

SÍFILIS ÓSSEA E OSTEO-ARTICULAR

Cesar Avila (*)

Wagner Paes Vieira (**) e

João B. Fernandes (***)

Resolvemos apresentar, ao Congresso do Cinquentenário da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, uma série de casos de sífilis óssea e osteo-articular porque em muitos pontos não há concordância entre nossa observação e a de muitos tratadistas. O trabalho foi dividido em três partes: estudo clínico, estudo radiológico e considerações estatísticas.

Diversos autores e entre esses Stokes, Beermann, e Ingrahan, dividem os períodos de sífilis em: primário, secundário precoce e tardio, recorrente precoce e tardio, terciário e quartenário. Em qualquer destes períodos podem aparecer manifestações sífilíticas para o lado dos ossos e articulações, desde dores articulares irradiadas para os membros até manifestações ósseas e articulares mais graves, comuns à lues. Mas o que interessa principalmente é o conhecimento dos sinais que levam ao seu diagnóstico.

SÍFILIS ARTICULAR — Foi comum nas observações casos de lues que se manifestaram apenas por **artralgias**, mais ou menos intensas, e que tinham características bastante típicas. Consideramos esta entidade clínica como o grau de menor intensidade da localização luética. Em nossa casuística há predomínio absoluto deste síndrome pura a articulação do joelho. A dor, nestes casos, assume características típicas: aumenta com o repouso e diminui com o movimento. Nunca é intensa, porém causa distúrbios funcionais bastante desagradáveis. À noite, no leito, pioram sensivelmente. Ao exame clínico estas articulações não apresentam nada de objetivo. O exame anatomo-patológico não revela nada de anormal. Também aos raios X nenhum sinal é encontrado. A única arma que temos em mão é justamente o recurso do laboratório, pois que, na maioria das vezes, as reações sorológicas são positivas. As respostas ao tratamento específico são sempre rápidos. Nestes casos é desnecessário qualquer tratamento ortopédico. Encontramos casos de artralgias em qual-

quer período de sífilis. Essa artralgia sífilítica é chamada, por alguns tratadistas de **artrite**.

Gráu mais avançado do ataque articular pela sífilis é a **hidrartróse**. A hidrartróse é afeção predominante nas crianças e tem muitas das características da artralgia. A dor também aumenta com o repouso, é predominante noturna mas quase não sofre modificação alguma com o movimento. O que chama mais atenção dos clínicos é a simetria de suas localizações. Também em nossas observações a articulação mais atingida foi a do joelho, no clássico quadro das "juntas do Clutton". Os raios X nada ou pouco mostram. Naturalmente, como uma das características do quadro clínico é o derrame, apareceram nos clichês radiográficos sinais de efusão. O exame anatomo-patológico apresenta, em tais casos, alterações muito mais discretas do que nas artrites banais inflamatórias. As reações sorológicas são geralmente positivas. O tratamento conduz rapidamente à cura clínica. Comumente encontramos a hidrartróse na sífilis secundária precoce e na recorrente.

Em terceiro lugar, vem o chamado "Pseudo Reumatismo Sífilítico". É ora uma poliartrite e ora uma monoartrite, sem a tendência para a simetria, da hidrartróse. Nunca apresenta derrame que chame atenção do clínico. As sinoviais vizinhas das articulações doentes estão sempre afectadas. Nos demais sintomas, radiológicos e clínicos, muito pouco se afasta da entidade anterior.

Seguindo o grau de atingimento e de gravidade, chegamos às Osteo-artrites e Osteo-Condroidistrofias-Gomosas. Elas são também chamadas de "Pseudo-tumores brancos". É justamente no quadro clínico das osteo-artrites gomosas que nossa observação se afasta da opinião de diversos tratadistas. Dizem, por exemplo, que a dor, também nelas, apresenta aquela característica das artralgias e hidrartróses sífilíticas, aumenta com o repouso e diminui com o movimento. Insistem em que os movimentos

das articulações estejam quasi que totalmente preservados. Julgamos que haja um erro de apreciação quanto à época de observação. Logo depois de atingida a articulação pela moléstia há uma fase aguda que pode durar meses. Nesta fase aguda as dores são quasi intoleráveis.

Aumentam por crises durante a noite. O paciente é obrigado a guardar leito, impossibilitado que está de fazer qualquer movimento com a articulação afectada. Não se pode mesmo estudar a amplitude dos movimentos passivos dessas articulações por causa da dor. Essa dor resiste mesmo à imobilização em aparelhagem gessada e só começa a desaparecer depois de longos tratamentos específicos. A resposta ao tratamento específico é demorada. As reações sorológicas são muitas vezes negativas o que leva a pensar predominarem essas formas na lues tardia. Mais de uma vez tivemos casos em que o diagnostico só poudo ser feito pelo exame anatomo patológico. Este nos mostrava a presença indiscutível de goma sífilítica no material retirado, enquanto as reações sorológicas se mantinham negativas no sangue e no liquor. Os sinais radiológicos são os mais variados e suas características serão indicadas pelo Dr. Wagner Vieira no decorrer deste trabalho. Não iremos incluir casos de articulações de Charcot por não serem patognomonicas da sífilis óssea e osteo-articular e sim reações troficas do tecido ósseo, alterações traumaticas por insensibilidade local e lassidez ligamentar, produzidas por um sem número de afecções do sistema nervoso.

SÍFILIS ÓSSEA — A sífilis óssea nos interessa principalmente no que tange ao diagnostico diferencial. Mais de uma vez a vimos confundida com tumor maligno. Haja vista nossa observação numero 6. Pode também ser confundida com tumores benignos quando traduz apenas as reações osteoformadoras que costumam aparecer depois das periostites específicas tratados. (Observação n.º 7). A osteomielite sífilítica pode ser confundida com a hematogena. Seu começo, no entanto, lembraria o das formas atenuadas desta ultima. Em sua forma gomosa apresenta trajetos fistulosos vários, representados por gomas dos tecidos moles. Sempre, em tais casos, as reações sorológicas foram francamente positivas para a lues. Casos porém existem, e bastante comuns, de formas arrastadas de osteomielites hematógenas indiscutíveis, que respondem muito bem ao tratamento

antissifilitico. Não pudemos averiguar se tais formas seriam de osteomielites hematógenas assentadas em terreno sífilítico, ou de uma associação de osteomielite hematogena e osteomielite sífilítica.

DIAGNÓSTICO: Não há duvida que em primeiro lugar estão as reações sorológicas. Quando negativas, sempre a reativamos. Entre os métodos de reativação o que melhores resultados nos têm dado é o da administração de 800.000 unidades de penicilina em quatro dias, espera de quinze dias e novas reações sorológicas. Tivemos um caso de grave artrite do joelho, curado com tratamento bismutico, que se vinha arrastando já há dois anos, no qual jamais conseguimos uma reação sorológica, positiva para a sífilis. Era uma artrite do joelho, com aspecto radiológico de artróse, em paciente de 45 anos de idade. Só podia andar de muletas. Depois de 18 ampolas de bismuto (Iodobisman), feitas 3 vezes por semana, largou as muletas e passou a andar perfeitamente. Passados dois anos, fez longas curas de consolidação e se mantem curada. Neste caso também o exame anatomo potológico, em fragmento cilindrico, retirado por punção, nada revelou que nos pudesse esclarecer o diagnóstico. Outro caso de goma do grande trocanter, rebelde a tratamentos antissifiliticos repetidos, só foi com segurança diagnosticado, após biopsia. Novos tratamentos específicos os mais variados foram tentados, sem nenhum resultado porém. Só a extirpação cirurgica é que veio melhorar o quadro clínico. Dôres outras porém, não tardaram a surgir na mesma paciente, do mesmo lado, na região glutea. Nova intervenção e novas gomas sífilíticas foram encontradas nos intersticios daqueles musculos. As reações sorológicas sempre se mantiveram negativas.

A biopsia foi o recurso que usamos nos casos duvidosos e, na maioria das vezes, ela nos elucidou.

A história clínica, quando bem relacionada, é dos melhores auxiliares para diagnóstico.

Tivemos a impressão, em diversos casos de artrite luética da articulação do joelho, de encontrarmos uma pequena subluxação. Há um pequeno desvio do plano tibial para traz. Como se repetisse este sinal muito frequentemente, julgamos que seja util se chamar atenção sobre sua existência. Uma observação detalhada, de número maior de casos, poderá dizer se é

têm valor ou não, e se se apresenta só, ou com maior frequência, na lues da articulação do joelho. A seguir, o Dr. Wagner Paes Vieira vai fazer comentários em torno da Radiologia na Sífilis Óssea e Osteo-articular.

A. RADIOLOGIA NA SÍFILIS ÓSSEA ÓSTEO-ARTICULAR

A radiologia na sífilis óssea e osteo-articular não pôde em rigor, acompanhar as classificações anatomo-clínicas. Apesar de parcialmente amparada na anatomia patológica terá que ter o seu estudo, "uma amplitude esquemática", para abranger toda a série de problemas clínicos particulares ou de caráter geral. Essa atitude, ainda que um tanto "artificial", amplia e situa melhor o seu papel semiótico. Devemos esclarecer, de antemão, que a clínica nem sempre coincide com a radiologia na lues do sistema esquelético. Sendo uma doença geral com frequentes localizações ósseas e osteo-articulares, requer um mínimo de substrato anatomo-patológico para dar sinais radiológicos suficientes. É, entre outros, o caso da observação número 1. Nesta, os raios X nada mostravam (figura n.º 1 e 2), além de discretos sinais de artrose ou fibrosite degenerativa (Ferguson) — frequentes em pessoas da mesma idade — com calcificações tendinosas simétricas, bilaterais e que nada explicava da queixa mono-articular, prolongada e resistente a vários tratamentos anti-reumáticos. A resposta ao tratamento anti-luético foi pronta, espetacular. Quasi no mesmo grupo podemos colocar a "hidartrose simétrica sífilítica" (articulação de Clutton), as chamadas "poli-artrites pseudo-reumáticas" e, mesmo, a "goma" e a "periosteite" na fase inicial, com sinais clínicos identificáveis, mas silenciosas ou quasi aos raios X.

Já no polo oposto, e anda com o amparo da anatomia patológica, as "artrites gomosas", algumas "gomas juxta-articulares", a "osteite" e "osteomielite", e etc. costumam mostrar aos raios X muito mais do que a clínica faria supor.

Estes exemplos são suficientes para salientar o alcance do problema e sugerir normas na sua resolução.

Como para Skinner e outros, a radiologia, na lues osteo-articular, é mais ou menos, explicada pela anatomia patológica, qualquer tentativa de estudo deve começar pela identificação curada desta inter-relação anatomo-radiológica. O caminho é ana-

lítico, semi-esquemático, procurando explorar a maneira toda particular da reação da lues no sistema esquelético, ao lado das demais particularidades de distribuição e preferências regionais. Felizmente, a sífilis tem um cunho próprio de reação, que bem identificado e explorado, muito ajuda no diagnóstico desta grande simuladora. Resultará daí um quadro geral, um tanto vago, mas que, de longe em longe, adquire personalidade suficiente para se impôr, com ou sem seus auxiliares imediatos. Isso é raro. As particularidades regionais de distribuição, tamanho, simetria, etc., ao lado dos demais comemorativos clínicos, são os elementos, que no comum, dão segurança à sugestão radiológica de lues óssea. Brailsford vai além, exigindo o completo restabelecimento do osso pelo tratamento para haver certeza no diagnóstico de lues (figura n.º 17, obs. n.º 8).

A margem de erro na sífilis, dizem todos os autores, é grande. Pode simular quasi tudo e quasi tudo pode simular a sífilis osteo-articular. Não há osso, nem idade imunes à sífilis. Como, também, não há exclusividade de lesões e sinais. O que há, são particularidades, maneiras de reagir próprias de alguns grupos de ossos ou tendências especiais, decorrentes da idade e do jogo entre capacidade racional e virulência do germe. Ainda que na criança haja uma tendência à generalização das lesões, em pessoas idosas, como no caso da observação número 8 (figuras n.º 12, 13, 14, 15 e 16), a lues pode ser poliostótica e apresentar quasi todos os tipos individuais de lesões. Mas estas e outras exceções não invalidam a regra geral, pela qual as crianças tendem a generalizar suas lesões luéticas. Já na criança maior ou no jovem, as lesões são mais localizadas, com predileção para a simetria. No adulto, a simetria, localização, irregularidade de contornos e densificação, costumam ser a praxe.

Em todas, e como uma característica universal especial da sífilis óssea, podemos apontar sua tendência à produtividade, traduzida aos raios X pelo caráter mais denso, esclarecendo, de todo ou em parte a lesão em estudo. Essa tendência especial, esta avidéz pelo cálcio, encontramos-a, também, em várias formas de reação periosteal, que, em igualdade de porte, são quasi sempre mais opacas aos raios X que as demais.

É claro que há exceções, como nas formas iniciais ou na fase hiperativa das gomas, estimuladas ou não por um traumatismo, em que a osteólise domina o quadro,

fazendo "tabula rasa" de tôdas as estruturas ósseas. Ainda, aqui, com o tempo e pelo estímulo do tratamento, esta característica pode ser apontada nos limites da lesão destrutiva. Mas, quando em plena atividade, e sem auxílio da clínica, é claro que o valor da radiologia é nulo nesse tipo de lesão.

Também como um aspecto especial à sífilis, principalmente no tocante à diferenciação com a tuberculose e outras lesões inflamatórias ósseas, podemos apontar a quasi indiferença das lesões sífilíticas pelo cálcio circundante. Raramente, salvo em formas especiais — a sífilis determina uma osteoporose do osso atacado.

Deixaremos para mais adiante outras particularidades que serão estudadas à medida que fizermos a revisão das formas unitárias da lesão sífilítica, dos aspectos próprios de cada idade e da "côr local" que muitos óssos lhe imprimem.

Na posse desses dados gerais, e encarando o problema sob o ponto de vista de semiologia radiológica, podemos esquematizar o estudo da lues óssea e ósteo-articular em:

- 1) — lesões periostais,
 - 2) — lesões ósseas,
 - 3) — lesões metafisárias e epifisárias e
 - 4) — lesões articulares.
- 1 — **Periostites**

Esta é a lesão mais frequente na sífilis recente e târdia do sistema ósseo. É uma calcificação sub-periostal, do tipo reacional — de Ferguson — que apresenta características especiais, apontadas, às vezes, como patognômicas da lues. Salvo em regiões ou lesões especiais, na qual é ausente, sempre esta reação periostal deve ser pesquisada e estudada. Muitas vezes temos que procurá-la nos óssos não lesados aparentemente. Em qualquer dos tipos que adiante descreveremos, Ferguson chama a atenção para a densidade, relativamente alta dessa lesão — que êle chama de "densidade luética"! — sempre maior que nas demais periostites. A figura número 21 mostra uma calcificação sub-periostal em um caso de artrite séptica da anca, em tudo comparável a certas formas de periostite sífilítica (figuras n.ºs 15 e 16), só diferenciada pela densidade, que é fraca, bem mais fraca que em lesões sífilíticas da mesma espessura. O tempo, o envelhecimento e, mesmo, segundo Fraenkel, o tratamento, acresce o teor opaco das periostites sífilíticas.

Três tipos clássicos de reação periostal são descritos por diversos autores:

- a) — estria paralela,
- b) — rendilhado (lacework) e
- c) — em camadas

a) — **Estrias paralelas** — Este primeiro tipo, em estria paralela, é a forma mais frequente e mais precôce de reação periostal. Mas, infelizmente, salvo sugestões tiradas por sua densidade relativa maior, nada de patognômico apresenta. É representada por uma estria densa, quasi sempre irregular, acompanhando os contornos ósseos. Skinner a descreve como um véo entre a zona osteogênica do peroisteo e o osso normal. Brinckner chama a atenção para um sub-tipo desse véo, mais uniforme, separada da cortical por estreita zona clara intermédia, e que appareceria próximo às zonas gomosas das partes moles. A nosso ver, esse sub-tipo não passa de uma calcificação sub-periostal do tipo que Ferguson chama de "inerte" ou "estática", companheira dos edemas crônicos ativos ou passivos, locais (o caso) ou generalizados. Essa periostite estriada é a forma mais jovem da periostite. Não forma osso, e está quasi sempre longe das gomas. Têm seu maior campo de extensão na sífilis congênita, com nítida preferência pelos membros (figuras 23, 24 e 27). O valôr dessa lesão, no diagnóstico da lues, é fraco, mesmo quando generalizada, poliostótica. Hotz quer emprestar a esta generalização uma importância que os trabalhos minuciosos de Coffey e outros, mostraram ser destituídos de valor. Muita coisa a pode simular. Quando a goma se aproxima da cortical, já um outro tipo de reação aparece — a forma rendilhada.

b) — **Forma rendilhada** — Nesta, a calcificação periostal é tumultosa, com altos e baixos nos seus limites externos, às vezes de forma dentada, em saca-bocado, com espiculas grosseiras ou com ondulações irregulares. A densidade, neste tipo, é sempre alta, elevada, e acompanha com frequência outras lesões luéticas (figuras n.ºs 14, 15 e 16). Podendo ser poliostótica ou apresentar grandes extensões em um só osso, essa lesão, no comum, é localizada. Apresenta marcada preferência pela crista tibial ou pelo cubito. Não querendo dizer que não possa aparecer em outro osso. Quando isolado, próximo ao tubérculo tibial anterior, pode simular um "Osgood-Schlatter", se a clínica não vir em socorro à radiologia. A conhecida "tibia em sobre" tem origem nesse tipo de reação sub-pe-

riostal. Outra forma comum e localizada, também, de reação periostal — na tibia de preferência — é a chamada periostite gomosa, que leva à esclerose total do osso, envolvendo-o em densa bainha esclerótica com alargamento da diafise. Esse tipo rendilhado de lesão, quando bem individualizado, tem alto valor de diagnóstico da sífilis óssea. Para Baetjer-Waters é patognomônico da sífilis. Já Brailsford não lhe dá tanto valor e aponta várias simuladoras desta forma de reação periostal: a periostite traumática, as reações próximas às úlceras varicosas antigas e, mesmo, certas formas de sarcomas ósseos iniciais. Distingue esse autor as espículas sarcomatosas das de origem luética pelo feitio menos grosseiro, extremidades mais afiladas e ficando como agulhas suspensas, sem contato com a cortical, como sucede com aquelas. No crâneo, descreve Coffey uma reação periostal localizada que pode simular um raquitismo curado. E na sífilis congênita é a associação de um desses tipos de reação periostal (principalmente o paralelo) com a osteomielite e a osteo-condrite gomosa que empresta a certos ossos a forma de "tronco de árvore morta" (fig. 24).

c) — **Forma em camadas** — Gomas miliares e reações periostais sucessivas criam esse tipo de lesão luética, com preferências e localizações iguais à anterior. São estrias densas, paralelas entre si, que se superpõem em camadas sucessivas como "casca de cebola". A forma em si, diz S. L. Haas, nada significa, porém, na sífilis, se se observam múltiplos focos em um só osso, sem ataque à medular. Esta forma, como a anterior, costuma levar à esclerose em "mortalha" dos ossos longos, que em fase ulterior, ou depois de tratamento, terminam na chamada hiperostose esponjótica dos autores alemães. As demais formas de periostite e esta que acabamos de descrever, podem ser simuladas por uma série de reações periostais devidas às infecções, traumatismo e osteo-sarcomas. Também dá confusão com a chamada periostite "lusória", decorrente de aspectos anatômicos normais, coisa que Köhler, Ferguson e outros ainda apontam como frequentes. A experiência, conhecimento dos seus sitios prediletos e, na falta destes, recurso de comparar o lado são como o suspeito, tornam este problema pouco embaraçoso.

2) — **OSTEITE SIFILITICA** — A lesão mais comum na sífilis tardia. Aqui, salvo raras exceções, predomina aquele ca-

rater dominante produtivo, próprio da reação sífilítica do osso. Três tipos ou formas de lesões podem ser individualizados: localizada, disseminada e difusa.

a) — **Osteite sífilítica localizada:** — A guisa de mecanismo formador das imagens radiológicas podemos sintetizar como segue: a destruição dá tempo às defesas orgânicas para que uma barreira osteo-plásticas se anteponha ao avanço destrutivo. O osso se condensa, se deforma em um ponto localizado, constituindo o chamado "shell" (figura n.º 22), com núcleo claro central, pequeno, irregular, às vezes obscurecido pela densidade envolvente. Quando na cortical, e com orientação centrífuga, esta lesão, de parceria com as lesões periostais assinaladas, expande o osso, formando um entumescimento circunscrito, denso, irregular, com ou sem núcleo claro (figura n.º 22). Raros sequestros. Quando presentes, mesmo nas formas extensas e difusas da osteomielite sífilítica, são pequenos e tendem a ser absorvidos. Só no crâneo, diz Hodge, pode dar grandes sequestros na sífilis. Ao lado destas formas de predomínio condensante, temos visto raramente, nas extremidades ou perto das articulações, lesões sífilíticas de rápido desenvolvimento, na qual a osteólise predomina, como que em desobediência às normas de reação produtiva própria da sífilis. São gomas exarcebadas pelo traumatismo ou com necrose interna. Raramente uma goma solitária pode determinar fraturas espontâneas, como no caso da observação número 8 figura 14. A confusão destas várias formas com o osteomielite condensante de Garré, ou com o abscesso de Brodie, parcialmente curado por doses ineficientes de penicilina e, por último, com o osteo-sarcoma, é frequente se não pensarmos em sífilis. Distinguí-las constitui árdua tarefa, na qual a radiologia jamais poderá ser considerada suficiente..

b) — **Osteite sífilítica disseminadas (osteomielite)** — A osteomielite é o exagero e a difusão do que foi descrito nas formas localizadas. É lenta, crônica, envolve todo osso, destrói a cortex original, provoca a expansão, deforma as estruturas e também, o próprio osso. Néofomações ósseas, irregulares, tendem a envolver as partes lesadas. Pouco ou nenhum sequestro. Há sempre um aspeto de lesão multi-segmentar nesse tipo de osteomielite. O seu feitio, mesmo na forma florida, em pleno desenvolvimento, se assemelha à sua homônima de origem piogena, mas como se esta já estivesse na

fase final de cura. O tipo e densidade das reações periostais ajudam muito na sua identificação.

c) **Osteite sífilítica difusa** — Neste grupo podemos incluir algumas formas de generalização regional e mesmo universal da sífilis, na qual predomina a osteoporose, sem nenhuma reação condensante, ao menos no início. É a forma clássica de reação da sífilis óssea em Bejelno, Eufrates. Nas crianças, simula a osteogenese imperfecta, tipo Vrolich, necessitando — diz Brailsford — procurar nas várias extremidades ósseas, possíveis sinais de sífilis, como meio de identificá-la.

3) — **LESÕES METAFISÁRIAS E EPIFISÁRIAS** — As lesões metafisárias são o apanágio da sífilis congênita. Raramente constitui problema ortopédico, salvo no caso de acentuados desprendimentos epifisários, decorrente da "osteochondrite", e cuja tradução clínica é a pseudo-paralisia de Parrot. A descrição de Coffey, já clássica, da osteochondrite, é por demais conhecida para insistirmos, e foge à orientação desse trabalho. Linhas densas transversais às vezes irregulares ou paralelas, serrilhado irregular da linha epifisária, perdas ósseas em saca-bocado, justa-epifisárias, múltiplas, infrações meta-epifisárias e etc., constituem a série de sinais que, em maior ou menor grau (e associados à clínica) dão certeza ao diagnóstico da lues congênita. O quadro esquemático de McLean é hoje indispensável para quem queira fazer diagnóstico da sífilis congênita com a ajuda da radiologia. Como ilustração, apresentamos várias formas de lues congênita nas figuras 23, 24, 26 e 27.

Brailsford, Sante e outros apontam a sífilis, como causante das epifisites. No femur dizem, pode trazer coxa-vara bilateral, simulado, em tudo o Perthes. Só é distinguível deste, pela ausência de fragmentação cefálica.

ASPETOS REGIONAIS PARTICULARES DA SÍFILIS ÓSSEA

Há regiões ou ossos que reagem com feitiço especial à sífilis. Isso nos obriga, no seu estúdio a uma revisão parcelada desses aspectos particulares.

Craneo — Para Pandergrass, quasi todo sífilítico com lesões ósseas ativas e múltiplas, tem sinais de reações luéticas no craneo. E, como em qualquer idade, todos os tipos de lesões podem ser aí encontrados, se justifica um capítulo especial à ra-

diologia dessa região. Os ossos do craneo reagem à sífilis de uma maneira toda especial, diferente dos demais ossos. Há uma inversão de papéis em relação à tuberculose e lues essa região, principalmente quando as lesões são pequenas ou no início. Na lues, predomina a osteólise, enquanto que a tuberculose no craneo adquire poderes de condensação que não possui em outras regiões. Outra distinção entre estas duas apontada por Erdheim, é a forma como corrompem as tábuas craneanas. Na sífilis a maior extensão se faz à custa da tábua externa. Isso lhe empresta, comumente, um aspecto de funil, com base para o exterior, ao contrário das lesões localizadas tuberculosas. A figura n.º 12 mostra bem esse aspecto côncavo de uma lesão gomosa no craneo, se bem que já em estado de cura, com reação condensante limitrácia. Quando as lesões se estendem, tomam um aspecto mosqueado, mármore, como roída de traça, poupando sempre a tábua interna do craneo e delimitando, às vezes, grandes sequestros. É a única região onde isso se dá (Hodges). O craneo natiforme luética, na criança, é uma seqüela de extensas reações periostais. No adulto, Brailsford descreve quatro tipos de lesão, que são, mais ou menos, o jogo entre essas lesões já descritas e uma forma especial de esclerose difusa e densa, esta acompanhada quasi sempre de sintomas mentais. Tanto Köhler, como Brailsford, acham que as lesões podem destruir a região da sela turca, como o fazem com os ossos do nariz e paladar. Um tipo de lesão luética, com denteado e espículas ósseas, foi descrito por Pandergrass, nos ossos do craneo, simulando: anemias, metastases cancerosas, Paget, etc.

Coluna — Ainda que a sífilis possa trazer carie vertebral — até com abscesso! — constituem maioria as lesões de marcha lenta, condensante, com ou sem ataques às articulações. Quasi sempre há deformidade da coluna, pela expansão localizada dos corpos vertebrais. Chama a atenção, Brailsford, para um detalhe nesses casos — como, também, tivemos ocasião de observar — em que as deformações são por crescimento localizado no corpo vertebral e não por colapso da parte côncava da coluna. Essas lesões, quando localizadas e em pessoas idosas, difícil se torna diferenciá-las das vertebrais em marfim, de origem metastásica ou infecciosa.

Corpo, Tarso e Dedos — Como a sífilis nesta região costuma ser unitária, mo-

nostótica, circunscrita, condensante, sem osteoporose proximal e nem interfere nos ossos e articulações, quando surge um caso como o da observação número seis (figuras 9 e 10), as probabilidades para a sífilis, sob o ponto de vista radiológico, são particularmente nulas. Nada havia de usual para a sífilis.

Já a dactilite é uma forma especial de reação exuberante, fronteira entre a parosteite e a osteomielite. Ataca mais os metatarsianos e metacarpianos que as falanges. Quasi sempre abaixo de um ano de idade, costuma aparecer, tendo características distintas de sua homônima de origem tuberculosa. Naquela de origem luética, o aspeto geral do osso, no seu conjunto, é uniforme, sem zonas centrais claras como nesta última.

d) — **LESÕES ARTICULARES** — Para Stokes, Beermann e Ingraham, 12% das lesões esqueléticas são articulares. Para outros, isto constitui raridade.

Os sinais radiológicos da sífilis articular varia com a forma, extensão e cronicidade da lesão. Entre as formas articulares da lues, com sinais radiológicos mais gritantes, podemos apontar ao osteo-artrites ou osteo-condrodistrofias gamosas, chamadas, também, de condrite luética de Virchow, e que, às vezes, podem ser identificadas aos raios X. Frequentemente, a hidartrose, ainda que nem sempre manifesta. Rugosidade dos bordos externos, marginais, com ou sem condensação limitrofe, são os sinais mais encontrados (figura n.º 6). A cartilagem costuma ser preservada, salvo nas formas de cronicidade ou virulência suficiente para destruí-las, ou quando associadas. Aí vamos encontrar, também, a chamada "carie luética", como nos casos números 2, 4 e 5 figuras n.º 7 e 8, em que uma margem articular se escava em "saca-bocado", indo até a esponjosa. Há sempre uma orla densa, parcial ou geral, nos bordos desta carie luética, bem evidente no caso número. Outra característica, assinalada por Hodges e Phemister, é a preservação, a imunidade, podemos dizer, da margem articular oposta, mesmo nas grandes destruições osteo-articulares. Para Hotz, esse tipo de carie só é encontrada nos casos complicados com outra entidade. Talvez tenha razão; nos nossos casos isso se deu com a tuberculose. A sua opinião é reforçada pela frequência com que essas formas se exteriorizam, fistulizam e justifica, talvez, a disparidade de opiniões entre os vários autores, quanto à frequência da ancilose ou

não desta osteoartrite luética. Na experiência de Hotz, estas formas jamais levariam a articulação à artrose. Já não pensa assim Segovia, o qual aponta, até, uma forma de osteortrose luética, com contornos articulares angulados e tendência à linha reta nos osteofitos marginais. Como as gomas juxta-articulares, as bursopatias sífilíticas, as artrites gomosas sinovais podem ser facilmente confundidas e, em fase final, terminar nessa forma de osteoartrite, se justifica a disparidade de opiniões e, mais ainda, a instabilidade dos sinais radiológicos apontados pelos vários autores. No caso da fig. 18, vemos alterações articulares em margens opostas, contrariando Hodges e Phemister. É a célebre periosteite de vizinhança, assinalada como companheira de todas essas formas, poucas vezes a temos encontrado. Todas as demais formas de sífilis articular são pobres ou carentes de sinais radiológicos. A não ser pela bilateralidade da efusão ou a presença dessa em articulações próprias à sífilis, como na clavícula da figura n.º 19 e 20, o resto costuma ser silencioso aos raios X.

OBSERVAÇÕES

(Cesar Avila)

OBSERVAÇÃO N.º 1 — E. A., de 54 anos de idade, branca, casada. É um caso típico de artralgia mono-articular do joelho esquerdo. As radiografias números 1 e 2 nada mostram de característico para a sífilis. As dores se exacerbam com o repouso. As reações serológicas fortemente positivas para a lues. Instituído o tratamento antisifilítico, o restabelecimento funcional se processou em 3 semanas.

OBSERVAÇÃO N.º 2 — M. C., menina branca, de 10 anos, sofrendo, desde um ano e meio de idade, de uma afecção do joelho direito, diagnosticada, naquela época, como tumor branco, foi submetida a inúmeros tratamentos para tuberculose. Ficou anos imobilizada em gesso. Oito anos e meio após o início de seus sofrimentos, o processo articular ainda se arrastava, sem tendência à cura definitiva. Resolvemos então praticar, no joelho enfermo, uma resecção económica. Para orientar o tratamento pré-operatório, foram feitos diversos exames e, entre esses vieram as reações para a lues francamente positivas. Foi transferida a intervenção e a doente submetida a tratamento anti-luético. Como se mantivesse em decubito dorsal no leito, para melhorar o estado da pele, não se recolocou

nenhuma aparelhagem gessada. Pude-se assim notar que, no decorrer do tratamento anti-sifilítico, o joelho direito ia apresentando melhoras muito rápidas. E de tal ordem foram essas melhoras que se desistiu por completo da intervenção.

Já vários meses se passaram e M. C. mantém-se perfeitamente bem, aparentemente curada. É o único caso que vimos em que, à luz da evolução e da documentação, parece não haver duvida de se tratar de uma associação de tuberculose e sífilis da articulação do joelho. A radiografia número 3 mostra um dos aspectos iniciais da tuberculose do joelho, desta criança. A chapa número 4 reproduz o complexo primário ganglio-pulmonar, já em parte calcificado. E, por último, a chapa número 5 apresenta a articulação como se mostra atualmente, após tratamento anti-sifilítico.

OBSERVAÇÃO N.º 3 — A. C., jovem branca de vinte e três anos de idade, adquiriu a sífilis pelo casamento e apresentou, um ano após, um quadro típico de osteo artrite gomosa do joelho esquerdo. Entre o prazo que medeia do acidente primário à nossa consulta, submeteu-se a diversos tratamentos anti-sifilíticos incompletos. Como apresentasse nos últimos meses reações sorológicas para lues e as dores ao nível da articulação do joelho fossem cada vez mais fortes, consultou vários médicos e se submeteu a vários tratamentos não específicos. Quando a vimos, dois anos após o início da doença articular, apresentava um joelho moderadamente tumefeito, sem derrame aparente, doloroso à palpação. Essas dores não permitiam, em absoluto, qualquer tentativa de mobilização passiva. Elas pioravam à noite. Imobilizamos a articulação por meio de uma goteira gessada posterior, incluindo pé, perna e coxa. Instituímos tratamento antilúético associado: penicilina, arsênico e bismuto. As melhoras foram muito variáveis. Terminada a primeira série de injeções, durante um mês, foi tratada pelo iodo endovenoso. Depois de um ano de tratamento, alternadas séries de penicilina-arsênico-bismuto com séries de iodo, é que pôde começar a caminhar. Está hoje, dois anos depois do início do tratamento, radicalmente curada. Radiografia N.º 6.

OBSERVAÇÃO N.º 4 — V. L., menina de cor branca, de oito anos de idade, começou com um ano a sofrer de afecção do joelho direito, que se apresentava aumentado de volume. Como a entumescência aumentasse e num ponto a pele se apresen-

tasse lúidia, e existissem sinais outros de efusão articular, foi, por um cirurgião, praticada uma drenagem. O líquido que saiu, de aspecto puriforme, escoou-se em pequena quantidade, nos dias que seguiram, pela drenagem filiforme deixada. Logo o médico retirou completamente a drenagem. Permaneceu porém uma fístula. O trajeto fistuloso somente se fexou um ano depois, em seguida a tratamento anti-lúético. Procurou-nos oito anos após. Apresentava então equinismo do pé direito e atitude viciosa em flexão do joelho do mesmo lado, por encurtamento dos flexores. Esses defeitos atestavam a atitude de defesa do joelho mantida por muito tempo e o efeito mecânico das cobertas, sobre o pé. As radiografias número 4 mostram lesões típicas de artrite gomosa. Submetida a uma osteotomia corretora supra condiliana e a alongamento do tendão de Achilles verificou-se que a função do joelho, a despeito das profundas lesões articulares, libertada das peias tendinosas, voltou integralmente.

OBSERVAÇÃO N.º 5 — N. R., oito anos de idade, sexo feminino, branca. Foi um caso rotulado a princípio de tumor branco do joelho direito. Reações sorológicas negativas para lues. Biopsia por punção. Os resultados do exame anatomo-patológico, procedido pelo Professor Paulo Tibiriçá, mostraram tratar-se de lesões sífilíticas gomosas. A Radiografia N.º 8 é característica.

Estes casos de reações sorológicas negativas podem levar muitas vezes a não se diagnosticar a lues.

OBSERVAÇÃO N.º 6 — Tratava-se de uma menina de 12 anos de idade que baixou à Enfermaria 33 da Santa Casa, de Porto Alegre, com um entumescimento atingindo toda a parte posterior do pé esquerdo. Este entumescimento era globoso, bilobado, de consistência elástica e surgiu e aumentou em cerca de 30 dias. Após uma punção exploradora se fistulisou. Era sede de dores noturnas intensas que não cediam com a administração de opiáceos. Rápidamente as dores do pé foram se exacerbando, terminando por estarem presentes continuamente, dia e noite. As radiografias N.º 9 e 10 não esclareceram o caso. Exames sorológicos para lues, negativos repetidamente. Culturas de fragmentos das fistulas, sem significação. Uma biopsia por punção de fragmento do tumor, bem como biopsia de trajeto fistuloso, nada esclareceram. Em virtude da piora do estado geral da paciente e das

dôres intoleráveis fomos obrigados a mandar amputar o pé. Tendo sido então enviada toda a peça a novo exame anatomo-patológico. Na porção central do tumor, o professor Paulo Tibiriçá, encontrou uma goma sífilítica.

OBSERVAÇÃO N.º 7 — O. U., jovem estudante de 18 anos de idade, sofreu acidente primário sífilítico e foi submetido a tratamento enérgico, imediato, iniciado em Setembro de 1948. Vinte dias após a cicatrização do cancro, sentiu no terço inferior da face anterior do fêmur direito, uma pequena zona, dolorosa à palpação, que depois se tornou indolor, com o decorrer do tratamento.

Dois meses depois notou no mesmo ponto o aparecimento de um entumescimento duro e indolor. Tirada a radiografia n.º 11, verificaram a presença, na face anterior do fêmur, de interessante imagem de tumor ósseo. Consultou-nos então. Fizemos repetir os exames de sangue que foram todos negativos para sífilis. Procedemos à biopsia, por punção, do tumor. O resultado do exame anatomo-patológico foi: necrose óssea com a seguinte observação, acrescentada pelo anatomo-patologista: "não há indícios quer de sinais inflamatórios, quer de sinais neoplásicos. ass. Professor Tibiriçá".

É um caso de periostite luética surgida no fim do período primário. Tratada, curou-se. Porém, o processo inicial irritou a camada cambial osteo-formadora do periosteo e, desta irritação, surgiu secundariamente uma exostose, exostose inespecífica irritativa.

OBSERVAÇÃO N.º 8 — A última observação é de uma senhora de 52 anos de idade com todas as reações sorológicas, para lues, fortemente positivas. Quasi que todos os ossos radiografados desta paciente mostram sinais típicos de lesões sífilíticas. Apresenta desde um goma do frontal até uma osteomielite gomosa do úmero, simulando tumor maligno, com fratura espontânea. Apesar das reações sorológicas positivas, procedemos a diversas biopsias que sempre confirmaram o diagnóstico. É interessante ver nas cópias radiográficas apresentadas os vários aspectos da osteomielite gomosa do úmero, antes e depois do tratamento, quando restou apenas uma pseudo-artrose. Radiografia n.ºs 12, 13, 14, 15, 16 e 17.

ENTRE A REAÇÃO DE WASSERMANN E A SÍFILIS ÓSSEA e ÓSTEO-ARTICULAR".

Foi estudado um total de 165 casos nos quais foram feitas as reações sorológicas para diagnóstico da lues, casos estes constantes do arquivo da Enfermaria 33 de Cirurgia Infantil e Ortopedia da Santa Casa, de Porto Alegre, no período decorrido entre os anos 1932 a 1947. Deste total, 41 apresentavam reação de Wassermann positiva, ou seja, 24,84%. Cento e vinte tinham reação negativa, perfazendo 75,16%. Do conjunto, oitenta e dois paciente eram do sexo feminino e oitenta e três do sexo masculino, tendo respectivamente as percentagens de 49,69% e 50,31%. Quanto à cor, 141 eram de cor branca, 16 de cor preta e 18 de cor mixta, com as percentagens respectivas de 85,47%, 9,69% e 4,84%. A idade mínima dos indivíduos do grupo estudado era de sete meses, a máxima de 14 anos, sendo a média de 7,1 anos. No grupo com reação de Wassermann positiva, a idade mínima foi de três anos e a máxima de 13 anos.

Reação de Wassermann positiva —

Deste grupo, constante de quarenta e um pacientes, 19 eram do sexo feminino e 22 de sexo masculino; 33 de cor branca, 5 de cor preta e 3 de cor mixta. Deste total, foram diagnosticados como portadores de lues óssea e ósteo-articular, nove casos, tendo a percentagem de 21,95%. Desses nove casos, oito apresentavam a afecção localizada nos membros inferiores: osteíte luética do calcâneo direito, artrite luética do joelho esquerdo, sífilis do joelho direito, gonite sífilítica esquerda, tibiás em sabre com ostealgia, sífilis da coxo-femural direita e dois casos de artrite luética do joelho esquerdo.

O único caso em que houve incidência da sífilis ósteo-articular no membro superior foi o de uma osteocondrite sífilítica do úmero esquerdo, extremidade distal, com deslocamento epifísario traumático. Vê-se, assim, que houve nítida predominância das lesões luéticas nos membros inferiores, devendo ser lembrada aqui a tendência à posição viciosa, em flexão, na lues ósteo-articular. Por ordem de frequência, a afecção mais constante nos casos que apresentaram reação de Wassermann positiva, sem sinais de sífilis óssea e ósteo-articular, foi a osteomielite hematogena e, após, a tuberculose óssea e ósteo-articular. Todos os pacientes que apresentaram afecção luética óssea e ósteo-articular, eram de cor branca, sendo

dois terços do sexo feminino. A idade mínima em que se manifestou a lues óssea e ósteo-articular foi de três anos de idade, sendo a mais elevada de 11 anos.

Reação de Wassermann negativa —

Dêsse grupo, foram diagnosticados como portadores de lues óssea e ósteo-articular, por meios clínicos e radiológicos, seis casos, ou sejam, 4,83% do total do grupo. Do mesmo modo que no grupo em que houve reação de Wassermann positiva, neste grupo todos os ossos e articulações afetados pela lues pertenciam aos membros inferiores: osteíte sífilítica do terço inferior da tibia esquerda, osteíte sífilítica da tibia esquerda, sífilis do joelho esquerdo, periostite sífilítica da tibia direita, osteíte sífilítica do grande trocanter e goma sífilítica do calcâneo. Neste grupo, a incidência de sífilis óssea e ósteo-articular não demonstrou predominância especial por qualquer dos sexos. Entretanto, todos os pacientes que apresentaram lesões ósseas e articulares luéticas foram de cor branca, sendo a idade mínima registrada de dois anos.

Resumindo, no total de 165 observações, quinze pacientes apresentaram afecção óssea ou ósteo-articular luética, ou sejam, 9,09% dos casos. Dêsse total, 5,46% tinham reação de Wassermann positiva. Nos outros, 3,63%, as provas laboratoriais foram negativas. A menor idade em que foi diagnóstico a lues óssea ou ósteo-articular, foi em uma criança de cor branca, de dois anos de idade. Ressalta que todos os pacientes com manifestação de sífilis ósteo-articular eram de cor branca, fato ao qual não podemos emprestar maior significação estatística, porquanto, no conjunto geral, havia nítida predominância de paciente de cor branca, perfazendo um total de 85,47%. O sexo feminino contribuiu com 60% dos paciente.

Nítida tendência se observou quanto à localização da sífilis óssea e ósteo-articular nos membros inferiores, pois que, dos quinze casos, 14 apresentavam lesões ao nível desses membros, ou sejam 93,3%. Quanto à correlação entre a manifestação óssea e ósteo-articulares da lues e a positividade da reação de Wassermann, verifica-

mos que há correlação positiva entre estas e aquelas, visto que, na nossa estatística, 60% dos pacientes apresentaram a reação sorológica positiva. Acresce, ainda, não haver equilíbrio entre os dois grupos com reações negativas e positivas, havendo nítida predominância da cifra percentual relativa aos casos que apresentavam reação de Wassermann negativa.

BIBLIOGRAFIA

- SEGOVIA, J. D. Diagnóstico radiográfico de las afecciones del esqueleto. Barcelona: Editorial Científico Médica, 1930.
- KÖHLER, A. Röntgenologia — Limites, Trad. da 6.^a edição alemã. Barcelona: Editorial Labor, 1933.
- HODGES, P. C. Phemister, D. B., and Brunschwig, A.: The Roetgen-Ray Diagnosis of the Bones and Joits (New York City: Thos Nelson and Sons, 1938).
- FERGUSON, A. B.: Roentgen Diagnosis of the extremities and Spine, Ann. Roentgenol. Vol. XVII, Paul Hoeber Inc. New York, 1939.
- COMROE, B. I.: Arthritis and allied conditions (Philadelphia: Lea & Febiger, 1941).
- LORIMIER, A. A.: The Arthropathies (Chicago: The Year Book Publishers. Inc. 1943).
- ARCHER, V. W.: The osseous system (Chicago: The Year Book Publishers Inc. 1945).
- STOKES, J. BEERMAN, H. and INGRAHAN, N. R.: Modern Clinical Syphilology (Philadelphia: W. B. Saunders Company. 1946).
- CAFFEY, J.: Pediatric X. Ray Diagnosis (Chicago: The Year Book Publishers Inc. 1946).
- PILLMORE, G.: Clinical Radiology (Philadelphia: F. A. Davis Company, 1946).
- SCHINZ, H. R. BAENSCH, W. y Friedl, E.: Röntgen-Diagnóstico (Barcelona: Salvat Editores, S. A., 1947).
- BRAILSFORD, J. F.: The Radiology of Bones and Joints. (London, J. & A. Churchill, Ltd., 1948).

*) Cesar Avila — Catedrático de Cl. Cir. Infantil e Ortopédica da F. de Medicina da U. R. G. S.

**) Wagner Paes Vieira — Radiologista.

***) João B. Fernandes — Cardiologista especialista em avaliação do risco operatório, pré, trans e pós operatório.

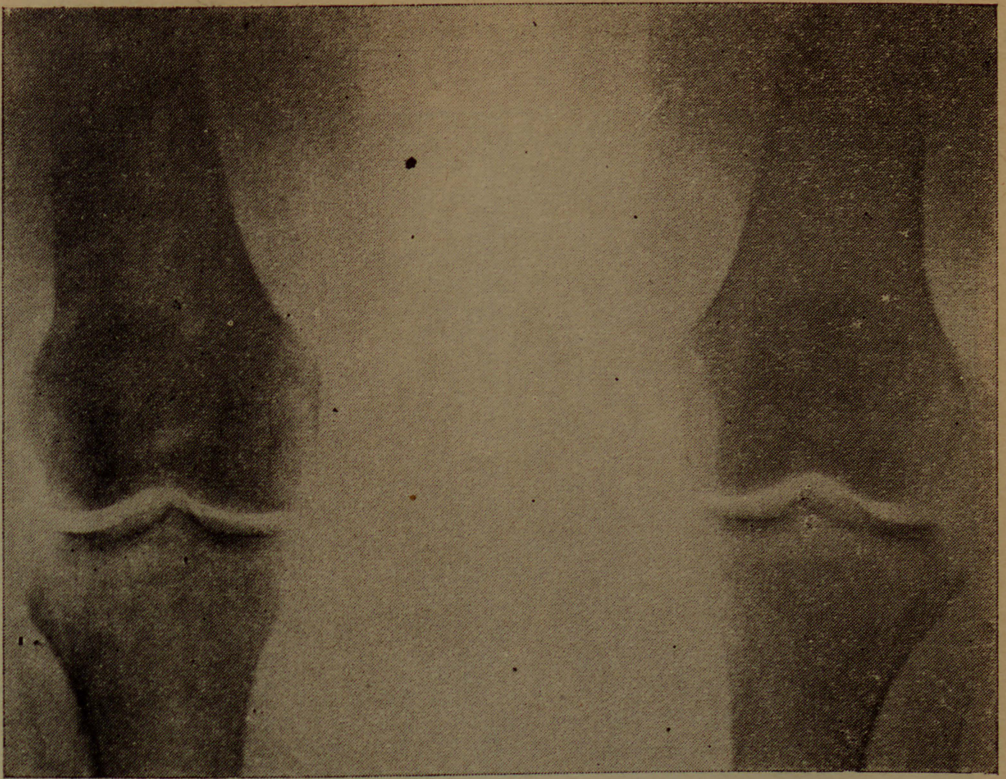


Figura n.º 1



Figura n.º 2

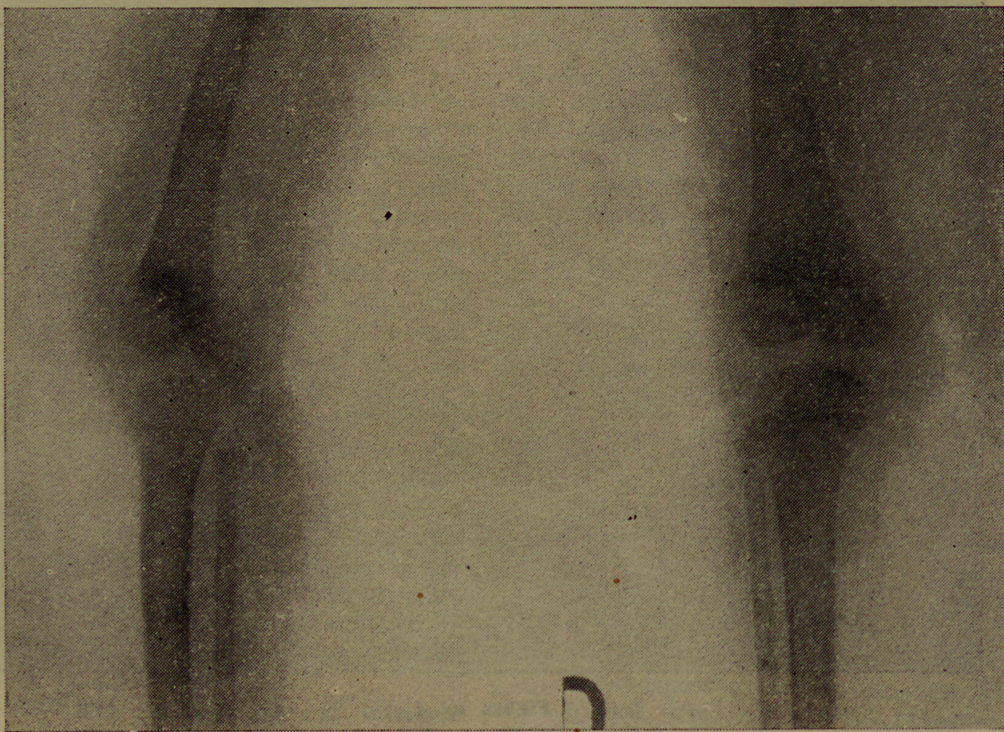


Figura n.º 3

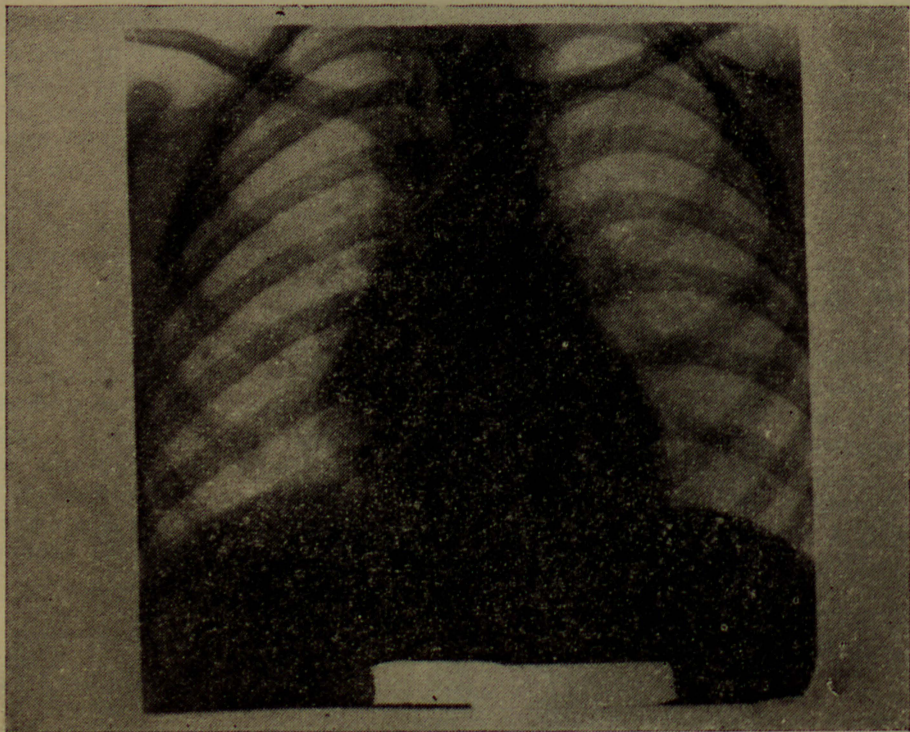


Figura n.º 4

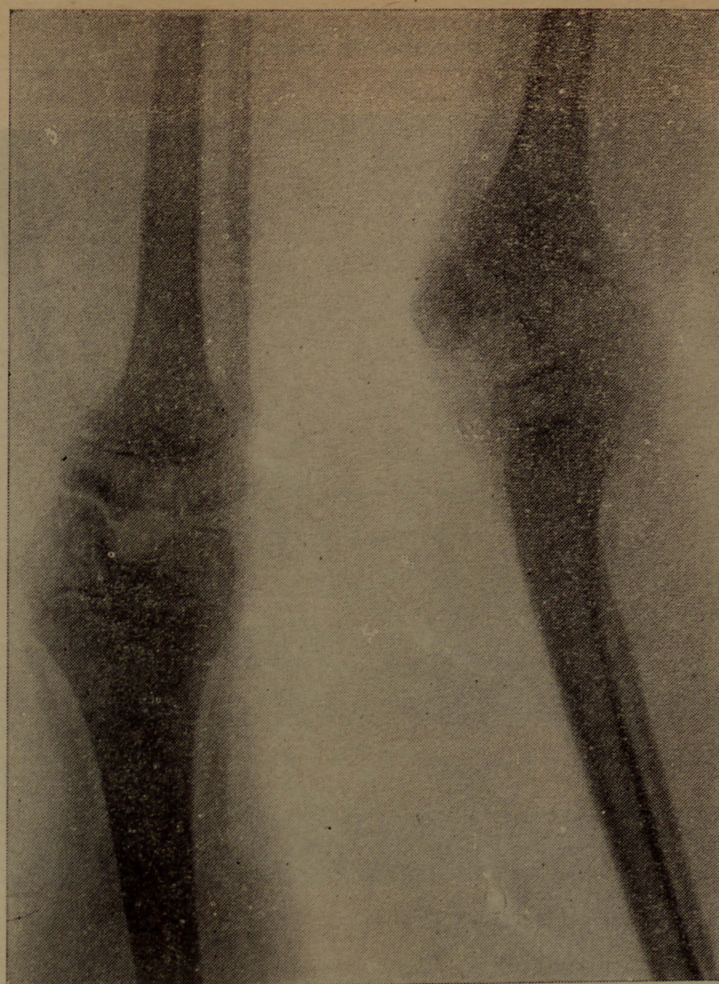
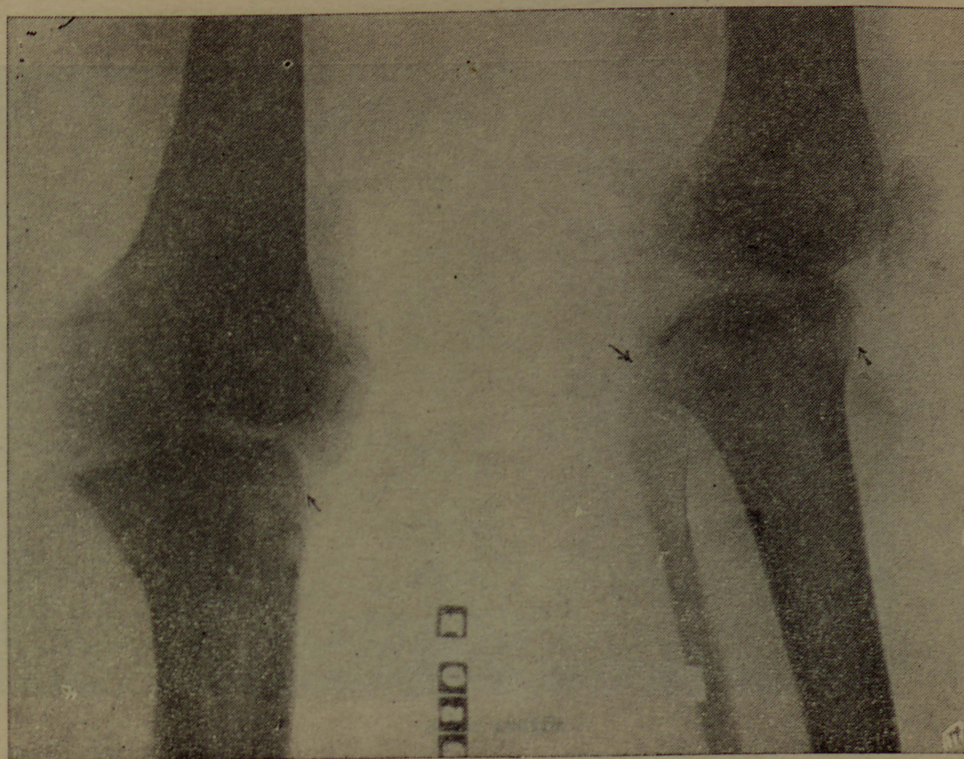


Figura n.º 5

Figura n.º 6



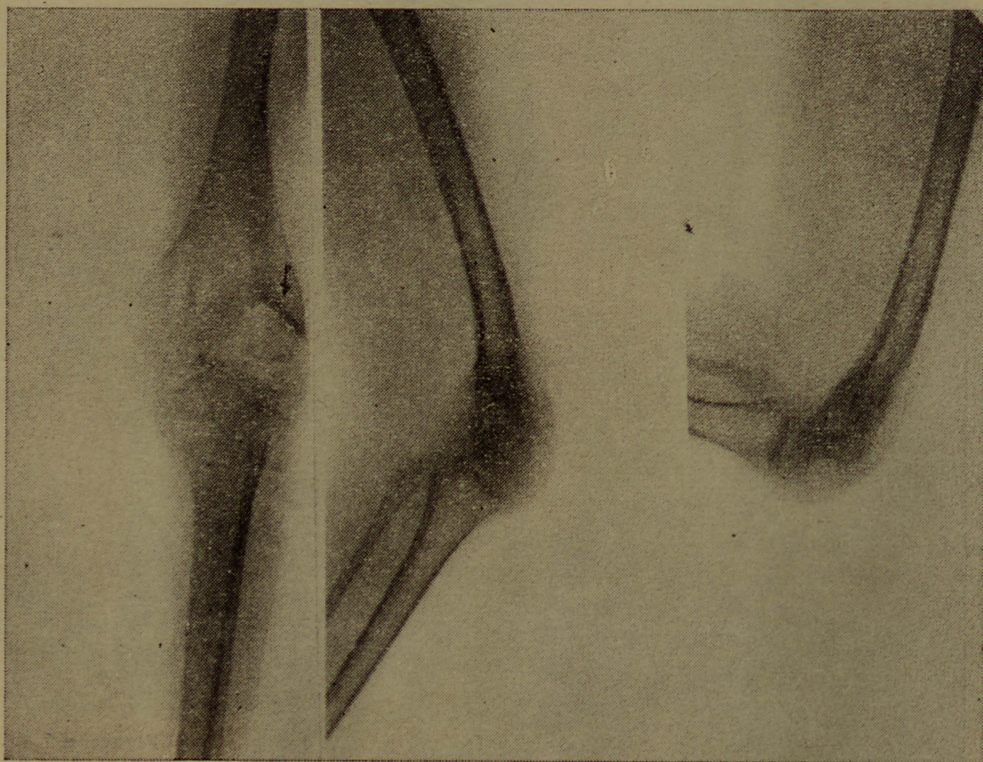


Figura n.º 7

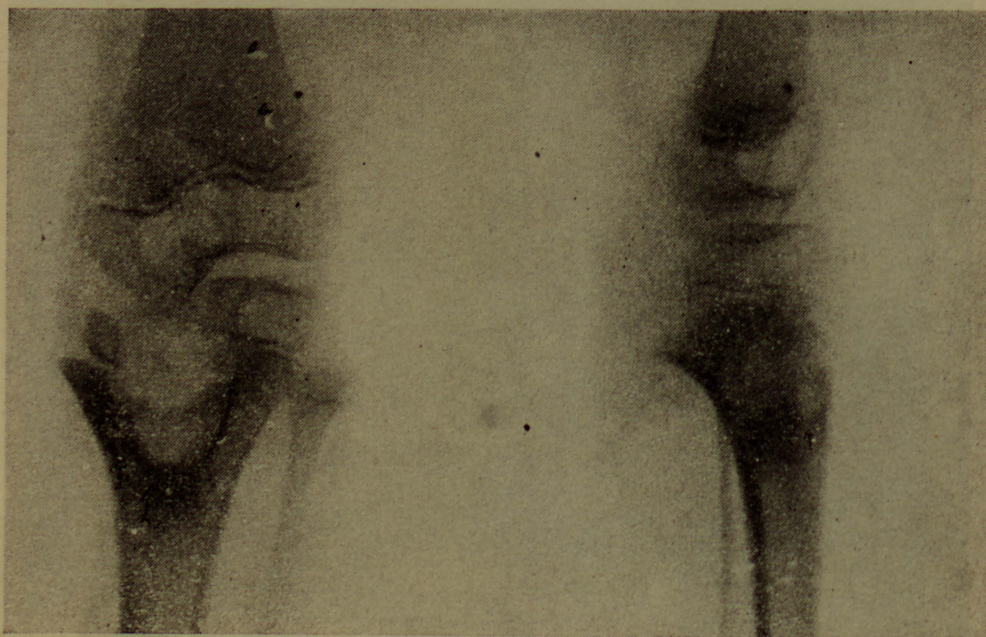


Figura n.º 8

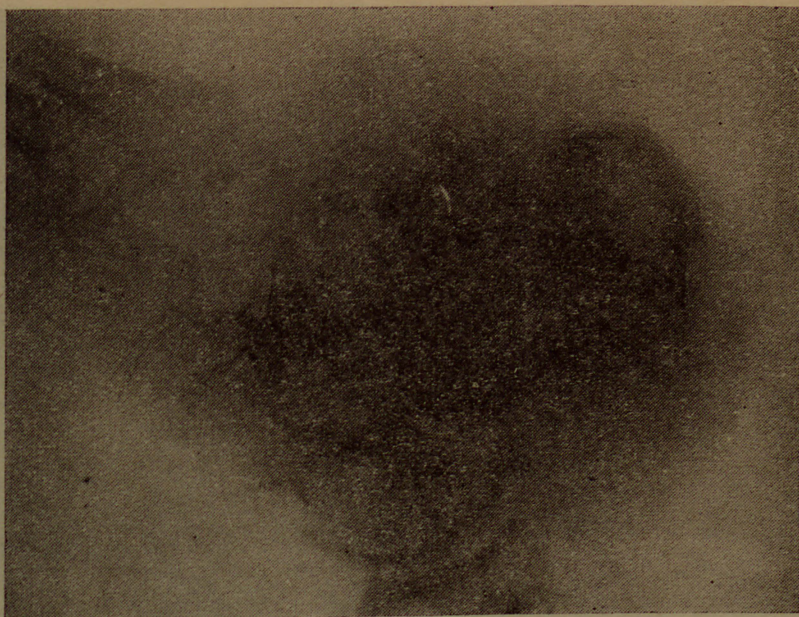


Figura n.º 9

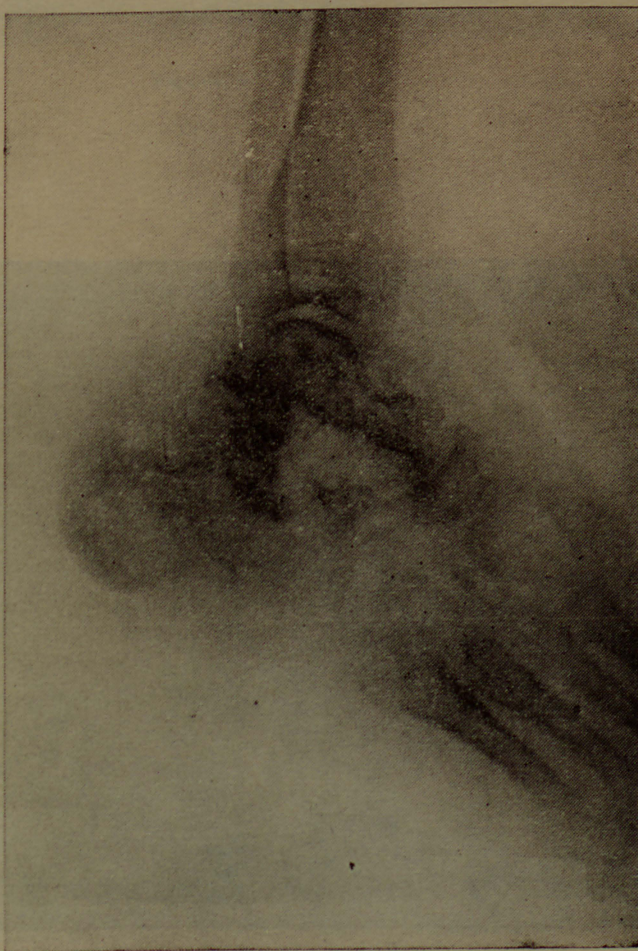


Figura n.º 10



Figura n.º 11



Figura n.º 12



Figura n.º 13

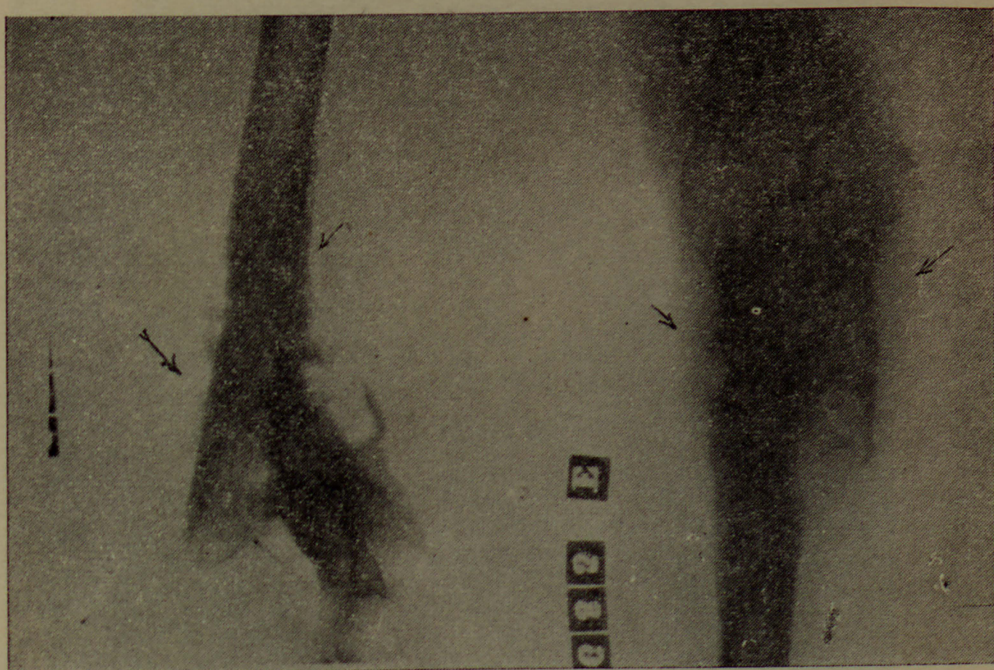


Figura n.º 14

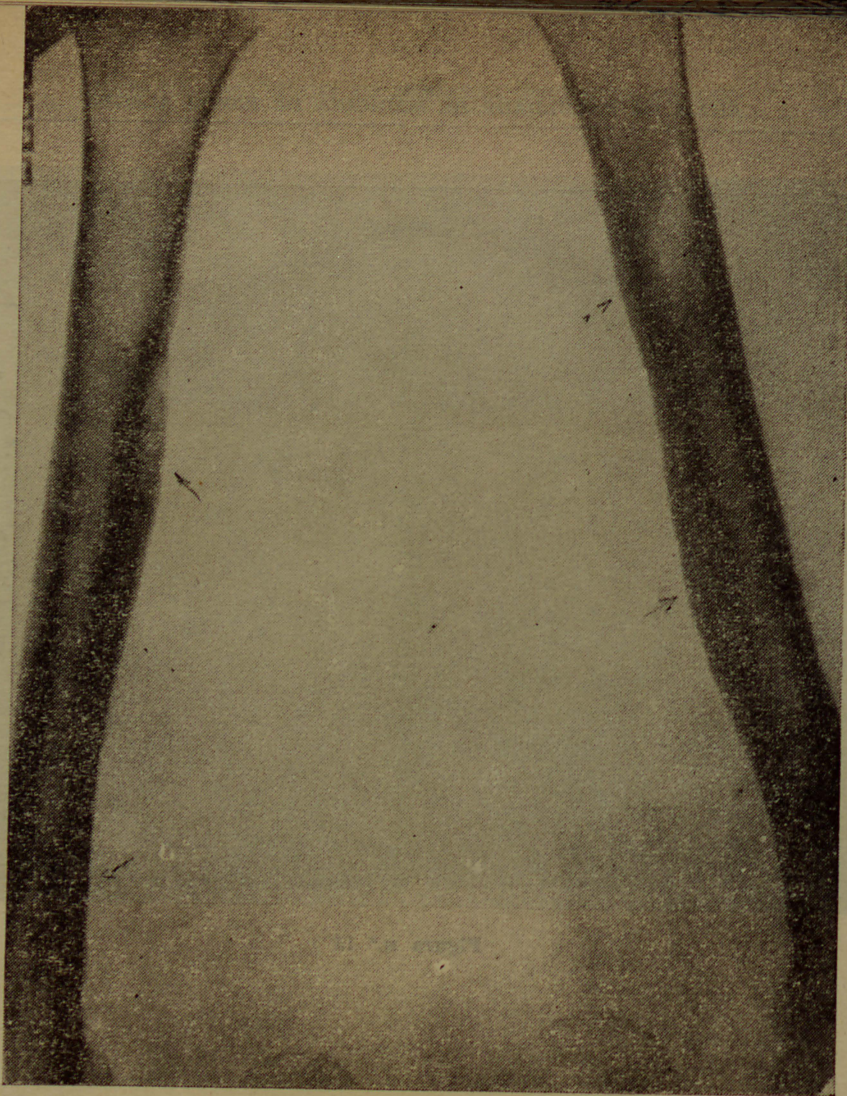


Figura n.º 15

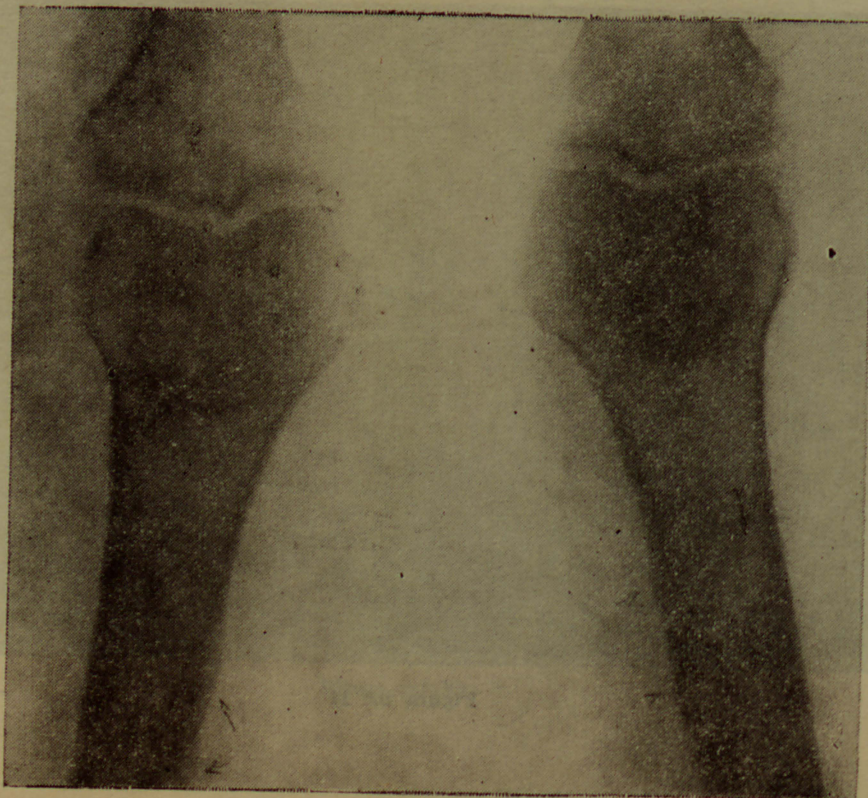


Figura n.º 16



Figura n.º 17

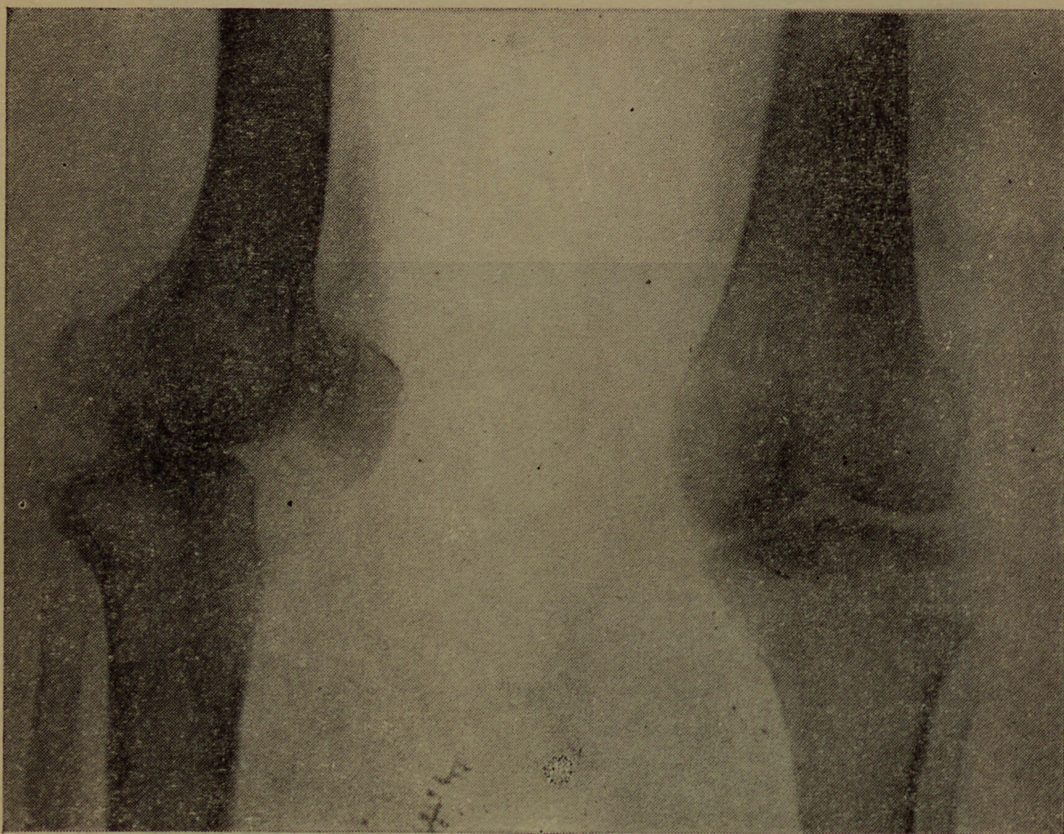


Figura n.º 18

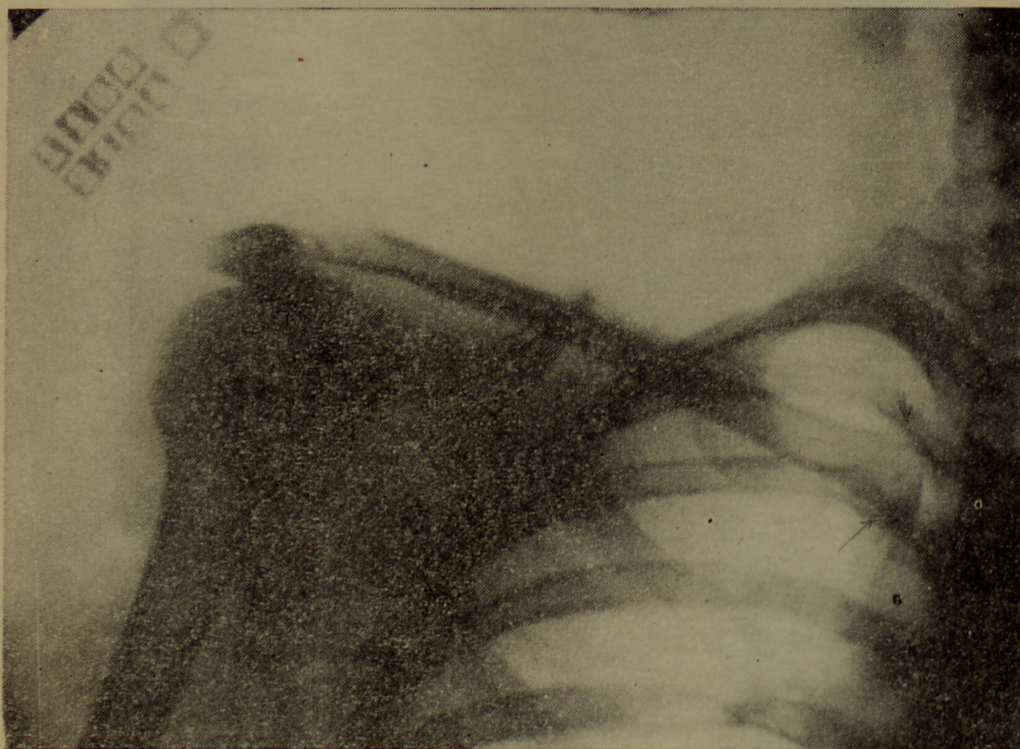


Figura n.º 19

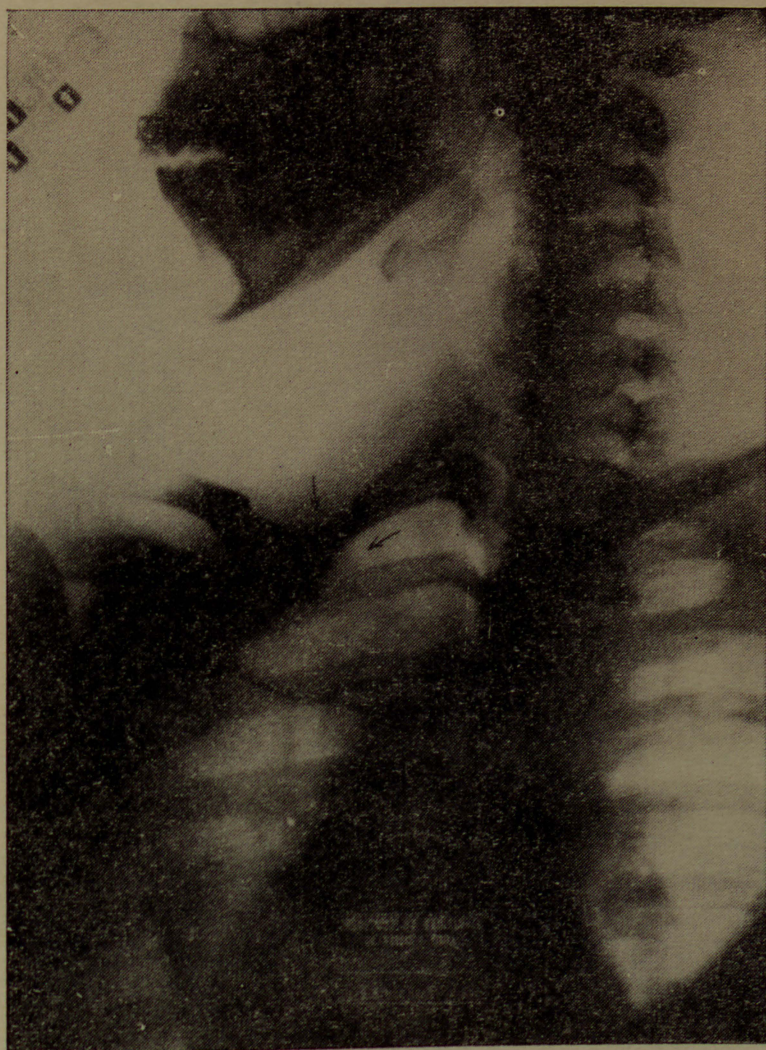


Figura n.º 20

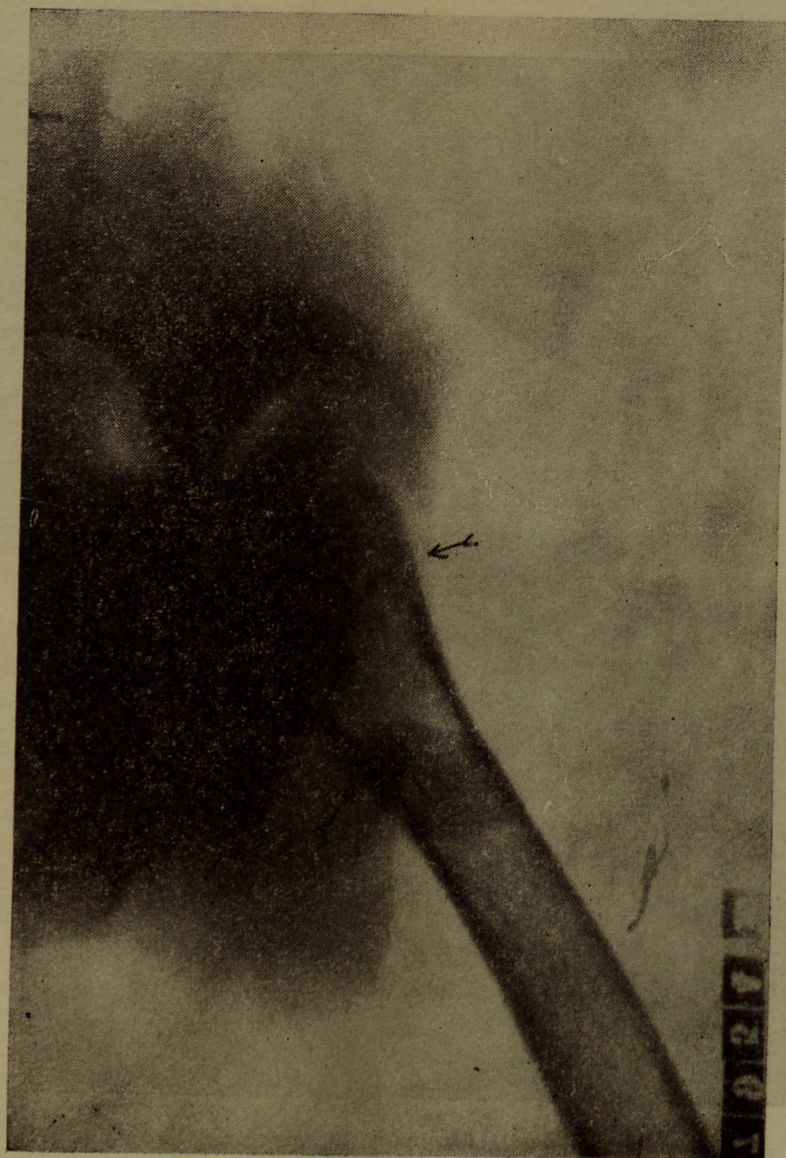


Figura n.º 21



Figura n.º 22

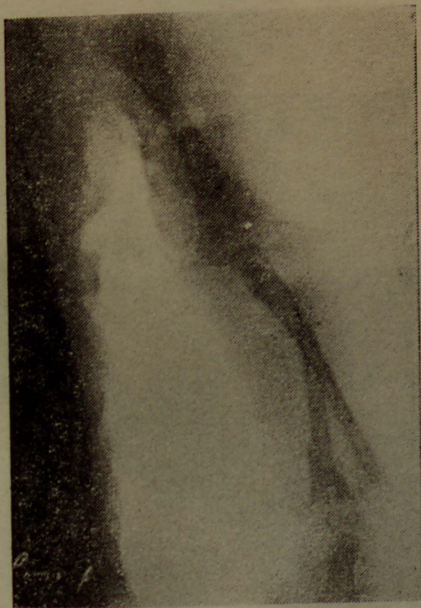


Figura n.º 23

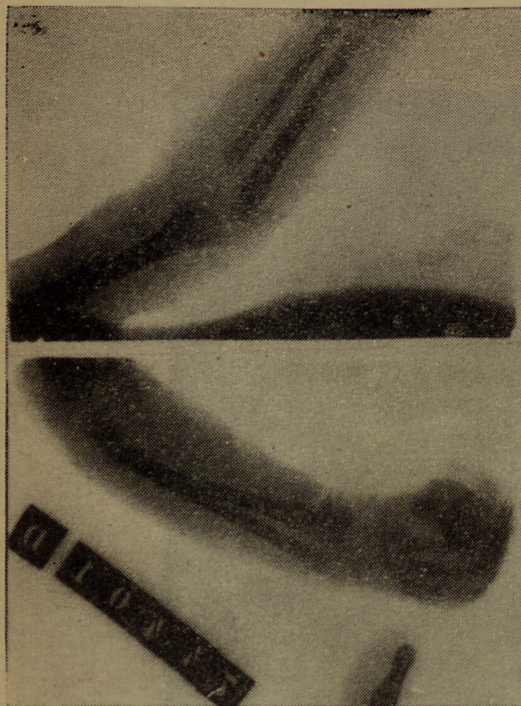


Figura n.º 24



Figura n.º 26



Figura n.º 25



Figura n.º 27