

NODOSIDADES JUXTA-ARTICULARES DE LUTZ-JEANSELME

JOÃO MONTENEGRO

Biologista chefe do Instituto Adolfo Lutz

As informações precisas, mais remotas, que conhecemos acerca dessa moléstia são as de Adolfo Lutz que, em carta de Honolulu, publicada no Monatsheft für Praktische Dermatologie Vol. 14, pg. 34, de 1892, assim se expressa: "Falando em lepra e sífilis desejo ainda mencionar uma afecção que observei aqui por diversas vezes, tanto nos nativos como entre os estrangeiros; a fotografia anexa (pg. 33) apresenta um caso bem adeantado. Os portadores eram em parte leprosos, outros não atacados de lepra, mas todos eles eram mais ou menos suspeitos de sífilis. Trata-se de tumores localizados sempre nas proximidades de um osso e quasi sempre na região de uma articulação. Sua consistência é tal que faz pensar em "condromas" que se diferenciam das exostoses pelo fato de não se ligarem ao osso por continuidade".

"Esses tumores desaparecem com o tratamento de iodeto de potássio, às vezes completamente, porem, mais frequentemente só retrocedem em grande parte mas não com a rapidez de uma goma comum."

"No caso apresentado na fotografia retirei, depois que cessou o efeito do iodeto de potássio, os restos dos tumores localizados no cotovelo, tendo encontrado tumores de tecido conjuntivo branco, tendinoso, bem ligado ao tecido circumvizinho. O mesmo encontrei no filho do paciente no qual um tumor semelhante se destacou de uma costela após ulceração das partes moles que o recobriam; existia, ao lado disso, um estado caquético com sintomas de sífilis congênita. O pai apresentava um eritema leproso evidente."

"Outros casos nos quais sem dúvida se tratava da mesma afecção apresentavam os tumores nos quadris, na palma da mão, no antebraço e nos dedos; eram geralmente menores e mais recentes." (Tradução de Olinda English Hempel)."

Mais tarde Jeanselme ampliou os estudos sobre esse assunto e divulgou-o, daí a ligação com seu nome.

R. Burnier diz ter sido Bertin, médico francês, que em 1778 e 1786, em São Domingos, notou as relações dessas nodosidades com a sífilis e frambroesia (bouba) e assinalou sua presença na Europa. Todavia não indica onde colheu essas informações e, por isso, delas não podemos fazer juízo.

Para Alfredo da Mota foi Eduardo Rabelo quem publicou o primeiro caso no Brasil, em 1916, e, quasi simultaneamente, A. Borja lançou o segundo. Fernando Terra contribuiu com o 3º em 1919, 4º e 5º em 1920 e, desde então, os casos e autores se multiplicaram.

Em Abril de 1923 nós publicamos, no Brasil Médico, um desses casos de nodosidades juxta-articulares e glosamos a divergência de opiniões acerca de sua etiologia. Naquela paciente, todas as probabilidades falavam em favor da sífilis.

Agora, 18 anos mais tarde, duas novas enfermas nos apareceram no Cons. Cir. Mulheres da Santa Casa, mas em cada uma delas a moléstia apresentava feição um pouco diferente.

Se considerarmos o caso já publicado como o 1º de nossa série seguem-no o 2º e 3º.

CASO II

I. A., mulher preta, robusta, fleugmática, de certo trato, com 53 anos de idade, viuva há onze anos, de hábitos sóbrios e honestos, informa que, há ano e meio notou, acidentalmente, uns nódulos do tamanho de avelãs junto dos cotovelos. Esses nódulos vêm crescendo com certa rapidez e os maiores atingiram as dimensões de nozes.

Teve 3 filhos fortes e um aborto intercalado. Nunca teve moléstia venérea alguma, nem frambroesia (bouba). Leucorréia moderada em tempos idos, ultimamente muito menos. A única moléstia incômoda que tem é um reumatismo que a persegue por 12 anos; ora ataca um membro, ora outro, produzindo dôr e, às vezes, entumecimento nas articulações ou junto delas, mas sem febre e durando menos tempo quando a enferma se abstém de molhar as mãos em água quente ou muito fria. Não tem dores de garganta e há anos que mandou arrancar todos os dentes por estarem cariados. Reação de Wassermann, dez anos atrás, negativa; repetida, antes da extirpação dos nódulos, foi igualmente negativa. Há alguns anos fizeram-lhe uma raqui-anestesia e ela atribue a isso suas dores reumáticas.

Exame da enferma — No antebraço esquerdo há 2 nódulos, cada um do tamanho de uma noz, ao longo da região cubital. Um dos nódulos dista 4 cms. da extremidade do olécrano e o outro está cerca de 2 cms. à jusante do primeiro. São duros, bosselados, não aderem à pele mas sim aos tecidos pro-

fundos. Ao extirpá-los, sob a ação da anestesia local, verificamos que não eram encapsulados e aderiam às aponeuroses musculares no ponto em que elas se fundem com o periósteo.

No lado direito eram quatro os nódulos. Um do tamanho de uma noz, cerca de 3 cms. à montante da extremidade do olécrano, na parte interna da extremidade do braço propriamente dito. Outro do mesmo tamanho ao longo da região cubital, 3 cms. para baixo da extremidade do olécrano. O terceiro, pequenino como uma ervilha, duro, piramidal, cerca de 1,5 cms. além do da região cubital. Finalmente o 4.º, também piramidal, do tamanho de uma ervilha, assestado sobre o dorso do dedo mínimo em cima da 1.ª articulação interfalangeana.

Todos os nódulos de ambos os braços foram extirpados porque a enferma se recusou a submeter-se a um tratamento anti-luético enérgico. Ela disse-nos que já havia tomado depurativos como salsaparrilha, etc. e mostrou-se muito desgostosa à nossa sugestão. Para não perdê-la, atendemo-la.

Exame anátomo-patológico — Instituto Adolfo Lutz C. 1259. Os nódulos têm, todos, o aspecto fibroso: são firmes, acinzentados, de superfícies irregulares e despídos de cápsula. Os maiores são ligeiramente bosselados; cortando-os encontramos lojas quísticas grandes, encerrando líquido seroso, levemente leitoso.

Exame histo-patológico — Nos cortes dos tumores maiores vê-se que eles são formados por um agregado de nódulos mais ou menos bem fundidos e constituídos por tecido fibroso rico em feixes grossos mas pobre em núcleos. Na parte central dos nódulos o tecido fibroso é denso e os núcleos muito escassos; mais para a periferia os feixes vão se adelgaçando, vão se tornando mais fibrilares e o número de núcleos aumenta. Como não há cápsula o agregado de nódulos não é bem delimitado e a fibrose vai se atenuando em direção aos tecidos circunvizinhos até não ser mais perceptível.

Há, geralmente, nos nódulos, focos necróticos. Quando isso se dá na parte central dos tecidos muito densos dos nódulos grandes, formam-se lojas quísticas que encerram material albumino-granuloso e detritos celulares ou de feixes conjuntivos necróticos. O revestimento interno dessas lojas é formado por tecido fibroso mais ou menos alterado, geralmente entumecido e mais claro, com maior ou menor quantidade de células tendendo à regressão para a fase fibroblástica sem, entretanto, conseguirem formar tecido de granulação. A necrose se processa em focos ou faixas e progride por extensão ou pela coalescência dos focos. Ocasionalmente pode-se demonstrar um vaso muito alterado e obliterado no centro dessas áreas.

Quando a necrose se dá em tecido mais frouxo há maior tendência proliferativa, aparecem histiócitos e se esboçam folículos.

A infiltração é, como regra, discreta. Nos tecidos mais frouxos há infiltração linfocitária perivascular, ligeira e, em torno ou nas vizinhanças dos focos necróticos, aparecem linfócitos e raramente alguns polilobados.

Há poucos vasos nas zonas fibrosas mais densas; eles são mais conspícuos na periferia onde a esclerose está se processando; suas paredes são, em geral, espessas mas não há, como regra, endarterite.

Os revestimentos dos nervos que se achavam no território alcançado pela fibrose estavam espessados.

Essa era a estrutura dos nódulos maiores de ambos os lados; o pequeno situado sobre a articulação interfalangeana do dedo mínimo tinha também essa constituição, inclusive várias áreas de necrose.

Mas o nódulo pequeno alojado logo adiante do nódulo grande da região cubital direita embora macroscopicamente idêntico ao do dedo mínimo era de natureza diversa. Em sua periferia havia uma condensação de tecido fibroso à guiza de cápsula que o delimitava com certa precisão. O interior era formado de tecido conjuntivo de pouca densidade, pouco diferenciado, desordenado e muito entremeiado de pequenas áreas alongadas, geralmente vasias ou, às vezes, contendo pigmento granuloso castanho e raramente encerrando um corpo cilíndrico castanho com algumas granulações. Essas áreas alongadas tinham, como revestimento, umas células muito alteradas e irregularmente dispostas, que dificilmente reconhecemos serem células epiteliais; umas formavam fileiras, outras reproduziam sincitio ou davam a impressão de gigantócitos. Duas ou três das áreas maiores encerravam massa amorfa e alguns corpos cilíndricos. Finalmente encontramos um folículo piloso bem constituído que nos assegurou o diagnóstico de quisto dermóide. Como os primeiros cortes que examinamos só tinha um desses corpos cilíndricos (cabelo), lembramos a possibilidade de se tratar de algum parasita, microfilaria por exemplo e agora pensamos se não foi tal achado que já conduziu alguém à hipótese de serem esses tumores produzidos por microfíliarias ou outros parasitas.

CASO III

D. P., mulher branca, solteira, de 18 anos de idade, robusta, bem nutrida, residente em bairro de reputação suspeita, conta que há ano e meio apareceram-lhe dois pequenos nódulos no joelho direito, sendo um sobre a rótula e outro sobre o tubérculo da tíbia. Esses nódulos têm crescido lentamente e atingem o tamanho de ervilhas grandes. Ambos estão cobertos por papula achatada e levemente escamosa. O da rótula é contínuo com a papula mas o da tubérculo da tíbia só adere aos tecidos profundos e não à pele.

A enferma diz ter tido framboesia (boubá) mas aparentemente ela a confunde com sífilis, pois não teve as lesões peri-orais e nasais. Reação de Wassermann positiva (++) .

Ambos os nódulos foram extirpados.

Exame anátomo-patológico — Instituto Adolfo Lutz, C. 1315. O nódulo que jazia fundo sobre a espinha da tíbia, histomorfologicamente, em nada diferia dos grandes da observação precedente. No da rótula só faltavam as áreas de necrose.

A pesquisa de espiroquetas nos cortes corados pelo Levaditi-Jahnel foi negativa nos dois casos pesquisados II e III.

Nestes dois últimos casos o aspecto histomorfológico das lesões se enquadrava, de um modo geral, na síntese de Jeanselme: uma área necrótica mais ou menos bem circundada por uma zona de tecido fibroso denso e, em continuação com estas, outra zona de tecido

fibroso menos denso, ligeiramente infiltrado por linfócitos. A infiltração linfocitária era um pouco mais acentuada em torno dos vasos. No primeiro, entretanto, não encontramos área necrótica alguma, menos ainda formações quísticas. Quanto à ausência de necrose, é possível que nossos cortes não as atingissem, mas estranhamos que, em tumores relativamente grandes como eram, não as tivéssemos surpreendido, porque, eles têm, em geral muitos focos necróticos; e até os pequenos tumores os ostentam.

Lutz já havia assinalado que essas lesões, embora cedessem ao tratamento pelo iodeto de sódio não o faziam com a mesma rapidez da goma comum e que muitas delas regrediam só até certo ponto. Póvoa acentua que se a lesão é de origem sífilítica não é a lesão terciária típica.

A designação de Nodosidades Juxta-articulares é eminentemente clínica e tem por protótipo os casos com lesões bi-laterais bem desenvolvidas nas vizinhanças dos cotovelos. Não exclue todavia as lesões assimétricas e as das vizinhanças das outras articulações. Mas, devemos jungi-las ao quadro histo-patológico assinalado por Lutz e precisado por Jeanselme. Naturalmente, qualquer blastoma ou outra moléstia inflamatória crônica pode se assestar nas mesmas regiões pelas quais a moléstia de Lutz-Jeanselme tem predileção, podem mesmo coexistir, como no nosso segundo caso, mas devem ser consideradas entidades diferentes e à parte. O diagnóstico exato repousa, portanto, no conjunto clínico e anátomo-patológico.

Estabelecido esse critério podemos afirmar que as Nodosidades Juxta-articulares de Lutz-Jeanselme são produzidas por uma espiroquetose e, muito provavelmente, pelo treponema pálido. Falam em favor dessa hipótese a alta frequência de estígmata luéticos dos enfermos, a ocorrência de infecções venéreas, a alta porcentagem de reações de Wassermann positivas e o ótimo resultado obtido pelo tratamento contra a sífilis. Acresce que espiroquetas de impossível identidade têm sido encontradas nos tecidos corados pelo método de Levaditi, por Van Dyke e Oudendal, Van Loon (citados por Burnier), Takasaki e Ikegami, Araniski e Bulvachter. Clapier e Van Hoof (citados por Burnier) encontraram espiroquetas nas partes liquefeitas dessas lesões. Além disso Jessner (citado por Burnier) diz ter reproduzido, na segunda passagem em coelho, um cancro luético, enquanto Chuan-Kuei-Hu e Frazier obtiveram-no na primeira passagem.

Os nódulos não são gomas típicas mas podem ser o modo de se manifestar de uma lesão luética mais tórpida e por isso menos

exsudativa e mais hiperplástica. Em alguns enfermos a reação de Wassermann é negativa, fato concebível, porque, se nada é absoluto, esse deve ser o tipo de caso de sífilis em que essa reação poderia falhar justamente por ser uma manifestação tórpida da moléstia. Todavia esses dois fatos nos põem de sobreaviso e deixam o campo aberto para se prosseguir nas pesquisas.

RESUMO E CONCLUSÕES

Ao caso de Nodosidades Juxta-articulares que publicamos em 1923 juntamos mais dois.

No primeiro a reação de Wassermann era positiva, a fibrose nodular, mas sem necrose e as lesões desapareceram com o tratamento anti-luético (Bismuto). No segundo a R. W. foi negativa, duas vezes, havia fibrose nodular com necrose e formações quísticas, sem revestimento epitelial ou endotelial, e um pequeno tumor dermóide concomitante. O terceiro teve R. W. positiva, fibrose nodular e necrose idêntica à do segundo.

Acentuamos a necessidade de se adotar o conceito anátomo-patológico de Lutz-Jeanselme para excluir outras entidades que igualmente possam se localizar nas proximidades das articulações, quer só ou concomitantemente, como sucedeu em nosso segundo caso. Com esse critério podemos afirmar que as Nodosidades de Lutz-Jeanselme são de origem infecciosa e muito provavelmente luética.

RESUME AND CONCLUSIONS

Two new cases of the Juxta-articular Nodosities of Lutz-Jeanselme are presented.

In the first case, published in 1923 the Wassermann reaction was positive, there was nodular fibrosis but no necrosis was seen and the lesions disappeared under the antisymphilitic treatment (Bismuth). In the second case the Wassermann reaction was twice negative, there was nodular fibrosis with necrosis and cystic formation but without epithelial lining; there was also a small, concomitant, dermoid tumor. In the third case the Wassermann reaction was positive, the fibrosis was nodular with necrosis identical to that of the second case, but without cystic formation.

We layed stress on the necessity to adopt the Lutz-Jeanselme anatomo-pathological conception of the disease in order to exclude

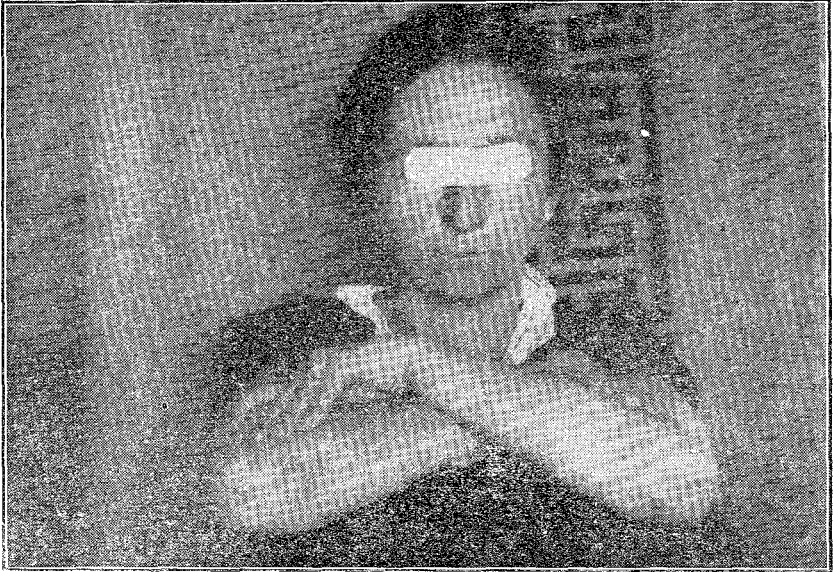
other morbid conditions which might occur in the neighbourhood of the joints, either alone or concomittantly as happened in our second case. Based on such criteria we can say that the Juxta-articular Nodosities of Lutz-Jeansselme type are of infectious origin and very likely of luetic nature.

BIBLIOGRAFIA

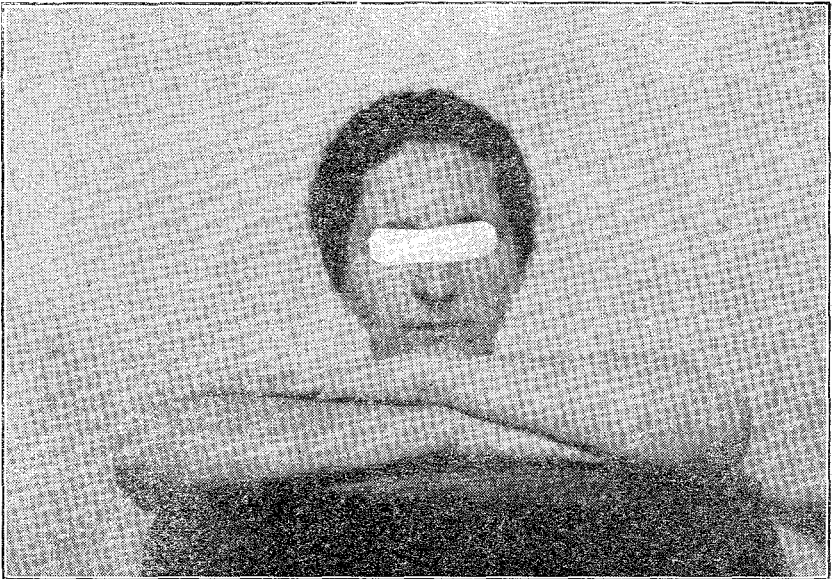
- AGUIAR, V. — 1920 — *Gazeta Clínica de S. Paulo*, Ano 18, p. 106.
- ARAUJO, O. S. — 1929 — *Semana Dermatológica de S. Paulo*.
- ARAWISKI N BULVACHTER — 1931 — *Soviet viestnik dermat.*, Vol. 9, Março, p. 241, citado por Burnier.
- BENCHINOL, B. — 1938 — *Rev. Med. Cîr. Bras. Nov.*, p. 1106.
- BRUMPT, E. — *Précis de Parasitologie*.
- BURNIER, R. — 1933 — *Presse Med.*, N.º 49, 22 Junho, p. 995.
- CAVALCANTI, A. — 1925 — *Arch. do Hosp. Marinha*, Julho.
- CHUAN-KUEI-HU & FRAZIER — 1933 — *Res em Ann. Dermt. Syphil.*, p. 979, citado por P. Oliveira.
- GOUGEROT, BURNIER & ELIASCHEFF — 1930 — *Arch. Dermat. et Syphil.*, p. 691.
- JEANSELME & RIST — 1909 — *Précis de Pathol. Exotique*.
- LATERZA, C. N. — 1930 — *Gazeta Clínica de S. Paulo*, Fev.
- LUTZ, Adolfo — 1892 — *Monatsheft für Praktische Dermatologie*, vol. 14, p. 34.
- MATA, A. — 1921 — *Brasil Med.*, Ano 35, Vol. 2, p. 26.
- MOTA, J. — 1929 — *Semana Dermatológica de S. Paulo*.
- MONTENEGRO, João — 1923 — *Brasil Méd.*, 28 Abril, p. 233.
- OLIVEIRA, P. — 1938 — *Brasil Méd.*, Out., p. 943.
- OLIVEIRA, J. E. — 1923 — *Tése, Baía*.
- PEYROT, J. & DE BOISSEZON — 1933 — *Ann. Dermat. et Syphil.*, p. 538.
- PISACANE — 1937 — *Arch. Zital. Dermat. Syphil. e Venereologia*, Vol. 13, Abril, p. 308.
- PÓVOA H. — 1930 — *São Paulo Médico*, Out.-Nov., p. 297.
- PINTO, Cezar — 1924 — *Ciência Médica de S. Paulo*, N.º 12.
- SILVA, Floriano — 1922 — *Tése, Baía*.
- TAKAZAKI & IKEGAMI — Citado por P. Oliveira.
- TERRA, Fernando — 1920 — *Arch. Mineiros de Dermat. e Syphil.*, Ano II, N.º 4, Junho.
- ZILHERGER, B. — 1938 — *Anais Bras. Dermat. Sifilografia*, Set., p. 29.

Caso I

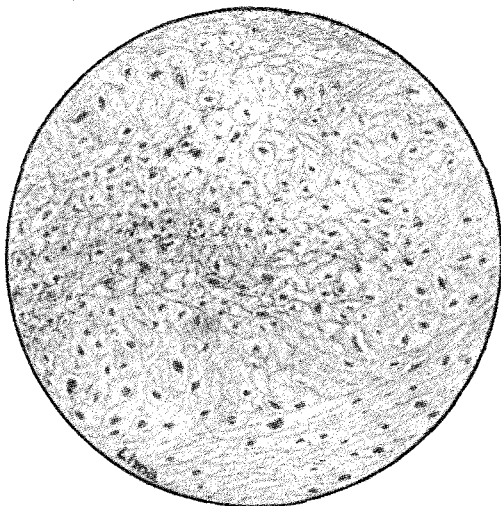
Publicado em 28 de Abril de 1923



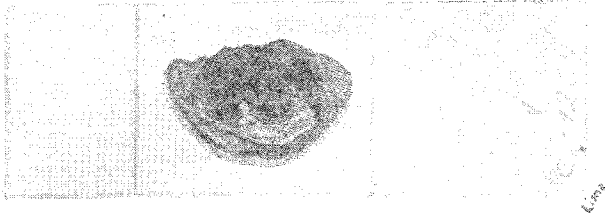
A — Antes do tratamento



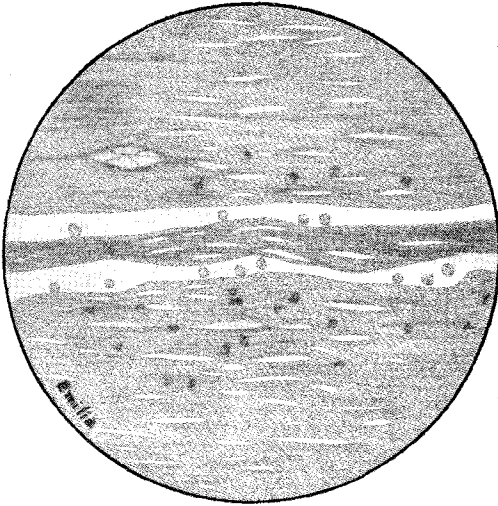
B — Depois da biópsia e tratamento pelo bismuto



Esboço de folículo do nódulo do antebraço de I. A.



Um dos nódulos do antebraço de I. A. Corte histo-patológico sem ampliação. Note-se a loja quística grande.



Corte histo-patológico do nódulo do joelho de D. P. Note-se necrose linear sem reação flogística das paredes fibrosas.