundo Gudzent — Experiências de Kionk, Barnes e Hansen . . . . .	65
<i>Etiopatogenia</i> — Idéias de J. Sedillot — Sinais de Widal e de Freund . . . . .	67
Aspectos do biótipo gotoso — Segundo nós: o morfoló- gico, o funcional e o psíquico . . . . .	68
As duas grandes causas determinantes: a super-alimen- tação e a sedentariedade . . . . .	69
A gota aguda é um «ictio» alérgico — Influência dos «trauma» psíquicos. . . . .	70
A gota é muito mais freqüente do que se afirma — Como nós interpretamos o negativismo de Guzent e Holz- mann das conclusões tiradas de 32.089 autópsias no H. <sup>al</sup> do Charité de Berlim . . . . .	71
Como apreciamos a Gota nos seus aspectos clínicos . .	72
<i>Gota aguda</i> — Dois nossos esquemas sôbre a duração, rebelia das crises e biótipos. Observação . . . . .	75
<i>Gota crônica</i> — Observações . . . . .	81
Formas associadas — Gota «builódica» . . . . .	86
Seqüelas da Gota . . . . .	87
Diagnóstico . . . . .	89
Profilaxia e Higiene — O artritismo — A família patoló- gica de Bouchard — O pletórico de H. Paillard — A quantidade e a qualidade na alimentação — «O gotoso pode comer como qualquer normal, se normalmente souber comer», dizemos nós — As sensibilidades e sensibilizações pessoais — A asso- ciação Gota - Diabetes — Verdadeira oportunidade do « <i>Cura te ipsum</i> » . . . . .	91
<i>Terapêutica</i> — O colchico e o Atofam — A maçagem, a hidroterapia e a crenoterapia . . . . .	96

## IV

## REUMATISMOS CRÓNICOS

1 — ARTRITES — Porque não extremamos as formas agudas e crônicas dos R. <sup>os</sup> tuberculoso e gonocócico— Tendência à restrição do caos de um « recente » outrora — O nosso unitarismo nos R. <sup>os</sup> crônicos: o anatómico vindo de Aschoff e o patogénico oriundo de Weintraud . . . . .	103
Os limites convencionais das oligo e poliartrites adoptadas no M. <sup>o</sup> da Saúde Pública de França em 1940 . . . . .	106
Mono e Oligo-artrites . . . . .	107
<i>Poliartrites Crônicas Generalizadas</i> — Vasto problema da Reumatologia — Sua jurisdição nosográfica e caracteres construtivos . . . . .	109
As P. C. G. são criptogenéticas . . . . .	111
Clínica e observações . . . . .	112
P. C. G. mais neurotróficas do que inflamatórias — São as Poliartrites Crônicas Simétricas, as únicas que correspondem aos R. <sup>os</sup> crônicos de Charcot . . . . .	124
Poliartrites e psorise . . . . .	129
Etiopatogenia . . . . .	130
Diagnóstico . . . . .	132
Terapêutica — Papel do Ouro e do Piramidão. . . . .	133
2 — ARTROSES ( <i>Osteoartrites</i> ) — Por que as incluímos nos Reumatismos — O que é uma Artrose? — Concepções de Strauss e Von Müller — Seu desenvolvimento por J. Forestier, F. Coste e J. Lacapère — Para nós há A. primitivas, A. secundárias (às Artrites) e Artrito-Artroses . . . . .	136
<i>Etiopatogenia</i> — O microtraumatismo e a perda de resistência das cartilagens (de origem endócrina sobretudo) — Artroses simples e A. deformantes — Finalidades defensivas das Artroses (Thomson e Gordon) . . . . .	141

	Págs.
<i>Fisiopatologia</i> — Artroses «fisiológicas» e Artroses-doença — Alternativas — Melhoras com progresso das lesões — A dor dos artróticos . . . . .	143
Poliartroses — observações . . . . .	147
Artroses deformantes — Coxartroses — A coxartria de Leri e Lonjumeau — suas freqüência, importância e lamentável desconhecimento. . . . .	152
Etiopatogenia da Coxartrose — Coxopatias predisponentes de Callot e Duvernay — As lesões a distância . . . . .	154
<i>Fisiopatologia</i> — Sintomas — Dor irradiada e desnor-teante — Diagnóstico . . . . .	156
Tratamento — A radioterapia, a cirurgia e a ortopedia — Observações . . . . .	161
<i>Gonartroses</i> — Lipoartrite de Weissenbach e Françon — A. Artropatia climaterica bilateral de Marañon — Observações . . . . .	167
<i>Omartroses</i> — R.º do Ombro e Periartrite da Espádua — Sua natureza e essência — Sede — Sintomas — Terreno — Tratamento — A Novocaina e a Histamina . . . . .	171

## V

## REUMATISMO VERTEBRAL

Porque o isolamos em capítulo especial — Unidade funcional do ráquis e dos membros inferiores — Espondilites e Espondiloses — Regras para um bom exame clinico — Manobras de Mennell. . . . .	177
<i>A dor irradiada</i> — <i>A nossa discordância com a interpretação clássica</i> — <i>As nossas razões e interpretações.</i> . . . . .	180
<i>A dor é uma projecção</i> — Esta noção moderna não se compatibiliza com as algias de origem vertebral . . . . .	184

	Págs.
A) <i>Espondilites</i> . . . . .	184
Síndrome de Strümpell-Marie ou Espondilite anquilopoiética — Observações — Caracteres e tratamento . . . . .	188
B) <i>Espondiloses</i> — como compreendemos a sua génese . . . . .	193
Es. deformantes — As dores nos espondilóticos; como as concebemos — Não nos conformamos com Fischer ao interpretá-las como Mialgias secundárias — As nossas razões semióticas — A sua freqüência nas senhoras após o cataménio — Quanto valor damos ao seu psiquismo climatérico . . . . .	196
Observações . . . . .	202

## VI

## ARTRALGIAS

Seu valor — sua natureza — sua significação . . . . .	205
---	-----

## VII

## REUMATISMO MUSCULAR E FIBROSITE

Complexidade e importância — Existência confusa para uns, inexistência para outros e realidade para nós . . . . .	209
Etiopatogenia e Anatomia — Natureza e significado — Alvitre de Cirèra Volta no Congresso de Lund-Estocolmo sobre Mialgias — Sintomas e observação . . . . .	213
Músculos mais <i>reumatismáveis</i> : os da <i>atitude</i> : O Torcicolo, o Lumbago, a Mialgia Nadegueira e a M. <sup>a</sup> do Deltóide . . . . .	217
Diagnóstico — Tratamento . . . . .	218
«R.os» Fibrosítico e Estático. O abuso «necessário» da linguagem — Por que os abordamos nesta altura —	

	Págs.
Em que consiste a Fibrosite — O exagêro da sua ubiquidade de Thomson e Gordon . . . . .	222
Fibrosites epicranianas, abdominais e plantares . . . . .	224
Fibrosites palmares — Doença de Dupuytren . . . . .	225
Mialgias estáticas — Observação . . . . .	225

## VIII

## SÍNTESE TERAPÉUTICA

A terapêutica é restrita, mas há-de restringir-se mais com os progressos da etiopatogenia — O conhecimento do papel do S. neuro-vegetativo — As idéias de Caetano Boschi e o seu <i>tratamento diacefaloraquidiano</i> — A Reumatologia ramo da Neurologia — Neurologistas reumatólogos . . . . .	227
A) <i>Quimioterapia</i> . . . . .	229
A Histamina e a Novocaina na Reumatologia . . . . .	236
B) <i>Fisioterapia</i> — Electroterapia, Hidroterapia, Termoterapia, Maçoterapia, Ortopedia e Cirurgia . . . . .	238

## III PARTE

OS REUMATISMOS NA MEDICINA SOCIAL  
E NA MEDICINA LEGAL

A) <i>Medicina Social</i> — Como se justifica neste livro — O Reumatismo é um flagelo social — E é com a Paralisia Infantil dos primeiros sob vários aspectos — É-o em tôda a parte, dadas as numerosas castas reumatismais — Na Inglaterra a incapacidade produtiva vale no Reumatismo tanto como a da Sífilis	
---	--

	Págs.
<p>junta com a da Tuberculose — Na Argentina a mortalidade só pelo R.<sup>o</sup> de Bouillaud é igual à pela Gripe, pela Difteria e pela Tuberculose somadas — O que custa o Reumatismo nos diversos países .</p>	243
<p>O <i>Reumatismo em Portugal</i> — Erróneos conceitos do público e da maioria dos profissionais — R.<sup>o</sup> e Caldas — As principais espécies reumatológicas portuguesas . . . . .</p>	253
<p>A luta anti-reumatismal — A sua origem deve-se a Kahlmetter de Estocolmo — A luta económica e a luta científica — Ligas e Comitês — A Liga Internacional contra o Reumatismo, com sede em Amsterdão, fundou-se em 1929 e tem como pontífice o Dr. Van Breemen — Há Ligas em quasi tôdas as nações e comitês em Espanha. Entre nós... .</p>	259
<p>Felizes alvoren científicos e económicos em Portugal .</p>	264
<p>B) <i>Medicina Legal</i> — A importância da Reumatologia na M.<sup>a</sup> Legal — Assunto em início — Quanto a nós dois graves problemas se destacam: o das <i>responsabilidades criminais</i> e o das <i>indemnizações</i>. Uma observação nossa que vale um esquema das primeiras — As indemnizações — As profissões reumatogénicas — A sua destrinça — O método de Fischer — São as Artroses as espécies próprias — Há já Reumatismos profissionais com declaração obrigatória — Há legislação pormenorizada em várias nações, particularmente na Alemanha e importante na Espanha — Eis uma amostra do quanto a Reumatologia posta ao serviço jurídico há-de contribuir para a Civilização e para o Bem. . . . .</p>	266







RÓ  
MU  
LO



\*1329676364\*

CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

