

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

3.<sup>a</sup> Clínica Médica. Serviço do Prof. Almeida Prado

## CONSIDERAÇÕES SÔBRE DOIS CASOS DE SIFILIS ÓSTEO-ARTICULAR

DR. CARLOS VILELA DE FARIA.

ACAD. FRANCISCO NASTARI.

A lues terciária óssea é uma afecção pouco frequente entre nós e a concomitância de lesões articulares com manifestações clínicas tão importantes quanto as ósseas é um fato relativamente raro.

Tivemos ocasião de observar na 3.<sup>a</sup> Clínica Médica, serviço do Prof. Almeida Prado, dois casos que apresentavam esse caráter, isto é, lesões articulares intensas cuja sintomatologia predominava sobre a dos processos ósseos.

Esse fato é importante de ser considerado e digno de estudo, no sentido de alertar o clínico em não esquecer a possibilidade do diagnóstico de lues nos casos de afecções articulares. Por outro lado, os ensinamentos que esses casos encerram são tais que aliados à pouca frequência do quadro articular, nos animam a fazer esta publicação.

Os casos são os seguintes:

Obs. n. 1.

J. C. N., 47 anos. masculino, branco, solteiro, brasileiro. vendedor ambulante, procedente da capital

Q. e D. — Dores nas articulações coxo-femural, tíbio-társica e do joelho do lado esquerdo há um ano e meio, com edema e deficiência funcional desta ultima articulação.

H.P.M.A. — Refere o paciente que o início de seus males se deu há dois anos e oito meses de modo súbito: dores nas articulações coxo-femural direita, regiões dorsal e sacro-coccigeana. Exacerbavam-se tais dores com o frio, a humidade e

os esforços mas não eram perceptíveis fenômenos objetivos locais nos pontos dolorosos.

Há cerca de um ano e meio começaram a doer as articulações tíbio-társica e coxo-femural esquerdas e também o terço superior da tíbia e joelho desse mesmo lado. Notou o paciente que esta última articulação aumentou de volume, com pequeno calor mas sem rubor.

Durante treze meses assim se manteve, vindo em seguida a sentir dificuldade na marcha, necessitando mesmo apoiar-se em uma bengala, em virtude do estado do seu joelho. Atualmente a dor é espontânea e intensa no terço superior da tíbia. As outras articulações só doem com a movimentação.

I.S.D.A. — Nada de particular.

Antecedentes pessoais. Pneumonia em 1917. Hemorragia em 1930, tendo feito tratamento local. Em 1935 apareceram-lhe três dias após um coito três ulcerações no sulco bálano prepucial: duas eram superficiais e desapareceram ao cabo de três dias, a terceira, mais profunda e dura, cicatrizou-se em nove dias. Houve adenopatia sem fistulização.

Por prescrição médica tomou várias injeções de 914, ignorando o número exato, tendo abandonado o tratamento. Em 1945 notou aumento dos testículos que se tornaram dolorosos. Houve tumefacção do lado esquerdo do escroto que depois de quatro a cinco meses se fistulizou dando vazão a um líquido amarelado semelhante à manteiga. O mesmo fato se repetiu por três vezes fazendo-se a cicatrização após sete meses. Desde essa data sente dor no testículo esquerdo.

Há um ano e meio surgiu-lhe uma tumoração indolor no terço superior do antebraço direito. Após três meses fistulizou-se dando saída a um material branco amarelado, viscoso. Ao redor dela apareceram outras pequenas tumorações que também se fistulizaram e que posteriormente se cicatrizaram ficando entretanto uma lesão que se mantém até hoje. Não se recorda de ter feito exame de sangue para sífilis. Nega ter feito tratamento anterior com bismuto e penicilina.

Antecedentes hereditários: nada de interesse.

Exame físico

Adenopatia generalizada variando o tamanho dos glândlios desde o de um grão de milho até o de uma azeitona. Na região ínguino-crural esquerda notam-se várias cicatrizes brilhantes, não aderentes aos planos profundos.

No terço superior da face lateral do antebraço direito há uma cicatriz estrelada de coloração escura, brilhante, aderente aos planos profundos. Logo acima dela, há pequenas lesões



Fig. 1

com caracter túbero-circinado, umas cicatrizadas outras ulceradas sem drenar material algum (fig. n. 1).

As articulações coxo-femural e tíbio-társicas nada revelam ao exame objetivo. O joelho esquerdo mostra-se edemaciado, fusiforme, com hipertermia mas sem hiperemia (fig. n. 2). Há flutuação da rótula sobre os planos profundos. É dolorosa a compressão da região situada logo acima do côndilo interno do fêmur. A superfície ântero in-

terna do terço superior da tíbia é rugosa.

No terço superior da tíbia há sobre a crista uma saliência de cerca de 0.5 cm. de altura e 4 cm. de diâmetro, recoberta por pele hiperemiada, extremamente dolorosa à palpação. O centro dessa elevação é mole e limitado por um bordo ósseo irregular.

Exames realizados.

Hemossedimentação 39mm. na 1.<sup>a</sup> hora.

Wassermann e Kahn: positivos.

Gonofixação: fortemente positiva.

Dosagem do cálcio no sangue: 8, 8 mg. por 100 ml.



Fig. 2

Dosagem do fósforo no sangue: 3,0 mg. por 100ml.

Liquor: Wassermann negativo.

Biópsia do terço superior da tíbia:

“Exame macroscópico: fragmentos de osso de forma irregular e pequenas porções de tecidos moles de tonalidade amarelada.

Exame microscópico: os fragmentos de tecidos moles revelam extensas áreas de necrose gomosa observando-se logo abaixo um tecido de granulação em que predominam células histiocitárias, linfócitos e plasmócitos.

Os vasos são de paredes espessadas e com infiltrado infloplasmocitário em redor. Os fragmentos de osso revelam um processo de fibrose medular e outros são de aspecto necrótico, apresentando-se necrosado o tecido de granulação nos espaços medulares.

Diagnóstico: processo sífilítico gomoso. (Dr. G. Elejalde.)”

Radiografias.

1) Articulações coxo-femural esquerda, tíbio-társica esquerda: nada apresentam de anormal.

2) Torax. Rad. n. 23.429, feita em 21-8-47. Nota-se ao nível do arco posterior da 9.<sup>a</sup> costela esquerda, uma zona central de destruição óssea, de forma ovalar com ligeira reação óssea enortral circunfocal e pequena ruptura da cortical no rebordo superior da costela. Os sinais são de goma luética, (fig. n. 3).

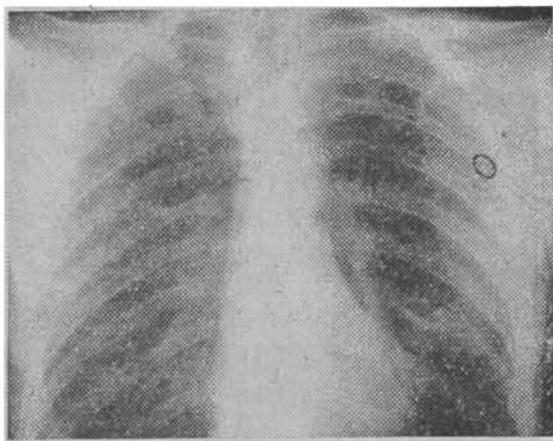


Fig. 3

3) Joelho esquerdo, feita em 22-8-47, Rad. n. 23.476. Nota-se ligeira osteoporose da epífise inferior do fêmur com poriose em “musgo” ao nível do seu bordo interno. Existem profundas alterações moriológicas e estruturais no terço superior

da tíbia e perônio, constando de osteoporose epifisária e osteoesclerose diafisária. Na crista da tíbia observam-se lesões osteolíticas com destruição da cortical. Há uma reação periosteal de tipo estratificado. (fig. n. 4).

**Conclusão:** periostose luética do femur e lesão gomosa da tíbia. (Prof. Rafael de Barros).

**Evolução e tratamento.**

Ao ser internado o paciente foi iniciada uma terapêutica salicílica enquanto se esperava a confirmação diagnóstica. A suspeita inicial foi tratar-se de um processo luético em virtude dos antecedentes venéreos, da lesão da tíbia e da lesão cutânea do braço.

Uma vez confirmado o diagnóstico pela reação sorológica, radiografia e biópsia, foi iniciado o tratamento específico.



Foi escolhido o Arsenox, após exploração dos aparelhos cárdio-vascular e urinário, na dose de 0,02g. endovenoso como início, dose essa que foi administrada duas vezes por semana e mantida nas tres primeiras injeções.

A seguir como não houvesse reação, aumentou-se para 0,04g., dose que foi repetida também tres vezes para então ser elevada para 0,06g.

Logo depois da 1.<sup>a</sup> injeção o paciente já acusou melhoras subjetivas e a lesão do braço entrou em regressão. Após a 2.<sup>a</sup> injeção o edema do joelho começou a regredir, a dor no terço superior da tíbia principiou também a diminuir e a lesão do braço entrou em franca cicatrização. (fig. n. 5). Em seguida à 9.<sup>a</sup> injeção de Arsenox, quando as melhoras já eram evidentes, permanecendo apenas discreta dor no terço superior da tíbia e dificuldade à deambulação iniciou-se um tratamento coadjuvante com Penicilina (50.000 U. O. de tres em tres horas) na dose total de 3.200.000 U.O. Continuou-se o Arsenox até atingir a quantidade de 0 58g. O paciente apresentava somente pequena dificuldade para andar quando recebeu alta em 25-10-47. Foi encaminhado à Liga de Combate à Sífilis onde deverá continuar o tratamento anti-luético.

A evolução do quadro radiológico foi também seguida e é a seguinte:

Torax. Rad. n. 24.143, feita em 16-9-47. Diminuição da cavidade da 9.<sup>a</sup> costela. Regeneração parcial da cortical.

Joelho esquerdo. Rad. n. 24.143 feita em 16-9-47. Regressão da periortose femural. Evidente evolução favorável da goma tibial com intensa osteoesclerose e contornos mais regulares.

Torax. Rad. 25.153. feita em 18-10-47. A lesão costal apresenta certa enortose com desaparecimento do aspecto cavitário e destrutivo da margem superior.

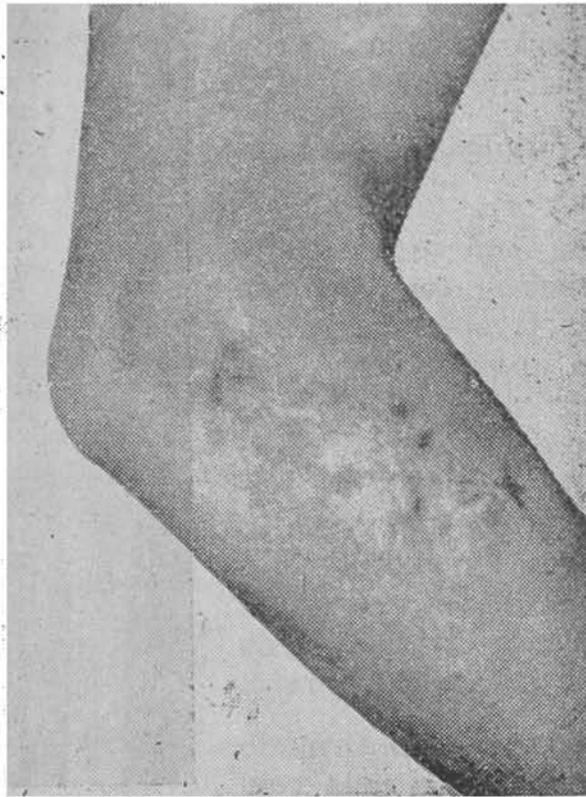


Fig. 5

Joelho esquerdo. Rad. n. 25.153, feita em 17-10-47. Há regressão da periortose femural e mais regularidade nos contornos da goma tibial com evidente diminuição do processo destrutivo. (fig. n. 6) (Prof. Rafael de Barros).

Obs. n. 2.

M. G. L., 23 anos, parda, casada, brasileira. Entrada em 28-5-45.

Q. e D. — Dor, incapacidade de movimentos e aumento de volume das articulações dos cotovelos há dois meses.

H.P.M.A. — Há dois meses começou a sentir dores fracas em ambos

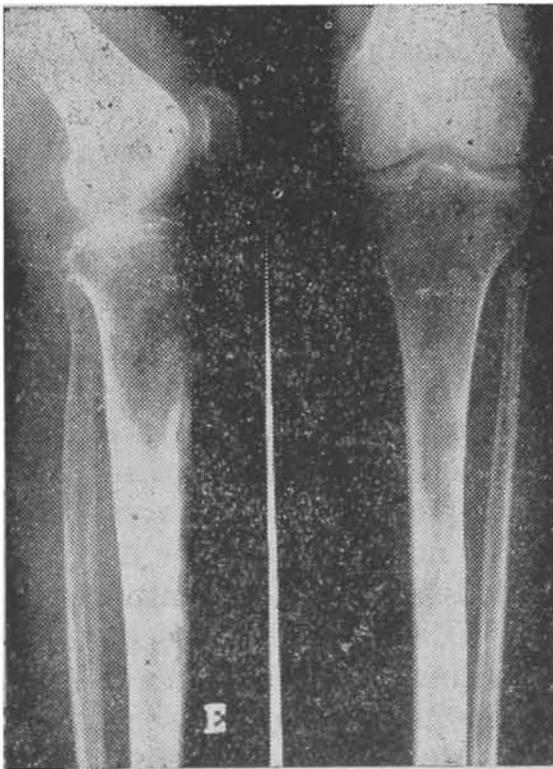


Fig. 6

os cotovelos e ombro direito. As articulações dos cotovelos aumentaram de volume e foram se tornando progressivamente mais dolorosas o que impedia a sua movimentação. Não refere dor nem rubor nessas articulações. As dores tinham exacerbações noturnas impedindo-lhe o sono. Durante quasi um mês enquanto aguardava vaga no hospital ficou fazendo tratamento homeopático nada melhorando.

I.S.D.A. — Nada de particular.

Antecedentes pessoais. — Teve as moléstias próprias da primeira infância. Casou-se em princípios de 1943 aparecendo-lhe logo após um pequeno nódulo na vulva o qual se ulcerou ao cabo de oito dias resultando uma lesão pouco dolorosa, de bordos altos, avermelhada, com secreção clara. Um farmacêutico cauterizou a ferida por duas vezes com “pedra azul” cicatrizando-se a lesão em um mês mais ou menos. Um mês depois os gânglios inguinais aumentaram de volume tornando-se duros e dolorosos impedindo a deambulação e duas semanas após, com o uso de cataplasmas romperam-se deixando sair massa amarelada. Não apresentava febre, cefaleia nem anorexia.

Simultaneamente apareceu-lhe o corrimento que apresenta até hoje.

Teve um parto prematuro de oito meses, feto morto macerado e um aborto de quatro meses, ambos espontâneos.

Antecedentes familiares. — Ignora abortos maternos. O marido quando casou era portador de lesão no penis dizendo estar em tratamento tomando injeções de 914.

Exame físico.

Polimicroadenopatia. Tibialgia e esternalgia discretas.

Cabeça: bossa frontal esquerda saliente e dolorosa à palpação.

Boca: dentes com implantação regular. Pálato duro não escavado.

Articulações. — Os cotovelos se mostram aumentados de volume, com sinais de derrame articular presentes. São dolorosos à palpação e à movimentação; não apresentam rubor e são discretamente mais quentes que as regiões vizinhas. Limitação acentuada dos movimentos em ambas as articulações.

Exames realizados.

Hemossedimentação: 3mm. na 1.<sup>a</sup> hora.

Wassermann e Kahn: positivos.

Gonofixação: negativa.

Pesquisa de B. K. no escarro negativa.

E. C. G.: discreto desvio do eixo para a esquerda.

Urina tipo 1: nada de particular.

Radiografias.

1) Cotovelos. Rad. n. 3011, em 11-6-45. Notam-se osteoporoze em ambos os cotovelos, focos de osteolise das superficies articulares e diminuição dos espaços. Vê-se intensa periostose em

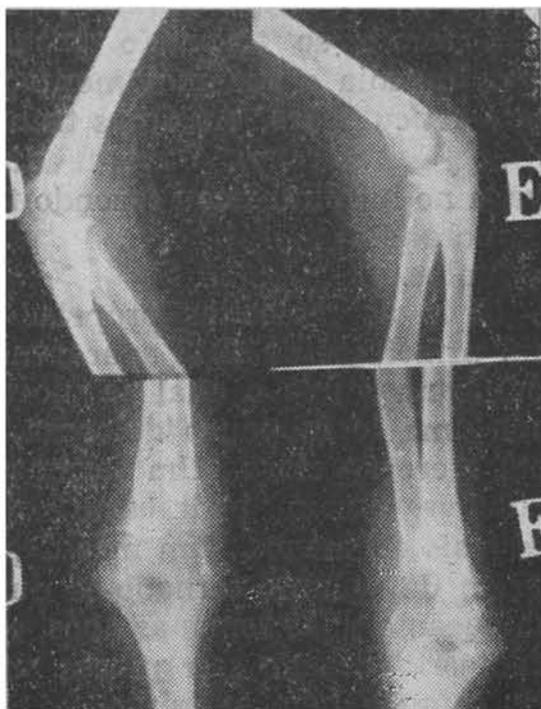


Fig. 7

foi instaurada a terapêutica salicílica com o que a paciente nada melhorou. Pelo contrário, os joelhos começaram a aumentar de volume e a se tornarem dolorosos impedindo a locomoção da doente. A paciente estava afebril e os joelhos não apresentavam calor nem rubor.

Uma vez conhecidos os resultados dos exames sorológicos e constatada a ineficácia do tratamento pelo salicilato instituiu-se a terapêutica pelo Bismuto: Iodobismam, três ampôlas por semana. Duas semanas após o resultado era surpreendente: melhoraram as dôres e o edema dos cotovelos e joelhos, voltando a doente a se locomover normalmente.

Alta em 2-9-45 muito melhorada.

“musgo” das epífises radiais. Sinais de osteoartrite luética bem evidentes. (fig. n. 7)

2) Joelho direito. Rad. n. 3766, em 23-7-45. Aumento do volume do terço superior da tíbia notando-se ao mesmo tempo, espessamento e focos destrutivos da cortical com periostose estratificada. Aspecto fusiforme do osso, visto de frente. Sinais de espinha ventosa luética. (fig. n. 8)

(Prof. Rafael de Barros).

Evolução e tratamento.

Enquanto se aguardava o resultado dos exames

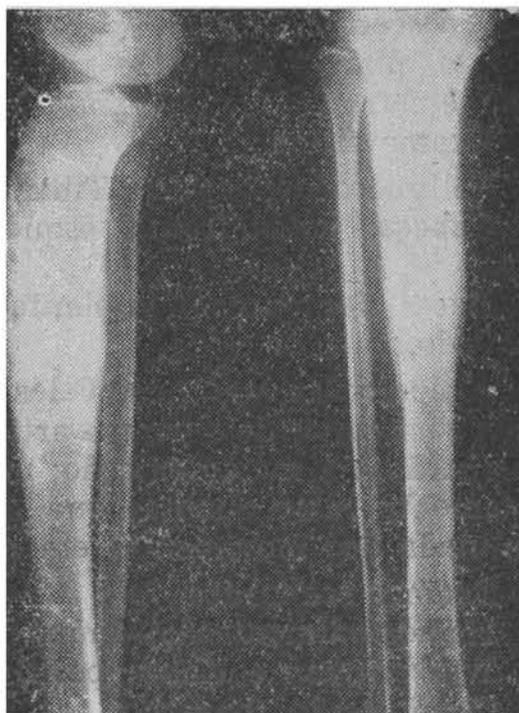


Fig. 8

voltando a doente a se locomover

Perdeu-se o contacto com a doente até que em 7-8-46 voltou ao Hospital sendo readmitida na Clínica Terapêutica queixando-se de dôres e aumento de volume dos joelhos, cotovelo esquerdo e tornozelos, fenômenos esses que apareceram cerca de dois meses após ter tido alta na 3.<sup>a</sup> Clínica Médica.

O exame das articulações mostrava o seguinte: os joelhos se apresentam muito aumentados em tôda a circunferência, mais à esquerda do que à direita. Igualmente o cotovelo esquerdo com volume maior que o normal. Todas essas articulações são dolorosas à palpação e a movimentação mostrando-se discretamente mais quentes do que as regiões vizinhas. O líquido articular do joelho revelou-se esteril. As reações sorológicas para lues continuaram positivas.

Nessa enfermaria tomou 4.000.000 de U. O. de Penicilina (25.000 U. O. de três em três horas); Iodobismam (16 injeções) e Arsenox (15 de 0,04 e 6 de 0,06) até 13-2-47. Melhorou sensivelmente: a bossa frontal esquerda ficou menos dolorosa, diminuíram a dôr à locomoção e o edema dos joelhos persistindo entretanto leves dôres à pressão no joelho direito e cotovelo esquerdo. Teve alta em 28-2-48 sendo encaminhada à Liga de Combate à Sífilis para tratamento adequado, o que não fez.

Cerca de vinte dias após a alta começaram novamente os joelhos a aumentar e a ficarem dolorosos, aparecendo limitação de movimentos no cotovelo esquerdo. Foi readmitida pela segunda vez na mesma enfermaria onde se constatou que o joelho direito estava muito aumentado de volume com presença de líquido, a tíbia direita dolorosa à pressão e diminuição dos movimentos da articulação do cotovelo esquerdo. As reações de Wassermann e Kahn continuavam positivas.

Tomou 14 injeções de Iodobismam e quatro de Arsenox tendo melhorado.

Desapareceram a dôr e o edema do joelho direito e o cotovelo esquerdo tornou-se menos doloroso.

Teve alta em 10-5-47 passando a tratar-se em ambulatório com a mesma medicação. Em 17-10-47 passava bem, locomovendo-se sem dificuldade, apenas com redução maior de movimentos do cotovelo esquerdo. As reações de Wassermann e Kahn ainda positivas.

Em 20-12-47 foi reexaminada observando-se o seguinte: anquilose do cotovelo esquerdo que se apresenta em flexão de 90°. A articulação não mostra sinais de processo inflamatório ativo. Cotovelo direito normal.

Joelhos: em ambos sente-se crepitação à movimentação ativa e passiva apresentando o joelho direito movimentos de extensão limitados até cerca de 160°. No joelho esquerdo não há distúrbio funcional.

Apesar dessas sequelas as melhoras subjetivas foram nítidas com desaparecimento da sintomatologia inicial.

A evolução do quadro radiológico é a seguinte:

“1) Cotovelos. Rad. n. 4,420 em 25-8-45. Osteoporose acentuada, diminuição dos espaços articulares sobretudo à esquerda. Processo osteolítico da cúpula radial à direita e osteíte proliferativa à esquerda.

Sinais de artrite com tendência anquilosante.

2) Joelhos. Rad. n. 4.420 em 25-8-45. Nota-se igualmente redução dos processos luéticos.

3) Cotovelos. Rad. n. 13.832 em 19-8-46. No esquerdo, intensa osteoporose com focos de osteolise da cavidade olecrania-na. Periostose das epífises umeral, radial e cubital. Os processos luéticos se agravaram.

Cotovelo direito, as lesões são menos acentuadas que no exame anterior.

4) Joelhos. Rad. n. 13.832 em 19-8-46. Lesões ao mesmo tempo destrutivas e hiperplásticas das superfícies articulares, com diminuição do espaço e anquiloze da rótula. (Prof. Rafael de Barros.)”

## COMENTÁRIOS.

### I — Incidência.

A freqüência do acometimento ósseo na sífilis tardia é difícil de se estabelecer e se fôr estudada a literatura, vê-se como são discordantes as estatísticas obtidas por diversos autores. Como exemplo, transcrevem-se os seguintes dados estabelecidos por autoridades diversas e colhidos em um artigo de Leslie e Wenger (13).

1) White e Veeder	em 197 casos de lues adq.	9%	de lesão óssea.
2) Jean e Cooke	” 150 ” ” ” ”	20%	“ “ “
3) Roberts	” 237 ” ” ” ”	30%	“ “ “
4) Ong e Selinger	” 200 “ ” ” ”	43%	“ ” “
5) Parmelee e Halpen	” 79 ” ” ” ”	44%	“ “ “
6) Podalsky e Enger	” 13 ” ” ” ”	46%	“ “ “
7) Ingraham em	90 ” ” ” ”	78%	“ “ “
8) Mac Lean ” ...	102 ” ” ” ”	100%	“ “ “

Vê-se pois que esses vários autores encontraram uma ocorrência que varia de 9 a 100% de lesão óssea em casos de lues adquirida. Não foram lidos os trabalhos originais desses estudiosos e não se sabe como explicar tanta discrepância. Entretanto, Stokes e colaboradores, em seu tratado sobre sífilis (12), dizem ser difícil um estudo estatístico nessas condições porque há muitos casos de lesão óssea luética sem sintomatologia. Por outro lado, há a tendência de atribuir-se à sífilis qualquer queixa óssea em indivíduos luéticos sem a necessária comprovação radiológica.

Entre nós não foi encontrada nenhuma estatística a respeito desse assunto. Quanto à preferência do osso lesado, todos colocam em primeira plana a tíbia como o osso preferido pela lues. A seguir estão: a clavícula, os ossos do crâneo, o perônio, o femur, o úmero, as costelas, o cúbito, a omoplata e a mandíbula.

A lesão articular isolada não é encontrada. Tem-se o comprometimento a articulação pela lesão óssea da vizinhança que se estende ao espaço articular.

## II — Anatomia patológica e radiologia.

Os processos que se desenvolvem no osso lesado são de grande importância e interesse principalmente para a interpretação radiológica.

De modo geral as lesões osseas podem ser consideradas sob dois aspectos:

1) as predominantemente produtivas: os teomielite piogênica e lues.

2) as com predominância de lesões destrutivas como ocorre nos tumores e na tuberculose.

Portanto na sífilis, embora presente o processo destrutivo, é a neoformação, o processo osteoplástico que predomina.

Esquemáticamente pode estabelecer-se na lues óssea três tipos de lesões: as periostites, as osteites e as osteomielites.

### 1) Periostites e osteites.

Nas periostites os espiroquetas se localizam na camada vascular profunda do perióstio onde iniciam a destruição do tecido. Ao mesmo tempo há um estímulo dos osteoblastos os quais entram em intensa proliferação que predomina no quadro. Em vista disso tem-se uma neoformação óssea nas camadas mais profundas no perióstio e que se faz paralelamente à superfície. Daí o observar-se aos raios X, uma sombra densa que limita externamente o perióstio, ao mesmo tempo que esse fica afastado do osso, como que bombeado sobre a superfície óssea. Quando a neoformação óssea, muito acentuada, invade as partes moles vizinhas, recebe a denominação de periostose.

A periostose é um aspecto freqüentemente visto e nos casos relatados pode ser bem apreciado.

Com o evoluir do processo, por causa da endarterite obliterante que se desenvolve, tão característica das lesões luéticas, pode surgir uma necrose do tipo gomoso originando-se então uma goma. Ter-se-á a imagem radiológica típica de uma área clara de destruição óssea envolvida por uma zona escura de espessamento onde houve o processo de enostose. Esse aspecto permite distingui-lo dos tumores ósseos e da tuberculose, onde só existem processos destrutivos sem proliferação em torno.

Em um número reduzido de casos os processos destrutivos locais podem predominar havendo pequena ou nenhuma reação hiperplástica à volta, resultando gomas que radiologicamente se mostram como imagens císticas sem o halo de densificação

óssea periférica. Nessas eventualidades o diagnóstico diferencial com outras entidades torna-se difícil. No entanto o exame de outras porções do mesmo osso ou de outros ossos revelará o processo hiperplástico periosteal elucidando o diagnóstico.

É o que aconteceu em um dos casos (n.º 1) em que existe um processo da tíbia caracteristicamente luético e outro de uma costela, com apenas discreta reação em volta da área destruída.

O exame de outras porções da tíbia e do fêmur mostra que aí existem zonas de condensação sub-periosteal que dão o selo do processo.

Essa neoformação óssea pode estender-se a todo o osso ocasionando uma osteíte difusa que melhor seria chamar-se osteoperiostite. Tem-se então o quadro radiológico de um osso totalmente eburnizado com redução do canal medular dando uma sombra bastante densa como consequência do grande depósito de cálcio. Esse osso assim modificado pode em certos pontos sofrer uma evolução para goma vendo-se então o aspecto clássico de mancha clara com intensa reação em torno situada na espessura do osso.

Pode aqui acontecer também o caso referido de uma área de destruição sem a reação periférica.

## 2) Osteomielites.

Nessas formas há um quadro muito semelhante ao da osteomielite piogênica: processos destrutivos e produtivos, predominando os últimos, disseminados por todo o osso e mais intensos nas zonas de tecidos menos densos, ou seja nas epífises.

Quando as alterações produtivas são muito acentuadas tem-se a chamada osteomielite eburnizante de Garré. Frequentemente formam-se várias gomas pequenas originando-se assim numerosos focos.

Distingue-se da osteomielite piogênica pela menor intensidade da sintomatologia clínica, ausência de supuração e de formação de sequestros e maior tendência à produção óssea. Fazem exceção os ossos do crânio e membranosos da face nos quais a produção de sequestros é comum.

## Articulações.

Como já se disse, a lues articular é sempre um processo secundário ao ósseo. A articulação pode reagir com fenômenos inflamatórios não específicos, com efusão intra-articular como consequência do acometimento ósseo vizinho. Nessa eventualidade pode-se ter o comprometimento de várias articulações por causa de lesões ósseas múltiplas dando um quadro de poliartrite, (caso n.º 2) Outras vezes o que ocorre é uma extensão do processo gomoso à cavidade articular, afetando então a superfície óssea intra-articular, sem comprometer a superfície óssea oposta. Desenvolve-se assim uma lesão articular a que Stokes e col. (12), chamam de osteocondrodistrofia ou osteoartrite gomosa.

Com o progredir da doença são atingidas a sinovial e a cápsula articular que apresentarão espessamento difuso. Esse ataque à sinovial acarretará uma fibrose posterior que poderá levar à anquilose, como aconteceu no caso n.º 2.

Finalmente há a chamada junta de Charcot na qual se tem intensa destruição articular conseqüente a um comprometimento da medula espinhal como seja a tabes, o que contribue para diminuir o trofismo da articulação.

Aqui também o que se verifica é um processo ósseo que progride para o espaço articular atingindo a articulação já alterada pela lesão nervosa que além de causar uma hipotonia muscular, lhe diminui o trofismo.

### III—Quadro clínico.

#### a) Sintomatologia.

O que domina no quadro clínico da lues óssea são as dôres.

No período secundário já é bastante freqüente essa queixa que é conseqüente as lesões superficiais e difusas do periósteo. No período terciário também aparecem dôres ósseas difusas ditas osteocopas além de outras mais intensas localizadas nos pontos em que as alterações destrutivas são mais acentuadas. Estas últimas podem alcançar notável intensidade.

Essas dores apresentam exacerbações noturnas ou quando o indivíduo se deita, explicando-se tal fato pelo afluxo de sangue à zona lesada por causa da vaso-dilatação conseqüente ao calor do leito, o que acarretará maior tensão nas áreas atingidas. (10)

Posteriormente predominarão as dôres localizadas principalmente naqueles pontos em que se formaram gomas. (caso n. 1). A goma pode, progredindo para os tecidos vizinhos, fistulizar-se dando saída ao material necrosado.

Nos casos em que há comprometimento articular o paciente queixar-se-á de dôres também com exacerbação noturna, aumento da articulação conseqüente à efusão e limitação de movimentos dependendo da intensidade dos processos anátomo-patológicos locais.

Essas lesões geralmente são monoarticulares e atingem principalmente o joelho por causa da maior incidência com que a tíbia é afetada.

Em outros casos como vimos atrás, há um acometimento poliarticular em virtude de lesões ósseas múltiplas.

#### b) Exame físico.

Já à inspecção notar-se-á uma irregularidade no contorno ósseo particularmente visível quando o processo atinge a crista da tíbia dada a superficialidade desta. A pela apresentar-se-á tensa e avermelhada, e quando ocorre a fistulização de uma goma tem-se no local uma solução de continuidade que dá saída ao material necrosado.

À palpação constata-se uma superfície óssea dolorosa e irregular, anfractuosa, por causa da periostose. Quando se forma:

a goma verifica-se uma região mole, depressível e extremamente dolorosa, (caso n. 1)

A articulação mostrar-se-á intumescida, com todos os sinais de derrame sem atingir entretanto a intensidade que se encontra nas artrites agudas, isto é, não se tem o rubor e o calor tão intensos como nos outros processos infecciosos articulares. A mobilidade do membro lesado estará naturalmente prejudicada. Esse quadro descrito tem grande semelhança com o do tumor branco da tuberculose impondo-se o diagnóstico diferencial.

#### IV — Diagnóstico.

Pode ser elucidado por vários meios:

1) Anamnese, que revelará o possível antecedente venéreo-luético além da sintomatologia própria da afecção (dôres noturnas, etc.).

2) Exame físico. Além do que já foi visto ao tratar-se do quadro clínico deve-se chamar a atenção para dois fatos que são:

a) no diagnóstico da lues articular é importante o exame cuidadoso das porções ósseas justa-articulares. Chesney, Kemp e Baetjer (4), estabelecem que a presença de líquido no joelho, associada à periostite ou goma do osso adjacente é fortemente sugestiva de sífilis quando o paciente não conta história de traumatismo.

b) deve realizar-se um exame cuidadoso do doente no sentido de procurar outras lesões de natureza luética. Sobre esse assunto o caso n. 1 é bastante elucidativo, pois o exame completo revelou uma lesão cutânea gomosa túbero-circinada no antebraço direito, fig. n. 1, que já permitiu suspeitar do diagnóstico. Stokes e col. (12), chamam a atenção para esse dado da lesão cutânea associada, assinalando que era presente em 43% dos seus casos de lues óssea. Citam memo casos em que apesar da reação sorológica negativa a lesão cutânea caracterizou o processo.

3) Laboratório. É de inegável valor a realização do teste sorológico que deve ser feito como rotina em pacientes com lesão óssea e articular.

4) Radiologia. É outro dado de capital importância pois nas afecções ósseas o Raio X dá indicações bastante seguras. Já se viu ao estudar a anatomia patológica o que de importante pode fornecer a radiologia.

5) Terapêutica. O diagnóstico "ex-juvantibus" pode também ser feito.

Usar-se-á então a medicação específica, isto é, arsênico em doses pequenas e com os cuidados necessários ou sais de metais pesados como o bismuto e o mercúrio. A melhora que o paciente acusa logo após as primeiras injeções é notável, (leia-se a evolução do caso n. 1).

Stokes e col. (12), assinalam o fato de que a arsfenamina pode trazer melhoras mesmo em processos periostais de origem não luética, em artrites infecciosas e tuberculosas.

6) Biópsia. Far-se-á apenas para fins de documentação, pois mostra o processo anátomo patológico que está se fazendo.

#### V — Diagnóstico diferencial.

1) Tuberculose. Clinicamente pode ser difícil distinguir-se os dois quadros. Deve-se procurar a existência de um processo tuberculoso em algum outro órgão principalmente o pulmão, fazer o estudo radiológico e os testes sorológicos para lues. A prova terapêutica pode também ser usada. Em certos casos entretanto é possível tornar-se difícil essa diferenciação sendo citados por Stokes e col. (12), vários casos em que houve essa confusão.

2) Gonococcia. A lesão articular é passível de confusão, porém o comprometimento ósseo atestará a sua natureza luética. Naturalmente pode haver concomitância dos dois processos já que ambos são doenças venéreas.

É o que se passou no caso n. 1 em que dado a prova de gonofixação fortemente positiva foi sugerida uma associação dos dois processos. A evolução entretanto tornou não plausível esta hipótese.

3) Tumores primários ou metastáticos. São outras entidades possíveis de considerar e que serão descartadas pelo estudo radiológico o qual mostrará as áreas de destruição típicas dos tumores sem a reação periférica.

Far-se-á ainda o teste sorológico.

4) Outras eventualidades menos comuns: osteíte fibrosa cística, osteíte esclerosante de Garré, hemângio-endotelioma.

Tem-se observado em certos casos de blastomicose lesões destrutivas ósseas semelhantes à goma. Aqui entretanto, também não há o processo de densificação em torno da área destruída. Além disso o quadro clínico da blastomicose é bastante diferente do da lues.

Nos casos em que ainda existirem dúvidas quanto ao diagnóstico diferencial entre essas entidades e a lues ósteo-articular deve fazer-se sempre o teste terapêutico e a biópsia com exame anátomo patológico.

#### VI — Evolução e tratamento.

A evolução da lues óssea e articular dependerá naturalmente da rapidez com que fôr instituído o tratamento específico e da eficácia deste.

Nos dois casos relatados vê-se que um está evoluindo bem, já com evidente regressão das lesões, enquanto no outro, apesar das melhores subjetivas houve a anquilose de uma das articulações e limitação de movimentos da outra.

Depende ainda do tipo de lesão pois a radiologia mostra que nas formas proliferativas não há grande melhoria no quadro com a medicação específica. Naqueles casos em que os pro-

cessos destrutivos são intensos com formação de gomas, há nítida evidência de reparação.

Entretanto, o objetivo do tratamento deve ser não somente a cura total do doente, mas também o alívio dos sintomas e evitar a progressão e recorrência em outras estruturas e órgãos vitais.

O medicamento de escolha deve ser arsenical associado à penicilina fazendo-se necessário estudar bem o caso, explorando todos os órgãos para verificar se não existem outras lesões que contra-indiquem essa medicação.

Pode ocorrer uma reação de Herxheimer havendo casos em que seu aparecimento é retardado como num doente de Stokes e col. (12-). em que surgiu após a terceira injeção.

Pode-se começar com uma dose de Arsenox de 0,02g. aumentando-se gradativamente para 0,04g. e 0,06g. As injeções serão feitas cada três a quatro dias.

Far-se-ão quatro a cinco séries de Arsenox, de 0,58g. cada uma, no espaço de um ano e meio, dando-se nos intervalos, quarenta a sessenta injeções de bismuto. A penicilina poderá ser prescrita na dose de 3.200.000 U. O. a 4.000.000 de U. O..

Nos casos de lesão óssea resistente será mais aconselhável o tratamento simultâneo com arsênico e bismuto. Deve-se investigar a possível existência de infecção secundária em tais eventualidades.

Quanto ao comportamento da reação de Wassermann citam-se Stokes e col. (12), que estudaram sessenta e três pacientes os quais receberam três séries ou mais de arsenical com bismuto nos intervalos. Em 50% deles o Wassermann manteve-se positivo; entretanto, a melhoria clínica desses casos foi tão boa quanto a dos casos em que essa reação se negativou.

Concluem eles que o critério clínico não depende do teste sorológico visto que a negatificação do Wassermann nem sempre é possível de se obter na sífilis tardia. Aqui se visa sempre com o tratamento a cura clínica, melhoria sorológica e a manutenção de um bom estado geral.

As recorrências são em grande parte evitadas com o tratamento enérgico e persistente. Quando ocorrem entretanto, fazem-se quasi sempre dentro dos seis primeiros anos após a suspensão do tratamento. Nos casos em que isso acontece as lesões se manifestam com o mesmo tipo que a inicial, afetando a mesma estrutura, o osso, não tendo necessariamente a mesma localização.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) BAILEY, G. G., M. D.: *Manifestations of bone syphilis*. The urological and cutaneous review, janeiro de 1945.
- 2) BOYD, W.: *Compêndio de anatomia patológica e patologia geral*. Ed. Guanabara, 1946.

- 3) BUCHMANN, J., M. D.: **The frequency of syphilis of bone and joints.** The urological and cutaneous review, janeiro de 1945.
- 4) CECIL, R. L.: **Textbook of medicine.** Ed. Saunders, 1945.
- 5) COMROE: **Artrithis.** Ed. Lea and Feabiger, 1947.
- 6) FRANCIS, H. C. e KAMPMEIER, M. D.: **The bone lesions in aquired tertiary syphilis.** Southern Medical Journal, agosto de 1943, v. 36, n. 8.
- 7) HOLLER e PFLEGER: **Sintomatclogia de las enfermedades internas.** Ed. Labor.
- 8) MARK EXLEY, M. D., and NEWTON, A. W., M. D.: **Syphilis of bone.** New England Journal of Medicine, maio de 1946, v. 234, n. 20.
- 9) RAMOS, J., MEIRA, J. A., e CARVALHO, A. C.: **Cinco casos de sífilis óssea.** Revista Paulista de Medicina, v. 17, n. 1, julho de 1940.
- 10) REIS, E. M.: **Um caso de sífilis óssea.** Revista médica brasileira, novembro de 1939, ano II.
- 11) SANTE: **Interpretação radiológica,** 1945.
- 12) STOKES, BEERMANN e INGRAHAM: **Modern clinical syphilology.** Ed. Saunders, 1944.
- 13) WENGER, L. H., M. D.: **Syphilis of bone.** The urological and cutaneous review, janeiro de 1945.

