O INTERROGATÓRIO NAS AFECÇÕES REUMÁTICAS

Antonio R. Messias

Médico da Santa Casa de Misericórdia. Médico internista do Hospital de Pronto Socorro. Assistente voluntário da cadeira de Clínica Propedêutica Médica da Faculdade de Medicina. Membro Honorário da Liga Argentina Contra o Reumatismo.

E' do conhecimento de todos os internistas que o interrogatório atento, completo e sistemático dos doentes, põe ao alcance do médico, muito frequentemente, dados decisivos para o diagnóstico, e que, muitas vezes, uma história mal explorada acarreta os mais graves e prejudiciais erros de diagnóstico e de tratamento. Esta afirmativa constitui, sem dúvida, regra geral e por ela nos conduzimos sempre no que se refere ao sistema nervoso, ao aparelho digestivo, cárdio-circulatório, respiratório etc. Temos, entretanto, observado que de igual forma não se comporta o internista quando se propõe fazer o exame do aparelho locomotor, quando é inevitável que este setor merece igualmente a sua atenção, devendo a exploração das articulações, dos músculos, da coluna vertebral e nervos periféricos ser executada de maneira tão completa, habitual, atenta e sistemática como aquelas referentes às funções respiratória, circulatória ou nervosa. Deve o clínico examinar um ciatálgico, um lumbálgico ou um portador de fluxão articular com o mesmo desempenho e a mesma perícia com que examina um icterico, um anêmico ou um dispeptico, por exemplo.

Os processos gerais infecciosos, tóxicos, alérgico-anafiláticos ou endócrinos, qualquer seja a forma com que se apresentem, atingem, também de um ou de outro modo os tecidos articulares ou periarticulares, produzindo lesões cujo conhecimento é de suma importância, pois constituem muitas vezes, as primeiras manifestações sintomáticas de uma doença como acontece na tuberculose, nos processos focais, na melitococcia, na sífilis, na tuberculose, na hemofilia, na gota, na ocrinose, etc., tornando-se neces-

sário desta forma, que no interrogatório de um paciente qualquer, seja dispensado particular interesse em pesquisar a existência ou não de manifestações reumáticas e também, nesse sentido, orientar a anamnese particularmente ao aparelho locomotor.

Diante de um doente suspeito de reumatismo deve o interrogatório incluir certas particularidades que o clínico geral, embora conhecendo, não tem com elas familiaridade. Estas questões especiais é que tentamos esboçar neste trabalho. A nossa finalidade é, pois, ressaltar a importância do exame mais aprofundado dos doentes de clínica reumatológica que, pela sua enorme frequência nos ambulatórios e pela sua grande significação social merecem, senão maior, pelo menos igual atenção do que aquela dispensada aos outros doentes das diversas especialidade médicas.

A — IDENTIDADE CIVIL E PROFISSIONAL

IDADE — E' um valioso elemento no estudo do reumático. Podemos dizer, a grosso modo, que a moléstia reumatismal é opanágio da infância e da adolescência, a artrite reumatoide da idade adulta e a ósteo-artrite incide preferentemente na velhice. A moléstia reumatismal é mais frequente entre 5 e 8 anos de idade (1). Alguns autores afirmam que 90% dos casos de moléstia reumatismal têm seus primeiros sintomas antes dos 15 anos (2), enquanto que outros acreditam que o máximo de frequência está entre 12 e 20 ou 25 anos (3). Em nossos doentes encontramos como idade média de 11 a 20 anos e como idades limites 4 e 42 anos.

Em 98 casos de artrite reumatóite en-

contramos como idades limites 5 e 74 anos, sendo sua maior incidência entre 30 e 50 anos. Entretanto, não há, como vemos, um limite máximo ou mínimo de idade e não raramente ela aparece na senectude ou na infância, onde se apresenta, via de regra, com caráter benigno.

O reumatismo crônico degenerativo (ósteo-artrite) surge depois dos quarenta anos e torna-se cada vez mais frequente à medida que a idade avança. Quando ataca indivíduos jovens é quase sempre de origem traumática. Rara antes dos 20 anos, a ósteo-artrite atinge 10% dos indivíduos entre 40 e 50 anos e 90% na oitava década da existência (Bauer).

Entre 92 casos do ósteo-artrite, todos radiológicamente comprovados e cujos pacientes procuram nosso ambulatório por seus padecimentos, encontramos a seguinte incidência:

ate 20 anos	—	0	casos
de 21 a 30	"	2	"
de 31 a 40	"	8	"
de 41 a 50	"	29	"
de 51 a 60	"	31	"
de 61 a 70	"	20	"
de mais de 70	"	2	"

A aparente contradição entre a tabela acima e a afirmação dos autores antes citados, segundo a qual a incidência da ósteo-artrite aumenta proporcionalmente à idade, tem sua origem no fato de termos feito nossas observações em ambulatório e não de uma maneira sistemática e geral.

As manifestações gotosas incidem preferentemente entre 35 e 50 anos.

A maioria dos casos de espondilite reumatóide tem início entre 15 e 25 anos e 66% dos nossos doentes portadores de periartrose de ombro apresentavam mais de 45 anos.

SEXO — É interessante observar a influência do sexo sobre os reumatismos agudos e crônicos. A ósteo-artrite por exemplo, tem predileção pelo sexo feminino, sobretudo no período do climatério (Ação frenadora sobre a hipófise). Entre os casos de reumatismo crônico degenerativo por nós estudados, excluindo, naturalmente, os de origem traumática, 66,31% pertencem ao sexo feminino e entre estes, 75% em período de climatério.

A artrite climatérica é apanágio ex-

clusivo do sexo feminino, salvo raríssimas exceções.

A gota, e consequentemente a artrite gotosa, tem franca predileção pelo sexo masculino, segundo as observações clássicas. Modernamente, pelo conceito mais amplo que se firmou sobre essa doença metabólica, verificou-se ser o número de mulheres atingidas maior do que aquele classicamente estabelecido. Encontramos manifestações gotosas do sexo feminino numa percentagem de 38,1%, isto é, na proporção aproximada de uma mulher para três homens. A moléstia reumatismal incide indiferentemente em ambos os sexos.

PROFISSÃO — O interrogatório deve estabelecer não somente a espécie de atividade que exerce o indivíduo e as condições em que é efetuado esse trabalho, como também as profissões anteriormente exercidas.

Existem profissões eminentemente reumatogênas. Citam-se exemplos clássicos: A ósteo-artrite dos cotovelos e ombros dos que trabalham com perfuradoras de ar comprimido, o lumbago dos jardineiros e o reumatismo degenerativo dos joelhos daqueles cuja profissão os obriga a permanecerem durante muito tempo em pé, como os balconistas, vendedores ambulantes, dentistas, etc. Se sairmos dos exemplos clássicos, porém, veremos que tanto importa a modalidade de trabalho como também o ambiente em que exerce o indivíduo sua atividade (Ambientes insalubres, úmidos, frios etc.)

De maneira geral, toda a profissão que estabeleça uma superutilização de determinadas articulações (Pianistas, datilógrafos, escritoras, motoristas, etc.) ou que obrigue o indivíduo à posições forçadas, determinam, quando não diretamente lesões articulares ou periarticulares, pelo menos um local de menor resistência, representando dessa forma uma causa localizadora de artrites, quer primitivas quer metastásicas.

COR (RAÇA) — É interessante a observação de numerosos autores quanto a predileção de determinadas entidades reumáticas por certos grupos étnicos e raciais. Observa-se constantemente a resistência da raça negra à moléstia reumatismal e à artrite reumatóide. Entre 162 doentes de artrite reumatóide por nós observados (Entre os de consultório e os internados na Santa Casa de Misericórdia de P. Alegre) encon-

tramos apenas 1 caso em indivíduo de raça negra. Quanto à moléstia reumatismal, é oportuno citar de passagem as observações de Wilson, Luigg e Croxford, feitas em bairro residencial de indivíduos de raça negra e segundo as quais em somente 4,6% dos casos a infecção se verificara entre êles.

Observamos a frequência dos reumatismos metabólicos entre os israelitas, notadamente as fibrosites úricas. Em 25 casos de reumatismo metabólico, encontramos:

Brasileiros	—	12	casos
Israelitas	—	7	"
Italianos	—	2	"
Alemães	—	1	caso
Hespanhóis	—	1	"
Portugueses	—	1	"
Sírios	—	1	"

B — ANAMNESE PRÓXIMA

O interrogatório sôbre a moléstia atual do reumatismo deve ser prolixo e sistemático. Interrogaremos quanto ao modo de início da moléstia, sua evolução, duração, etc., explorando cuidadosamente cada um dos sintomas existentes, notadamente a dôr, a impotência funcional e deformações, não esquecendo os fatores que influem nas manifestações sintomáticas e a repercussão sôbre o estado geral.

As formas de **início** brusco, com elevação de temperatura e fluxão de uma ou várias articulações, prestam-se muito facilmente à confusão e são, via de regra, de difícil diagnóstico, notadamente nos primeiros dias da doença. Iniciam dessa forma, principalmente a moléstia reumatismal e as artrites reumatóides metastásicas. A gota, que inicia também bruscamente, é de diagnóstico mais fácil pela intensidade e subitaneidade da dôr, sua localização em uma articulação metatarso-falângica, principalmente na do grande artelho e pela repercussão menos marcada sôbre o estado geral.

A moléstia reumatismal, vem algumas vezes precedida de perturbações vagas: mialgias com temperatura subfebril, angina, faringites, tráqueo-bronquites e distúrbios digestivos, fenômenos êsses que, geralmente desaparecem diante do quadro articular ou visceral. As artrites reumatóides específicas sobrevêm, muitas vezes, em pleno

período agudo de infecções diversas. Investigar, portanto, as doenças que precederam imediatamente o quadro agudo (Pneumonia, gripe, disenteria, blenorragia, processos dentários, amigdalinos, apendiculares, etc).

A artrite reumatóide, salvo poucos casos, inicia insidiosamente. Apresenta geralmente um período prodrômico, com frequência mal interpretado e representado, sobretudo, por decaimento geral, inapetência, febrícula, taquicardia, emagrecimento e fadiga fácil, como acontece no início de quase todos os processos infecciosos crônicos. Êsses sintomas podem prolongar-se durante meses e mesmo um ou dois anos. Diante de um quadro semelhante, suspeitar preferentemente de artrite reumatóide se o interrogatório confirmar a existência de perda de tôrça, (Certas tarefas executadas anteriormente pelo doente sem dificuldade, exigem esforço e provocam dores), caimbras, fenômenos vaso-motores: parestesias, formigamentos nas extremidades, suores de mãos e pés, mãos frias ou quentes, acrocianose e maior sensibilidade ao frio.

A ósteo-artrite evolue sempre lentamente, durante anos. Na grande maioria dos casos os primeiros anos passam completamente assintomáticos até que em um dado momento surge a dôr, pequena redução funcional e dificuldade para determinados movimentos.

As fibrosites iniciam, quer lentamente quer de maneira súbita, predominando sempre a dôr no quadro sintomático.

E' de relevante importância investigar quanto ao **tempo e o modo de evolução** das doenças reumáticas. Na artrite gotosa, por exemplo, o doente passa perfeitamente bem no intervalo das crises, sem o mínimo sintoma de doença. Pode acontecer, entretanto, que o intervalo entre as crises reduza cada vez mais até a cronificação dos sintomas.

A moléstia reumatismal evolue por surtos agudos com intervalos assintomáticos, apesar de, não raras vezes, continuar a doença a sua marcha como atestam a cardite reumática e a eritrossedimentação acelerada. A moléstia reumatismal não deixa sequelas articulares, salvo raríssimos casos e ainda discutidos (Artrite reumática sub-crônica), nos quais as manifestações articulares se prolongam, transformando o quadro em uma verdadeira artrite reumatóide.

A artrite reumatóide evolue durante

anos e segue um curso crônico de melhoras e exacerbações, modificações essas determinadas por fatores diversos sobre os quais falaremos mais adiante, ou espontaneamente. Alguns casos chegam, em poucos meses, ao período terminal (Grande atrofia muscular, anquilose de quase tôdas as articulações, caquexia), outros, muito raros, apresentam melhoras definitivas ou curam-se espontaneamente, sem que saibamos a causa. A maioria, porém, evolue em 5 ou 10 anos, intercalados de melhoras e recidivas.

Também lentamente evoluem os processos degenerativos, às vezes de maneira totalmente assintomática, constituindo, então, achados fortuitos nos estudos radiológicos. Nunca levam à anquilose salvo em alguns casos de espondilite óstea-artritica, mas podem causar perturbações funcionais sérias quando localizados em determinadas articulações como nas coxo-femurais.

As fibrosites têm, via de regra, uma evolução curta e passam totalmente sem deixar vestígios. Existe, porém, a possibilidade de se tornarem crônicas e produzirem perturbações funcionais marcadas, tal como na doença de Dupuytren.

A **dôr** é o sintoma predominante nas entidades reumáticas. Nunca falta, pois é a causa da quase totalidade das consultas nos serviços especializados e constitui a informação mais importante do interrogatório. É necessário interrogar minuciosamente, não só sobre cada um de seus caracteres: intensidade, distribuição e duração, como ainda sobre as causas que a provocam ou modificam.

No processo inflamatório agudo articular da moléstia reumática a dôr é viva, aguda, terebrante, espontânea, contínua e móvel com a artrite. Tem sua sede máxima ao nível da interlinha articular e nas inserções dos ligamentos e tendões. O menor toque ou movimento exacerba a dôr e o doente não pode muitas vezes suportar as cobertas. Qualquer choque na cama ou no assoalho provoca contrações reflexas que aumentam a dôr e o próprio doente, lúcido, adverte disso àqueles que se aproximam do leito. Isso acontece, repito, nas formas fluxionárias agudas da doença; nas formas clínicas com predomínio visceral, as dôres articulares são atenuadas ou ausentes mas podem corresponder entretanto, à lesões cardíacas graves e progressivas. Algumas vezes queixam-se os doentes de algias em

todo um grupo muscular (Dôres lombares ou ao longo dos membros), dôres ósseas ou acompanhando os trajetos nervosos. Devemos sempre lembrar que existem formas puramente artralgicas da moléstia reumática e todo portador de artralguas ou dôres erráticas dos membros notadamente na infância ou na adolescência, inclusive aquelas rotuladas como "dôres de crescimento", talalgia etc., deve sofrer revisão clínica, laboratorial e cardiológica, para uma explicação mais razoável de seus males.

Também a artrite reumatóide apresenta dôr de tipo inflamatório, contínua, espontânea ou provocada pela pressão e pelos movimentos. Pode haver exacerbação noturna. Enquanto que a dôr da artrite reumatóide piora com o exercício e melhora pelo repouso, aquela provocada pelas fibrosites, tem, via de regra, resposta inversa, isto é, melhora com o exercício moderado e piora pelo repouso prolongado.

A dôr constitui muitas vezes o único sinal de um processo degenerativo articular. Aparece geralmente pela manhã ao levantar ou logo ao iniciar a marcha depois de estar algum tempo sentado ou deitado, para desaparecer instantes depois com a movimentação. É claro que nem sempre as cousas se apresentam desse modo; nos processos de ósteo-artrite adeantada, a dôr se exacerba pelo movimento que se torna difícil e doloroso pela fibrosite concomitante.

É importante, no estudo da **distribuição da dôr** fazer com que os doentes apontem êles próprios a sede dos fenômenos dolorosos para que sejam evitados êrros de interpretação.

Algumas vezes a região dolorosa não corresponde à região doente e a dôr é então representativa de processo que se desenvolve à distância. Temos exemplos diários: Nas afecções do quadril, a dôr se localiza algumas vezes na coxa ou no joelho do mesmo lado, a ponto de desviar completamente a atenção do clínico da articulação lesada. Certas alterações ósteo-articulares determinam perturbações estáticas que produzem pela continuidade, fenômenos dolorosos à distância, geralmente de origem muscular. Temos exemplo no pé plano, causa de sensações dolorosas ao nível das panturrilhas, dos joelhos, da coxa ou das regiões glúteas.

Os processos localizados na coluna vertebral provocam sintomas dolorosos à distância cuja distribuição depende do segmen-

to vertebral atingido. Na região cervical alta, os processos inflamatórios e degenerativos são a causa de cefaléas occipitais e temporais (Artrite occipito-atloidea), associadas à irritação das três primeiras raízes nervosas cervicais e atribuídas muito frequentemente à fibrose da fáscia occipital (Mettier e Capp). As localizações cervicais produzem amiudadamente tercicolo, dores difusas dos músculos da nuca e neuralgias cervico-braquiais unilaterais (a unilateralidade é um sinal importante) pela irritação das fibras simpáticas da região. Dores da região escapular decorrentes de artrites cervicais são muitas vezes diagnosticadas como periartrites de ombro.

Devemos levar em conta que esses fenômenos dolorosos provocados pelos processos reumáticos da coluna cervical e que via de regra se exacerbam pela hiperextensão da coluna, pela tosse, pelo espirro e pelas variações atmosféricas, vêm acompanhados algumas vezes de fenômenos nervosos decorrentes de compressões radiculares (parestésias, perda de forças, anestesia ligeira e atrofia muscular).

Algias torácicas, intercostais, que peoram pela permanência em pé ou sentada durante algum tempo e aliviam com o repouso prolongado no leito, são características da localização dorsal. Também aqui, pela irritação das fibras simpáticas regionais podem aparecer dores no precórdio simulando angina de peito, crises gastrálgicas como as observadas nos tábidos, epigastrias e algias diversas torácicas e abdominais semelhantes às observadas no pleuriz, na colecistite, na apendicite, etc.

As alterações reumáticas do segmento lombar ou lombo-sacro, são responsáveis, na grande maioria dos casos, pelas lombociatalgias. Crises agudas e repetidas de lombalgia, durando alguns dias e com intervalo de acalmia variáveis durante os quais o doente se queixa apenas de peso doloroso na região lombar (Principalmente após os esforços físicos), correspondem à artrite apofisárias degenerativas. Essas artrites apofisárias produzem sintomas dolorosos de sede e intensidade as mais diversas segundo sua localização no segmento atingido e as diversas condições locais (Dor sacra, glútea, coxal anterior ou posterior; localizados no hipogástro, na região inguinal, na face posterior da perna, etc.).

A espondilite reumatóide, (espondilose

rizomélica de Pierre Marie) que produz lesões precoces das articulações apofisárias ou das sacroilíacas, com ou sem envolvimento das coxo-femorais, determina fenômenos dolorosos que se localizam da mesma forma na região lombo-sacra, inguinal, coxal, etc. Aqui, porém, a dor é contínua, de intensidade variável e exacerbada pelo exercício, notadamente pelos movimentos bruscos.

Devemos notar de passagem que as dores decorrentes das artrites apofisárias, apesar de apresentarem caracteres radiculares, não são devidas à compressão das raízes nervosas, são dores reflexas que caminham pelas vias centrípetas, sendo refletidas e projetadas no segmento medular correspondente. Quando existe compressão nervosa (Tumores, hérnia posterior de disco, hipertrofia do ligamento amarelo, lesão traumática, etc.) a dor não tem caracteres especiais e o diagnóstico baseia-se, sobretudo, na história anterior de trauma e nas perturbações nervosas (abolição de reflexos, clonus, perturbações esfíntéricas, alterações estáticas, etc.) e principalmente no estudo radiológico de contraste.

Antes de tomarmos o paciente interrogado como reumático, em virtude de um ou outro sistema doloroso, é necessário excluir cuidadosamente a possibilidade de ser a sintomatologia apresentada, a exteriorização de afecções diversas não reumáticas. São muitas as **causas de erro** nesse sentido e o diagnóstico diferencial constitui, muito frequentemente, um problema de difícil solução.

De modo geral, as sensações dolorosas que aparecem ou que se exacerbam predominantemente com os movimentos são características do aparelho locomotor.

Lumbagos clássicos e ciatalgias ocorrem nas mais diversas manifestações mórbidas da coluna e dos órgãos abdominais e pélvicos, como nas anomalias diversas, metástases, lesões traumáticas, tumores, afecções ginecológicas, retais, renais, vesicais, uretéricas, hepáticas, gástricas, colecísticas, pancreáticas, intestinais etc. A exacerbção das dores pela micção ou defecação sugere a origem prostática, vesical ou intestinal (doenças infecciosas, tumores etc.), si bem que não exclue a origem reumática, como por exemplo, as lombo-ciatalgias por artrite apofisária (causa mais comum, cujas sensações dolorosas são intensificadas pelo esforço).

As afecções da vesícula biliar provocam dôres irradiadas à espádua ao nível do ângulo inferior do omoplata e junto as apófises espinhosas da oitava, nona, décima e décima primeira vertebrae dorsais. Também na região escapular têm sede as sensações dolorosas do pleuriz apical.

Os processos pleurais, pulmonares, cardíacos e mediastinais, iniciam muitas vezes, com dôres torácicas difusas ou localizadas na coluna vertebral, nos ombros, nos espaços intercostais etc. Os tumores endocraneanos muito frequentemente se exteriorizam de início por cefaléas occipitais e temporais apenas, que muito se assemelham àquelas produzidas pelas artrites occipito-atloideas. Certas doenças nervosas, como as diversas neurites, a tabes, a seringaomielia, a esclerose em placas e as meninaites, apresentam nos períodos iniciais, manifestações dolorosas que podem ser confundidas com doenças reumáticas. O diagnóstico faz-se então pela concomitância de outros sintomas reveladores de neuropatias orgânicas, como os distúrbios de sensibilidade, abolição de reflexos etc.

Antes pois de firmarmos um conceito definitivo sobre a natureza reumática de uma dor é necessário lembrar e tentar excluir pelo interrogatório ou posteriormente pelos exames clínico, radiológico ou laboratorial, outras doenças e afecções igualmente capazes de produzi-la como: A sífilis, a paralisia infantil, a febre tifóide, a lepra, a melitococcia, a triquinose, a endocardite séptica, as neurites periféricas, o herpes zoster, o parkinsonismo, a doença do sôro, o barbiturismo e outras intoxicações, o síndrome de Reynaud, a claudicação intermitente, a periarterite nodosa, a ósteo-mielite, a doença de Paget, a acromegalia, o hiperparatireoidismo, o síndrome da costela cervical, as doenças de carência (beri-beri) etc.

Com a dor surge a imobilidade reflexa, primeira etapa da **incapacidade funcional**, quando então não existe obstáculo mecânico à movimentação e está conservada a força muscular. Tal é o caso da moléstia reumatismal e das artrites metastásicas agudas em período inicial. Informam-nos então os doentes, que não podem executar determinados movimentos, em virtude da dor e algumas vezes, quando solicitados, negam-se a tentar o movimento receosos de provocar o fenômeno doloroso. É então suficiente aliviar ou excluir a sensação dolo-

rosa para que a articulação volte a adquirir normalmente a sua capacidade funcional.

No período de estado das artrites crônicas, em virtude das lesões articulares, periarticulares (Destruição da cartilagem, proliferação sinovial, retrações capsulares, tendinosas, etc.) e atrofia muscular, informa o doente que, embora sentindo pouca ou nenhuma dor, vê-se impossibilitado de executar determinados movimentos, já pelas lesões articulares existentes, já pela perda de forças decorrentes da atrofia muscular. No primeiro caso, mesmo com o auxílio do membro sã, não consegue maior amplitude de movimentos pelo obstáculo mecânico que se contrapõe a tarefa, o que não acontece quando há inteiridade articular: É então a atrofia muscular a única responsável pela limitação funcional.

Nas fibrosites, a incapacidade funcional é sempre puramente dolorosa e passageira, salvo raras exceções.

Existem limitações funcionais características de determinadas afecções; assim, por exemplo, na osteoartrite do quadril, onde os movimentos de abdução e rotação da coxa estão comprometidos, conservando relativa flexão; o doente, para atar os cordões do sapato, abraça o joelho correspondente inclinando o tronco, flexiona a perna sobre a coxa e esta sobre a bacia e assim ata os cordões sem poder vê-los (sinal do sapato). Nas periarterites de ombro, relatam geralmente os pacientes a impossibilidade de pentear a nuca ou abotoar posteriormente os suspensórios (limitação dos movimentos de abdução e rotação externa do braço). É clássica na artrite climatérica e na osteoartrite dos joelhos, a dificuldade que apresentam os portadores dessas afecções para levantar-se de uma cadeira ou de um oratório.

Paralelamente à impotência funcional, é de importância, no interrogatório do reumático, orientá-lo na descrição do aparecimento e evolução de suas **deformações**, embora esses sintomas interessem particularmente ao exame objetivo. Sobre esse particular, ouvimos mulheres portadoras de artrites degenerativas, descreverem o aparecimento e evolução de suas nodosidades de Heberden, como as encontramos nos tratados. Os portadores de reumatismo crônico, sobre tudo de artrite reumatóide, relatam às vezes de forma clara e precisa as deformações das mãos, pés e joelhos. Um dos

nossos doentes descrevia prolixamente seus nódulos subcutâneos de maneira muito interessante e elucidativa. Os lombo-ciatálgicos acusam que "caminham tortos" para um lado. Nas artrites coxo-femurais, ouvimos frequentemente aueixar-se o doente de que o quadril lesado está mais alto do que o lado posto.

Avulta conhecer pelo interrogatório os **fatores que modificam a sintomatologia**, notadamente a dôr. Já falamos sôbre a influência do exercício e do repouso na A. R., na O. A. e nas fibrosites. As condições climáticas, sobretudo o frio e a humidade, intensificam os sintomas articulares particularmente nos processos degenerativos e fibrosíticos. As exacerbações noturnas são frequentes em particular nas fibrosites e ósteo-artrites sem que exista infecção sifilítica concomitante.

Ainda não está totalmente elucidada a razão pela qual melhora a A. R. sob a influência de condições especiais fisiológicas (gravidez) e ou patológicas (icterícia e doenças febris).

Quanto aos fatores alimentares que contribuem comprovadamente na intensificação ou desencadeamento dos sintomas reumáticos, faremos notar o papel considerável que eles representam nas artrites metabólicas (gotosas, cálcicas, ocronóticas e oxalêmicas). É importante indagar, portanto, sôbre os hábitos alimentares do paciente, sôbre os excessos de mesa que precederam as manifestações articulares e ainda sôbre a qualidade dos alimentos que exacerbam a sintomatologia.

Internistas e psiquiatras têm assinalado a importância dos fatores psíquicos na eclosão dos sintomas reumáticos. Temos observado que os estados emocionais (medo, angústia, etc.) têm uma influência marcada na peora das manifestações articulares. Autores modernos assinalaram um "reumatismo psicogenético", termo empregado por Halliday (4), para indicar um estado de dôr contratura e impotência funcional passageira desencadeado por disposições psíquicas particulares (emoções violentas, contrariedades diversas, dificuldades financeiras desavenças familiares, etc.). Assume, portanto, grande interesse, no interrogatório, estudar as condições particulares da vida de cada paciente afim de descobrir os possíveis fatores psicógenos existentes.

Como em tôda anamnese, não deve o

interrogatório limitar-se àqueles sintomas que nos parecem desde logo reumáticos, é preciso analisar os demais sinais apresentados pelo paciente, não esquecendo a **repercussão sôbre o estado geral**. Investigar, portanto, a existência de insônia, anestésias, tonturas angústia, palpitação, dispnéa, ansiedade précordial, inapetência, perda de peso, plenitude post-prandial, pirose, náuseas, vômitos, diarréias, manifestações pleuro-pulmonares, traqueo-brônquicas e genitourinárias, etc. Alguns dêsses sinais pertencem de fato ao quadro sintomatológico do reumático, como perda de peso, inapetência, abatimento, febre, parentesias e dispepsia, da artrite reumatóide; as palpitações, dôres e angústia précordial da cardite reumática, cujos sintomas subjetivos constituem, às vezes únicas manifestações de lesão cardíaca, sendo que os outros sintomas são representativos de afecções de órgãos diversos às vezes com ligação estreita com o reumatismo apresentado.

As artrites degenerativas e as fibrosites não atingem o estado geral e as funções vegetativas permanecem inalteradas.

C — ANAMNESE REMOTA

Nos antecedentes mórbidos do paciente investigaremos a existência de afecções reumáticas, como também outras doenças; infecciosas, alérgicas, tóxicas, metabólicas e traumáticas capazes de produzirem lesões do aparelho locomotor, da coluna vertebral e dos nervos periféricos. Também interessa à história mórbida do doente, as condições de vida (hábitos, alimentação, habitação, etc.) e seu desenvolvimento somático.

Em virtude da longa evolução dos reumatismos crônicos, os surtos iniciais da doença podem ter precedido de muitos anos às manifestações atuais. Importa investigar, portanto, a existência ou não de doenças reumáticas anteriores, pois esta tarefa elucida muitas vezes a natureza do processo em estudo. É fácil compreender a dificuldade que encontra o internista em identificar e classificar as manifestações articulares longínquas relatadas, as quais deve analisar muito sôbriamente para não incorrer em êrros grosseiros. Cresce ainda, a dificuldade do problema, porque mesmo caracterizada a natureza das manifestações articulares relatadas — moléstia reumatisal ou artrite gonocócica, por exemplo —

não podemos ligá-las sumariamente à moléstia atual sem um exame atento e demorado.

As doenças infecciosas reumatógenas, como a blenorragia, a sífilis, a tuberculose, a disenteria, a escarlatina, a brucelose, etc., devem ser procuradas pacientemente na história do doente. Também é necessário muito cuidado para não relacionar precipitadamente um determinado passado infeccioso aos padecimentos atuais.

Como sabemos que os processos alérgicos desempenham um papel importante na patogenia das doenças reumáticas, não devemos deixar de investigar a existência desses acidentes (asma, edema de Quinke, surtos urticariformes, etc) para aquilatar-mos a possível intervenção de tais fatores na gênese desses processos. Em nossos doentes encontramos antecedentes alérgicos em 8% dos casos.

De grande importância é constatar a existência anterior de focos sépticos: os principais são os bucais (dentários, gengivais), amigdalinos, genitais, dos seis paranasais, colecísticos, apendiculares, etc. É interminável a discussão sobre o valor que representam os focos sépticos na gênese dos processos reumáticos. O certo é, porém, que devem eles sofrer uma crítica rigorosa antes de serem considerados como agentes causais dos processos em vista, o que acarreta medidas radicais, às vezes extemporâneas e perniciosas. Não se pode negar, entretanto, a importância considerável desses focos sépticos. Mesmo em outras alterações orgânicas que não as incontestavelmente focais desempenham eles um papel importante. Temos observado com frequência na artrite gótosa, a influência decisiva que exercem esses focos na eclosão da doença e na sua evolução para a cronicidade.

As artrites traumáticas são geralmente diagnosticadas pela história de trauma. Aparecem imediatamente ou 8 a 10 dias após o acidente. Devemos acentuar que um traumatismo pode ser a causa desencadeante ou localizante de artrites metastásicas, isto é, advindas de processos infecciosos previamente existentes. Em 50% das histórias de artrites tuberculosas, por exemplo, existem antecedentes traumáticos. (5)

Desempenham também os traumatismos um papel importante na gênese das ar-

trites degenerativas. Aqui, devemos distinguir não somente a influência dos grandes traumatismos (fraturas, luxações, distorções, etc.), como também dos pequenos traumatismos resultantes da atividade profissional (micro-traumatismos de Weill).

Deve versar ainda o interrogatório sobre a possível existência de causas nervosas, metabólicas e tóxicas, capazes de influir sobre o aparelho locomotor. Entre as causas nervosas, alinham-se a tabes e a siringomielia (artrites neuropáticas), entre as metabólicas interessam principalmente a gota, a alcaptonúria e o diabetes, e entre as causas tóxicas o alcoolismo, o barbiturismo, o saturnismo, a intoxicação pelo arsênico, pelo bismuto, etc.

Por último interessam na história do doente as condições de sua moradia, levando em consideração que as exacerbações e a cronicidade têm muitas vezes relação direta com o micro-clima das habitações.

D — ANAMNESE FAMILIAR E HEREDITÁRIA

A história familiar do reumático fornece-nos elementos valiosos quanto à natureza e as circunstâncias que cercam o aparecimento da doença. É inegável em determinados casos a predisposição reumática hereditária.

Observamos comumente indivíduos que embora submetidos constantemente às diversas noxias reumatógenas, não adquirem, entretanto, a doença. Isto é devido a que esses fatores são provavelmente incapazes de, isoladamente, transformar um organismo em um doente. Falta para isso um outro fator que chamamos de "terreno" predisposição, diatese reumática e que nada mais é do que condição orgânica especial hereditária ou adquirida que torna o indivíduo suscetível de adquirir a moléstia. Devemos, pois, ter em vista que esse "terreno" é que se transmite hereditariamente, e, portanto, não veremos sempre esta ou aquela afecção reumática em um mesmo grupo familiar mas diferentes tipos de reumatismo. Por exemplo, um indivíduo com moléstia reumatismal apresentando na história familiar ascendentes ou colaterais góticos ou portadores de artrite reumatóide.

Nos pacientes por nós observados encontramos história familiar de reumatismo em uma percentagem muito elevada de

casos. Poucas vezes, porém conseguimos caracterizar a variedade de afecção, pela imprecisão das informações, pois geralmente são tomadas como reumáticas tôdas as manifestações dolorosas crônicas do aparelho locomotor.

Na etiologia da moléstia reumatismal o fator hereditário desempenha um papel importante e é vasta a matéria publicada sôbre o assunto. Autores norte-americanos, estudando os antecedentes de crianças não reumáticas e reumáticas, verificaram que nestas a história familiar da infecção era três vezes e meia mais frequente do que naquelas.

A gota é reconhecida pelos diversos autores como uma doença fundamentalmente hereditária. Talbott encontrou história familiar da doença em 50 a 60% dos gotosos. Êste mesmo autor, dosando a ácido úrico no sangue de parentes próximos de doentes gotosos, encontrou em muitos deles cifras indicadoras de hiper-uricemia.

Interessante sôbre êsse ponto de vista é também a observação de Smyth e Freyberg que, estudando as famílias de dois gotosos, encontraram 8 adultos de sexo masculino com hiper-uricemia e 5 com gota clínica.

Desempenha também o fator familiar um papel importante na gênese das artrites degenerativas. Stecker e Hersh (6), estudando a transmissão hereditária das nodosi-

dades de Heberden, chegaram a conclusão de que a presença ou ausência dessas formações dependem de um fator genético representado por "um par de genes autosômicos" dos quais dependeria a forma e o tempo de aparição das nodosidades.

Dados úteis nos proporciona às vezes a investigação sistemática nos ascendentes e descendentes do reumático, de hemofilia, doenças metabólicas, tuberculosos e cancer.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- 1 — Bach, Theodore F. — *Arthritis and Related Conditions* — Philadelphia — 1947.
- 2 — Dawson, M. H. — In *Nelson's Loose Leaf Medicine*, New York, 5, 605, 1935. Cit. Comroe — *Arthritis and Allied Conditions* — Philadelphia — 1944.
- 3 — Lutembacher, R. — *Rhumatisme Articulaire Aigu* — Paris — 1947.
- 4 — Halliday, Y. L. — *Brit. Med. Jour.* 1, 213, 264 — 1947.
- 5 — Comroe, Bernard I. — *Arthritis and Allied Conditions* — Philadelphia — 1944.
- 6 — Stecker e Hers — Cit. Bach, F. Francis, F. e Leblanc, G. — *Ile Conférence Scientifique International D'Aix Les Bains* — Aix Les Bains — 1948.