Janeiro-Março 1990

ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. XV
1

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA

a hora da toma pode ser importante

MSD
MERCK
SHARP&
DOHME

Indocid®-R

(Indometacina de acção prolongada, MSD)

ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

(TRIMESTRAL)

VOLUME XV — TOMO 1 1990 — JANEIRO-MARÇO N.º 54

Sumário

EDITORIAL

— Editorial
J. A. Canas da Silva 1

ARTIGOS ORIGINAIS

— Impacto Médico, Económico e Social dos Reumatismos na 3.ª Idade
Luis Gaião 3

— Estudo Comparativo da Artrite Reumatóide com e sem Síndrome de Sjogren Associado
Fernando Saraiva, J. C. Teixeira da Costa Armando Malcata, José Carlos Romeu, C. Moreira, Viana Queiroz 11

CASOS CLÍNICOS

— Policondrite Recidivante e Sindroma de Reiter
Jorge Silva, Alves de Matos, Jaime Branco, Canas da Silva, Odete Almeida e Viana Queiroz 19

— Poliarterite Nodosa num Jovem com 23 anos de Idade
Fernando Saraiva, Jaime Branco, J. Canas da Silva, M. Viana Queiroz 29

ARTIGOS DE REVISÃO

— O Instituto Português de Reumatologia e a Prevenção Reumatológica
M. Assunção Teixeira, Georgette Banet, Robert Martins António Vilar, Adriano Neto, Ana Teixeira Almedina Garcia 37

Registo: Inscrita na Direcção-Geral da Comunicação Social com o n.º 101897.

EDIÇÃO E PROPRIEDADE: Sociedade Portuguesa de Reumatologia (Liga Portuguesa contra o Reumatismo).

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO: Sociedade Portuguesa de Reumatologia — Rua de D. Estefânia, 187-189 — 1000 Lisboa — Telefs. 57 23 26 - 4 07 64.

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: Publicações Ciência e Vida, Lda. — Rua Victor Cordon, n.º 24 - 1.º Dt.º — 1200 Lisboa — Telefs. 32 05 65 - 32 79 89.

Esta publicação é subsidiada por:
Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica
Instituto Nacional de Investigação Científica.

Sommaire

EDITORIAL
— Editorial
J.A. Canas da Silva 1

MEMOIRES ORIGINAUX
— Impact Médico — économique et social des Rhumatismes du 3éme âgé.
Luis Gaião 3
— Étude Comparative de l' arthrite Rhumatóide avec et sans le syndrome de Sjogren associé
Fernando Saraiva J.C. T. da Costa, A. Malcata, J. C. Romeu, C. Moreira, Viana Queiroz 11

CAS CLINIQUES
— Polycondrite récidivante et syndrome de Reiter
J. Silva, A. de Matos, J. Branco, C. da Silva, O. Almeida, M. V. Queiroz 19
— Polyartérite Noueuse chez un jeune patient âgé de 23 ans.
F. Saraiva, J. Branco, J. C. da Silva, M. Viana Queiroz 29

REVISION
— Institut Portugais de Rhumatologie et la prévention rhumatologique
M. A. Teixeira, G. Banet, R. Martins, A. Vilar, A. Neto, A. Teixeira, A. Garcia 37

Contents

FOREWORD
J. A. Canas da Silva 1

ORIGINAL PAPERS
— Medical, Economic and social importance of the Rheumatic Diseases in the elderly
Luis Gaião 3
— Rheumatoid Arthritis with and without Sjogren's syndrome — A comparative study
Fernando Saraiva, J.C. Teixeira da Costa, Armando Malcata, José Carlos Romeu, C. Moreira, Viana Queiroz 11

CASE REPORT
— Relapsing polycondritis and Reiter's syndrome
Jorge Silva, Alves de Matos, Jaime Branco, Canas da Silva, Odete Almeida, Viana Queiroz 19
— Polyarteritis nodosa ocurring in a young man of twenty-three years old
Fernando Saraiva, Jaime Branco, J. Canas da Silva, M. Viana Queiroz 29

REVISION PAPER
— Instituto Português de Reumatologia and Rheumatic Diseases Prevention
M. Assunção Teixeira, Georgette Banet, Robert Martins, António Vilar, Adriano Neto, Ana Teixeira, Almedina Garcia, ... 37

FICHA TÉCNICA:

DIRECTOR: J. A. Pereira da Silva. REDACTOR-CHEFE: Prof. M. Viana Queiroz.
REDACTORES: Drs. Adriano Neto, A. C. Alves Matos, António Vilar, Aurora Marques, C. Miranda Rosa, Jaime C. Branco, João Ramos, J. F. Ribeiro da Silva, J. Espírito Santo, J. Canas da Silva, J.A. Melo Gomes, J. Teixeira da Costa, M.ª Cristina Catita e Mário Bexiga.
CONSELHO CIENTÍFICO: O Conselho Científico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.
DISTRIBUIÇÃO: Aos membros da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e, sempre que possível, a Instituições Médicas, de Reumatologia ou não, nacionais e estrangeiras (Ligas, Faculdades, Centros Científicos, Sociedades Médicas, Hospitais e Serviços, Revistas e Jornais Médicos e a outras Instituições Culturais).
PUBLICAÇÃO: Trimestral (Março, Junho, Setembro e Dezembro). faz e solicita a permuta. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA: *Act Reuma. Port.*, volume (tomo): pág.-pág., ano.
Assinatura anual (1 volume, 4 tomos): Portugal 800$00; Espanha 1.200 Pst; Resto do Mundo, US$20.
Número avulso: 280$00; US$5.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:

1 — A Redacção aceita trabalhos clínicos ou de investigação da especialidade ou a ela ligados. reserva-se o direito de só aceitar artigos ainda inéditos.

2 — Os artigos publicados e os textos das comunicações apresentadas em sessões científicas da Sociedade, ou por ela organizadas, são propriedade da «Acta», reservando-se a Redacção o direito de autorizar a sua inserção total ou parcial, noutras publicações.

3 — A doutrina dos artigos publicados é da exclusiva responsabilidade dos autores.

4 — Os artigos podem ser redigidos em português, francês, inglês ou espanhol, dactilografados a dois espaços, numa só face do papel, com margens largas e em duplicado.

5 — Referenciados com o título em português, francês e inglês (e facultativamente em espanhol ou alemão), nome do(s) autor(es) e seus títulos académicos e profissionais; instituições onde foi executado ou a que pertence o autor e respectivo director; localidade e país.

6 — O texto deve ser precedido de um resumo sucinto, curto mas suficientemente esclarecedor, em português, francês e inglês (facultativamente, em espanhol e/ou alemão).

7 — Cada artigo tem direito até cinco gravuras; além deste número a Redacção reserva-se o direito de as debitar pelo custo. As fotografias devem ter nitidez suficiente para dar reprodução e os gráficos e desenhos a tinta preta e em papel branco ou vegetal; em folhas separadas, anotadas no verso, a respectiva legenda, dactilografada, e a ordem numérica.

8 — As referências bibliográficas, conforme o Index medicus: apelido (maiúsculas), nome e pronome do(s) autor(es); título, nome da publicação ou editor; localidade; volume; página; ano. Deve observar-se a ordem alfabética do último nome do autor (ou do 1.º autor).

9 — Cada autor tem direito a 25 separatas. Para além deste número, serão debitadas pelo preço de custo, se forem requisitadas com a devida antecedência.

10 — É da competência e responsabilidade da Redacção, a revisão das provas.

EDITORIAL

Em 1980 foi pela primeira vez institucionalizado o Internato Complementar de Reumatologia na Carreira Hospitalar. Passaram portanto dez anos sobre esse facto.

Quer isto dizer, em termos práticos, que, desde há cerca de cinco anos, vem o País formando novos Especialistas Hospitalares de Reumatologia.

Noutros países já há muito que esses meios humanos estariam adequadamente rentabilizados. Por cá limitamo-nos a respeitar reverentemente o passado.

No entanto, nunca a Reumatologia como ciência evoluiu tanto nem se justifica de uma forma tão premente a abertura de Serviços Hospitalares de Reumatologia.

O tratamento hospitalar das formas graves das doenças reumáticas envolve conhecimentos e experiência especializada o que interdita, crescentemente, os "amadores" da Reumatologia de se tornarem profissionais competentes.

Acresce que teimosamente nos últimos nove anos a Especialidade foi sempre escolhida por alguns dos melhores Internos ou para sermos mais exactos pelos mais bem classificados.

Uma das ideias base que sempre surge a propósito da Reumatologia é a de que é uma Especialidade essencialmente do ambulatório. Que faríamos então à quase totalidade das Especialidades Médicas se adaptássemos este raciocinio? Quantos hipertensos ou anginosos têm hoje de ser internados? Quantos doentes gastroenterológicos ou dermatológicos necessitam de Serviços de Dermatologia ou de Gastrenterologia (por exemplo)? Nem a Cardiologia fica restrita às Unidades de Tratamentos Intensivos.

Desde há cerca de quatro anos que se formam Especialistas no Porto e em Lisboa, desde há 10 anos (dez!) que a Carreira Hospitalar institucionalizou a Especialidade e até hoje nem um só Serviço Hospitalar surgiu em Portugal. Tanto tempo perdido, tanta esperança gorada mas, sobretudo um gritante subaproveitamento dos recursos humanos e técnicos.

O que os Reumatologistas portugueses querem não é o impossível. Trata-se somente de os deixarem trabalhar naquilo para que foram formados e para que arduamente lutaram: tratar os doentes reumáticos.

Parafraseando Antoine Fournié, para quê complicar o que é simples?

J. A. Canas da Silva.

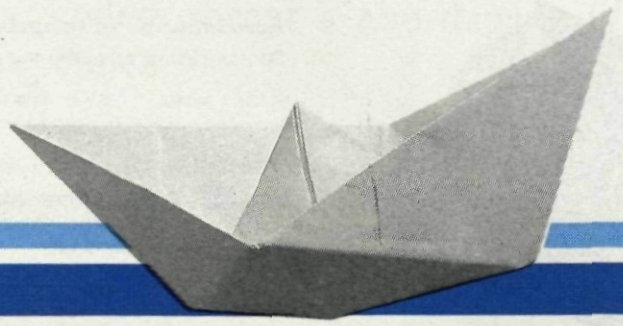
DOR
INFLAMAÇÃO

NOS SINDROMAS DOLOROSOS REUMATISMAIS...
NOS ACIDENTES TRAUMÁTICOS...

ARTRIDOL®

potente analgésico e anti-inflamatório local

elevadas concentrações tecidulares

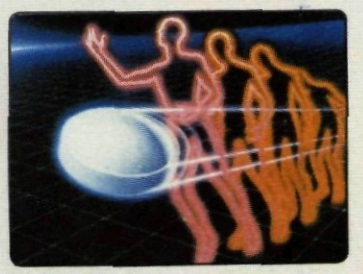


a simplicidade de ser líquido

apresentação
frasco auto-aplicador
com 50 g de linimento
pvp: 1.266$00 sms: 633$00

LABORATÓRIOS SIGMA

Profenid® retard



Cervicoartroses
Síndrome do ombro doloroso

Dorsalgias
Lombalgias

Coxartroses
Contusões

Gonartroses
Entorses
Luxações

1 COMPRIMIDO POR DIA
1 embalagem = 1 mês de tratamento

APROVADO Profenid F.D.A.

Apresentação: embalagem de
30 comprimidos a 200 mg de Ketoprofene

P.V.P. 1.898$00 S.N.S. 380$00

Divisão Farmacêutica Rhône-Poulenc
Laboratórios Vitória, S.A.
Venda Nova - Amadora

CONTRIBUINTE N.º 500162220 CAPITAL SOCIAL — 150 000 000$00
REGISTADA NA CONSERVATÓRIA DO REGISTO COMERCIAL DE AMADORA SOB o N.º 43

ACTA REUMA. PORT. XV (1): 3-9. 1990

IMPACTO MÉDICO, ECONÓMICO E SOCIAL DOS REUMATISMOS NA 3ª IDADE

LUIS GAIÃO*

A problemática dos reumatismos da 3ª idade não se esgota na esfera da acção médica sendo de realçar a importância crescente assumida pelos aspectos económicos e sociais.

Os problemas de saúde dos doentes que sofrem de doenças reumáticas são multidimensionais; ultrapassam o aspecto físico para se repercutirem nas condições económicas, afectarem as relações sociais e influenciarem mesmo a personalidade do doente.

Com o avanço da medicina, tendo em conta a maior duração da vida humana, a população idosa vai aumentando; alguns estudos demográficos prevêm um grande aumento da população mundial com mais de 60 anos nos próximos 20 anos. A maior sobrevida poderá ser acompanhada de maior morbilidade e consequente necessidade de cuidados de saúde.

Pode-se afirmar, apesar de paradoxal, que a medicina moderna vai criar doentes e incapacitados.

A 3ª idade representa um grupo específico onde as alterações fisiológicas ligadas ao envelhecimento poderão influenciar os processos fisiopatológicos. (ex. menopausa com aumento do risco de osteoporose).

As alterações fisiológicas do envelhecimento — senescência — poderão influenciar a forma de apresentação da doença, a resposta ao tratamento e as complicações resultantes (efeitos acessórios). Na verdade a redução funcional de orgãos major ligada ao envelhecimento obriga a redução da dosagem dos farmácos e por vezes monitorização.

A coexistência de várias doenças tem influência negativa na saúde dos idosos, podem tornar a abordagem difícil e afectar a escolha e os objectivos da terapêutica.

. Núcleo de Reumatologia (Prof. Viana de Queiroz) do serviço de Medicina IV (Prof. Fernando de Pádua) do H.S.Maria

*Interno do Internato complementar de Reumatologia do H.S.Maria

As patologias que assumem especial significado no idoso são a artrite reumatóide, as artroses do joelho e da anca e a osteoporose. As prevalências da AR e da OA aumentam com a idade; a osteoporose está directamente relacionada com a menopausa. De acordo NCHS (National Center for Health Statistics) 50% dos indíviduos com mais de 65 anos têm doenças reumáticas. As doenças reumatáticas representam a causa mais frequente de morbilidade por doença crónica; na 3ª idade a morbilidade é causa da principalmente pela perda de mobilidade. Segundo estudos epidemiológicos o principal problema para os doentes (>75%) não é a dor mas a frustação de serem incapazes e a dependência que têm em relação a outros (perda de mobilidade e perda de independência).

Como corolário disso, poderemos dizer que todo o manancial de actuação médica no doente reumático deve ser orientado para a melhoria de mobilidade e independência, mais do que para o alivio da dor. A manutenção da capacidade funcional é a pedra de toque dos cuidados médicos nos idosos.

Em quase todos os países a invalidez causada pelas doenças reumáticas ocupa sempre um dos 1ºs lugares.

De referir que, quanto à mortalidade elas são raramente causa de óbito, por outro lado segundo estudos feitos em países europeus e E.U.A., a mortalidade em doentes com A.R. é mais elevada que a da população em geral.

A vida quotidiana com as suas numerosas solicitações impõe um stress fisíco e psicológico aos doentes que não têm autonomia funcional. No entanto os idosos têm diferentes expectativas de vida em relação aos mais jovens; com a idade as expectativas, objectivos e necessidades de máxima capacidade funcional diminuem o que de certa forma ocorre pari passu com o deficite de função musculo-esquelética. A reabilitação vai assim ser encarada de uma forma diferente no idoso; apesar da melhoria da capacidade funcional ser importante, as expectativas e os objectivos devem ser ponderados.

Um facto importante subjacente à incapacidade funcional do idoso é muitas vezes a impossibilidade de prestação de assistência; da parte do idoso é frequente o negativismo e a recusa de procura de cuidados de saúde, pensando que a idade avançada é necessariamente acompanhada por doença; em geral os doentes manifestam uma passividade resignada face aos seus sintomas sobretudo se aparecem na idade avançada ("inevitáveis mazelas da velhice"). De referir que os factores contribuintes para o negativismo poderão ser o deficite intelectual, o receio da natureza da doença subjacente (neoplasia por ex.) e a consciência dos custos e aspectos negativos da hospitalização (avaliação diagnóstica, efeitos acessórios dos medicamentos). Para além da actuação que possamos ter a nível médico, económico e social não devemos esquecer o papel determinante do sujeito da acção; os doentes são as figuras centrais.

Tal como a O.M.S. referiu em 1979, a maior dificuldade em relação à patologia reumatismal reside no facto do problema ser insuficientemente conhecido e apreciado.

Apesar da incidência, invalidez e custos as doenças reumáticas são mal conhecidas, pois tratando-se de doenças crónicas não atraem a atenção da opinião pública, "media" e governos; não se trata de uma patologia onde seja

eminente a morte próxima com todo o contexto dramático daí resultante; é frequentemente considerado que não se pode fazer nada.

Por outro lado a este nível não existem revelações espetaculares de diagnóstico (ex. ecografia) e terapêutica (ex. transplantes) que despertem interesse da opinião pública.

De realçar a importância da dicotomia (agudo x crónico) ou (ambulatório x internado); os serviços de saúde públicos e privados favorecem geralmente os cuidados a doentes agudos e internados em relação aos doentes crónicos e em ambulatório. Os doentes reumáticos não necessitam na maior parte dos casos de cuidados imediatos.

Os laços familiares e de amizade desempenham importante papel na modulação do impacto médico, económico e social; representam um dos maiores determinantes na decisão de internamento dos doentes idosos. Aliás o determinante da hospitalização dos doentes idosos acaba por ser a falta de suporte social e não a capacidade funcional; melhorar a capacidade funcional não significa necessariamente diminuir as taxas de hospitalização.

Não há incentivos financeiros que permitam serviços não institucionais de apoio aos doentes; isso vai conduzir ao internamento de doentes idosos para os quais um nivel mais baixo de cuidados ("home care") teria sido mais apropriado, menos dispendioso e menos propício a criar dependência. No entanto para alguns cabe ao Estado a responsabilidade de cuidar dos idosos e incapacitados, pondo a tónica nas instituições.

A vida das sociedade modernas processa-se em grandes aglomerados populacionais; decorrente desse facto a mudança dos hábitos de relações de vizinhança constitui obíce à ajuda.

Nos meios rurais é notória a ajuda prestada aos doentes e família pela comunidade; isso é menos frequente no mundo urbano.

Além disso o ambiente urbano é frequentemente hostil para os doentes com dificuldade de mobilização (acesso a edifícios, lojas e escritórios; locais de trabalho e recreativos; transportes públicos)

A compreensão e a atmosfera favorável na familia têm influência positiva na evolução da doença; nas sociedades actuais é patente a diminuição de importância do núcleo familiar com todas as implicações dai resultantes. Aliás as próprias doenças podem alterar a estrutura familiar (separações, divórcios, etc); é obvia a repercussão familiar de uma doença crónica, em particular quando invalidante e atingindo o pai ou a mãe.

A repercussão na vida sexual tem também significado nos doentes reumáticos; segundo inquéritos realizados a doentes com A.R., a doença provoca alterações no comportamento sexual e torna difícil a vida conjugal. Esses dados referem diminuição da libido e da frequência das relações sexuais, dores durante o acto sexual e necessidade de adopção de posições particulares, impotência atribuida a doença ou receio de eventual transmissão da doença à descendência. Para a grande maioria dos doentes é necessário serem aconselhados ou receberem informações sexuais pois isso irá conduzir a melhoria da vida do casal.

A repercussão psicológica das doenças reumáticas é também importante; a dor e a impotência funcional causam frequentemente ansiedade, insegurança e

depressão. Os conflitos psicológicos são frequentes nos contactos sociais; a invalidez pode gerar o isolamento. Realcemos também que os médicos raramente têm tempo ou são raramente convencidos da necessidade de apoio psiquiátrico aos doentes ou a familia.

Na avaliação de repercussão económica e social destas doenças é importante definir a noção de custo; corresponde ao conjunto de recursos orientados para a produção de um bem ou serviço, não estando disponiveis para outras finalidades; são verdadeiros custos de renúncia ou de oportunidade. Tem inegável interesse o conhecimento do custo das doenças, tendentes a justificar os esforços de prevenção, como forma de evitar o aparecimento das doenças ou reorientar os meios eventualmente para outras alternativas de tratamento. A medida do custo global de uma doença é a base indispensável de toda a reflexão sobre a oportunidade de desenvolver a prevenção; os custos vão assim tornar aparentes os beneficios de prevenção das doenças.

O custo da doença pode servir como ponto de partida para uma reflexão sobre a utilização eficiente dos cuidados de saúde; serão utilizados com o menor custo (para um nível dado de eficácia) ou com a melhor eficácia)para um nível dado de custos)?

Será possível, de outras formas eventualmente, maximizar a eficiência dos meios?

Cada uma das soluções alternativas deve ser avaliada em termos de custo e de eficácia, devem ser escolhidas as soluções mais eficientes (aquelas em que a relação custo/eficácia seja mais favorável).

Os custos não devem ser encarados "per si", mas pelos beneficios que provocam. (ex. um tratamento de custos baixos não deve ser considerado só por isso, obviamente deve ser eficaz).

A medida do custo de uma doença deve constituir ponto de partida para uma escolha tendente à racionalização das acções medicas, para um melhor uso dos meios destinados a cobrir as necessidades de saúde.

Os custos podem classificar-se quanto à natureza (consumo de medicamentos, perda de produção consequente à doença etc.) e incidência (doente e familia, Segurança Social etc.).

Os custos vão ter 3 componentes:

— custos directos (medem o valor das prestações médicas implicadas na intervenção — ex. hospitalizações, medicamentos, curas termais)

— custos indirectos (medem as perdas de produção causadas pela doença tendo em conta a ausência ao trabalho; têm a ver com as perdas de produção ligadas à morbilidade e mortalidade das próprias doenças)

— custos não mensuráveis (têm em conta fenómenos ligados à doença mas que não têm preços de mercado tais como a perda de actividade lúdica, perda de actividade doméstica, perda de tempo dos doentes e familia, perdas afectivas, o sofrimento e sobretudo a perda da vida humana.

O impacto económico destas doenças vai repercutir-se em especial sobre os custos directos pois vão atingir preferencialmente os reformados, individuos sem vida activa profissional.

Tratando-se de doenças crónicas requerendo cuidados prolongados podem acarretar carga económica significativa; por outro lado o tratamento eficaz das

É Miacalcic®

a nova designação da Calcitonina-Sandoz, adoptada também em Portugal. Esta alteração uniformiza o nome internacionalmente.

No tratamento:
Osteoporose Senil
Osteoporose Pós-Menopáusica

Formas de apresentação:

Miacalcic® – Spray Nasal (calcitonina sintética de salmão)

Miacalcic® (calcitonina sintética de salmão)

Miacalcic® – Spray Nasal
(calcitonina sintética de salmão)
P.V.P. – 6 913$00
ESTADO – 5 530$00
UTENTE – 1 383$00
Custo do tratamento diário – 247$00
(módulo bimestral de tratamento)

Miacalcic®
(calcitonina sintética de salmão)
P.V.P. – 4 943$00
ESTADO – 3 955$00
UTENTE – 988$00
Custo do tratamento diário – 247$00
(módulo bimestral de tratamento)

Para informações mais detalhadas contactar:
PRODUTOS SANDOZ, LDA.
R. S. Caetano, 4 — 1296 Lisboa Codex
cont. n.º 500223076 - Matric. na C.R.C. de Lisboa
sob o n.º 19794 - Capital Social 100 000 000$00

SANDOZ

Posologia: 1 ampola ou 1 a 2 nebulizações/dia em meses alternados.
Contra-Indicações: Hipersensibilidade à Calcitonina.
Precauções: Gravidez e aleitamento. Rinite crónica (spray nasal).
Efeitos Secundários: Náuseas, vómitos, rubor poliúria. Reacções de hipersensibilidade no local da injecção. Reacções isoladas do tipo anafiláctico com taquicardia, hipotensão e colapso. Os efeitos secundários são menos frequentes com a utilização do spray nasal.

eficácia e segurança

Rantudil 60®

Rantudil 90® Retard

acemetacina

	Apresentação	PVP	CMTD	Estado	Utente	CMTD
Rantudil 60 Acemetacina 60 mg	60 cápsulas	3 693$00	123$00	2 955$00	738$00	25$00
Rantudil 90 retard Acemetacina 90 mg	30 cápsulas	3169$00	106$00	2 536$00	633$00	21$00

Comparticipado a 80%

Laboratórios Bial Sociedade por Quotas Cons. Reg. Com. Porto - Matrícula N.º 7364 - Cap. Social: 250 000 000$00 - Contribuinte N.º 500 220 913

doenças reumáticas envolve frequentemente vários serviços e equipamentos (medicamentos, fisioterapia, curas termais etc.)

Alguns argumentos ("a saúde não tem preço" "deve-se fazer o máximo pelos doentes" "o critério económico não deve ser determinante na tomada de decisões médicas" "a saúde é um assunto exclusivamente médico"(tornam delicada a intervenção dos economistas.

Os problemas económicos, no entanto, pesam decisivamente sobre os recursos que é possível consagrar às despesas de prestação social no seio das quais se contam as despesas de saúde.

Como toda a actividade humana a saúde enquadra-se num campo onde existe contenção económica em relação aos recursos humanos e materiais; neste ponto de vista, ela exige a determinação de prioridades bem como a racionalização das escolhas.

Não se trata de despender menos mas sim de determinar as actividades cujas despesas tenham repercussão mais marcada em termos positivos sobre a saúde (individual e/ou colectiva).

Os critérios económicos, sem intuitos de hegemonia, devem nortear a escolha e a tomada de decisões em matéria de saúde.

As barreiras financeiras podem assim frustar a prestação de cuidados de saúde nos idosos.

Segundo alguns estudos, os custos económicos associados com a A.R. são similares aos custos de outras doenças que receberam maior atenção, caso da doença coronária e AVC; isso permitirá eventualmente definir prioridades de actuação diferentes.

A prevenção terciária tem como objectivo a diminuição da prevalência dos incapacitados crónicos; reduzir ao máximo as incapacidades funcionais derivadas da doença.

Em relação à OA, um exemplo de prevenção terciária eficaz poderá ser o tratamento da coxartrose pela prótese da anca; a restauração da função articular pode fazer desaparecer o deficite funcional. Também no caso da A.R. há evidências de que a incapacidade foi reduzida pelos tratamentos modernos, embora a prevalência se mantenha constante (Isomakii 1983)

Dois aspectos importantes a ter em conta na prevenção terciária são a reinserção profissional e a utilização de medidas sociais de apoio.

QUADRO
Medidas sociais de apoio

modificações no alojamento (ascensores, portas e janelas, mobiliário-camas, WC e toilette, dispositivos técnicos de apoio)
modificações nos postos de trabalho adaptação e por vezes mudança do local de trabalho resinserção profissional)
organização e uso dos meios de transporte (precauções de segurança nos transportes públicos, dispositivos de apoio nos automóveis próprios)

No que se refere à reinserção profissional, uma comparação entre doentes incapacitados por AR, com e sem emprego após 1 ano de recurso a organismos oficiais de emprego, permitiu ressaltar que a concretização do emprego depende mais de factores sociais e ambienciais do que do grau de incapacidade (ex. os casados e os que vivem nas cidades são favorecidos; nos meios rurais as pessoas têm trabalhos mais pesados e oportunidades limitadas para reconversão).

É por vezes necessário ter-se em conta o papel das condições ambienciais no aparecimento de um handicap (ex. o nº de pensões de invalidez aumenta nos periodos de maior desemprego)

Para além do ambiente como condicionante da reinserção profissional há também factores endógenos, dependentes do indíviduo, salientamos o nível de educação e o emprego prévio (quanto maior o nível de instrução, mais fácil a reconversão, os indíviduos têm melhores probabilidades de emprego).

Mais de 50% do doentes reumáticos tem necessidade de informação sobre a sua doença, tratamentos, subsídios de Segurança Social e dispositivos para adaptação no domicilio.

Há estudos sugerindo características do doente associadas com a necessidade de informação sobre os recursos oferecidos pela comunidade; a capacidade funcional e o salário familiar são os mais implicados nesta necessidade (é notório que os doentes com maior incapacidade funcional têm maior necessidade de informação bem como de equipamento e dispositivos de apoio)

Actualmente parece haver menor interesse pelas profissões envolvidas nos cuidados aos mais idosos; este conjunto de circunstâncias coloca mais responsabilidade aos médicos e enfermeiros que se devem mostrar atentos aos determinantes não biológicos da incapacidade e à importância crescente dos aspectos económicos e sociais neste grupo etário.

O médico, interveniente por excelência na sua esfera de acção, não deve alienar os aspectos económicos e sociais.

LEITURAS ADICIONAIS

— Bombardier, Menchions
Costing: in search of a question
The Journal of Rheumatology 1981, vol. 8 nº 6 P. 873-877

— Brandt K.D., Potts M.K., Barton R., Sokolek C.
How financial barriers can frustate good arthritis care Geriatrics 88 May vol. 43 nº 5 p. 83-88

— Brooks et al.
Costs of managing patients at a Canadian Rheumatic Disease Unit
The Jounal Rheumatology 1981 vol. 8 nº 6 p. 937-948

— Brooks P.M., Hean W.F., Kassan Y., Buchanan W.W.
Problems of antiarthritic therapy in the elderly
J Am Geriatric Soc 1984 March vol. 32 nº 3 p. 229-234

— Chaouat Y.
Les consequences socio-economiques des maladies rhumatismales
Colloque organise par l'Institut des Sciences de la Sante

— Cornelissen P.G., Rasker J.J., Valkenburg H.A.
The arthritis sufferer and the community; a comparison of arthritis sufferer in rural and urban areas
Annals of Rheumatic Diseases 1988 Feb vol. 47 nº. 2 p. 150-156

— Demlow L.L., Liang M.H., Eaton H.M.
Impact of chronic arthritis in the elderly
Arthritis in the elderly
Bailliere's Rheumatology Clinic

— Hull A.L., Liebman J.J., Moskowitz R.W.
Arthritis and Rheumatism 1987 Dec. vol. 30 nº 12 p. 1401-1406

— Liang M.H., Larson M., Thompson M., Eaton H., McNamara E., Katz R., Taylor J.
Costs and outcomes in rheumatoid arthritis ad osteoarthritis
Arthritis and Rheumatism 1984 May vol. 27 nº 5 p. 522-529
— Liang M.;H., Larson M.G., Partridge A.J. et al
Evaluation of comprehensive rehabilitation services for elderly
homebound patients with arthritis and orthopedic disability
Arthritis and Rheumatism 1984 March vol. 27 nº 3

— Luck J.V.Jr. Beardmore T.D., Kaufman R.
Disability evaluation in arthritis patients
Clin. Orthop. 1987 Aug. (221) p. 59-67

— O Callaghan J.W., Brooks P.M.
Disease modifying agents and immunosupressive drugs in the elderly
Clin. Rheum. Dis. 1986 Apr. vol 12 (1) p. 275-289
— Rowe J.W.
Health care of the elderly
The New England Journal of Medicine 1985 March vol. 312 nº 13 P.827-835

— Solomon D.H.
Uncla Conference — New issues in geriatric care
Annals of Internal Medicine 1988 (108) p.718-732

— Stone C.E.
The lifetime economic costs of rheumatoid arthristis
The Journal of Rheumatology 1984 Dec vol. 11 nº 6 p.811-827

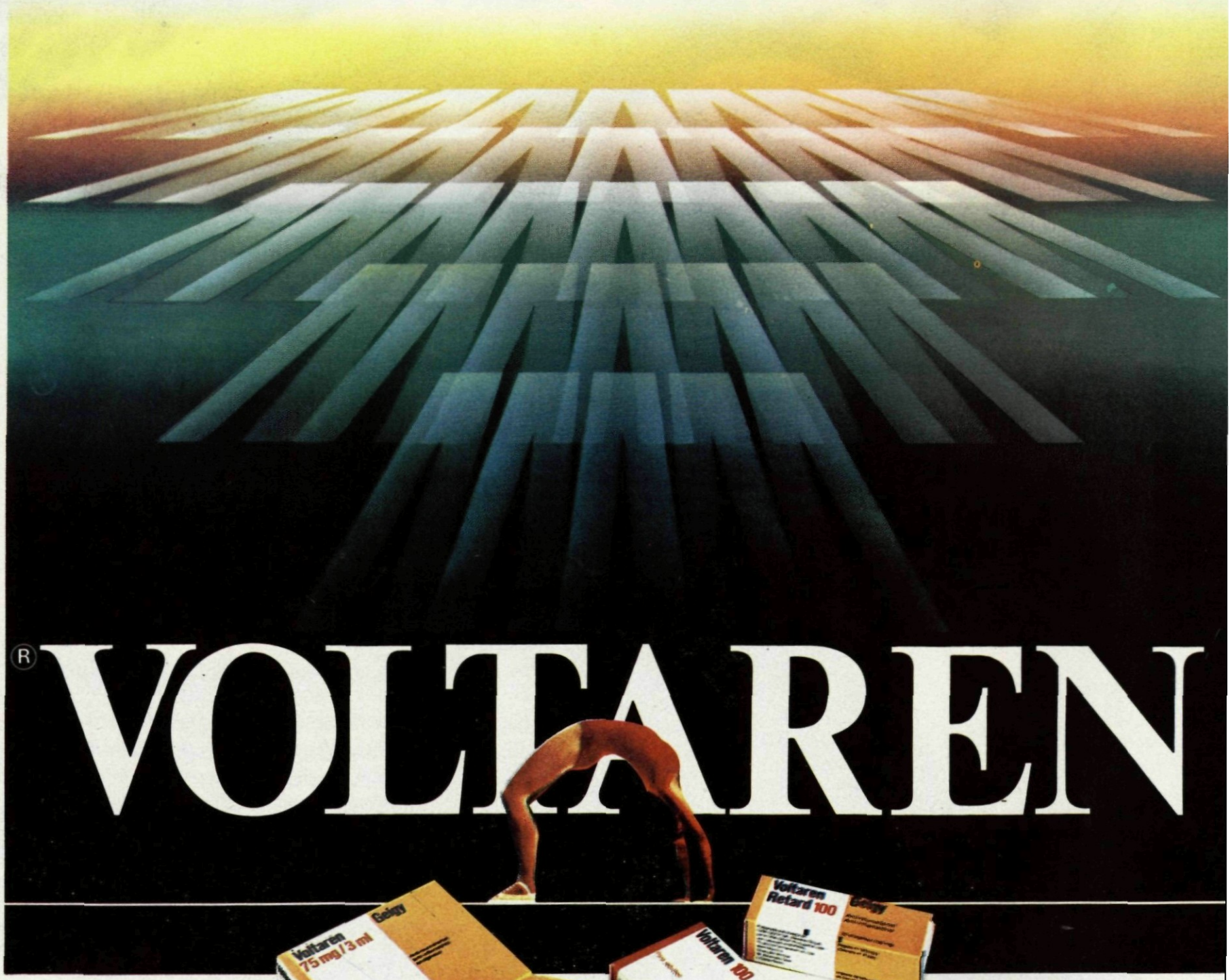
APRESENTAÇÃO:

	P. V. P.		C. M. T. D.	
	Estado	Utente	Estado	Utente
Emb. com 60 comp. doseados a 3 mg de Auranofina	4247$00	1061$00	177$00	35$40

Ridaura®

(auranofina SK&F)

na artrose
na artrite reumatóide



5 ampolas
P.V.P. 489$00
P. comp. 98$00

20 drag. 50 mg
P.V.P. 629$00
P. comp. 126$00

60 drag. 50 mg
P.V.P. 1.604$00
P. comp. 321$00

Voltaren Retard 30 drag.
P.V.P. 1.616$00
P. comp. 323$00

12 sup. 100 mg
P.V.P. 839$00
P. comp. 168$00

CIBA–GEIGY

Informação adicional
disponível em CIBA-GEIGY
DIVISÃO FARMA: Av. 5 de Outubro, 35-2.º
1000 LISBOA

ACTA REUMA. PORT. XV (1): 11-17. 1990

ARTIGO ORIGINAL

ESTUDO COMPARATIVO DA ARTRITE REUMATÓIDE COM E SEM SÍNDROME DE SJÖGREN ASSOCIADO

FERNANDO SARAIVA,* J. C. TEIXEIRA DA COSTA,** ARMANDO MALCATA,* JOSÉ CARLOS ROMEU,* C. MOREIRA*** E VIANA QUEIROZ****

RESUMO

Os autores apresentam um estudo retrospectivo, comparativo, do perfil clínico-laboratorial de duas populações de doentes com artrite reumatóide, uma constituída por 69 doentes com síndrome de Sjögren secundário, e outra formada por 60 doentes em que este foi pesquisado mas não foi confirmado.

Os grupos considerados foram emparelhados pelo tempo de evolução da doença e os parâmetros comparados foram: o número de articulações envolvidas, a classe radiológica de Steinbroker, a necessidade de ingestão de corticósteróides, a magnitude da velocidade de sedimentação, a presença de factores reumatóides, anti-corpos anti-nucleares e imunocomplexos circulantes, a frequência de intolerâncias e falências medicamentosas e a incidência de manifesvações extra-articulares.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as duas populações estudadas, relativamente aos parâmetros acima enunciados, excepto no que respeita aos valores máximos da hemoglobina e da velocidade de sedimentação e ao número de doentes com anemia, variáveis que se mostraram mais frequentemente no grupo da artrite reumatóide com síndrome de Sjögren associado. Todavia, para estas diferenças, poderá eventualmente contribuir uma distinta distribuição por sexos e idades em cada um dos grupos.

Os resultados deste estudo, sugerem que, globalmente, as artrites reumatóides associadas ao síndrome de Sjögren, não possuem um perfil clínico-laboratorial significativamente diverso do das artrites reumatóides sem esta associação.

Nucleo de Reumatologia (Prof. Viana Queiroz) do Serviço de Medicina IV (prof. Fernando de Pádua do H. S. Maria

* Internos do Internato Complementar de Reumatologia do H.S.Maria

** Interno do Internato Complementar com o grau de assistente hospitalar do H.S. Maria

*** Assistente de Bioquímica da Faculdade de Medicina de Lisboa

**** Chefe de Serviço de Reumatologia do H. S. Maria. Professor de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Lisboa

INTRODUÇÃO

Existe alguma controvérsia na literatura médica, quanto à existência ou não de diferenças significativas entre a artrite reumatóide (A.R) com síndrome de Sjögren (S.S) secundário e a A.R. sem esta associação, no que diz respeito às manifestações clínicas e laboratoriais, à evolução, ao grau de tolerância às terapêuticas e à eficácia destas. De facto, enquanto alguns trabalhos concluem pela existência daquelas diferenças (1,2,3,4,5,8,10,15), outros, não as confirmaram (7,9,16). Visando esclarecer este assunto, efectuámos um estudo retrospectivo, comparativo, do perfil clínico-laboratorial de duas populações de doentes com A.R. clássica ou definida, uma com S.S. comprovado e outra em que este foi pesquisado mas não foi confirmado.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados 129 doentes da Consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, todos com A.R. clássica ou definida, segundo os critérios da American Rheumatism Association. Daqueles, 69 tinham A.R. e S.S. secundário (grupo I), enquanto nos 60 restantes não se verificou esta associação (grupo II).

Os critérios utilizados para o diagnóstico de S.S., foram os seguintes: 1) presença de querato-conjuntivite seca (QCS), definida por um valor inferior a 10mm aos 5min, no teste de Schirmer (12) e pela existência de zonas de superfície da córnea e/ou da conjuntiva coráveis pela fluoresceína sódica a 2%, ou pelo rosa de Bengala a 1%, durante a observação com lâmpada de fenda; 2) presença de xerostomia, sendo o envolvimento das glândulas salivares confirmado por — a) existênia de atraso e/ou diminuição dos níveis absolutos de "uptake", concentração e excreção do ião pertecnetato ^{99m}Tc, na cintigrafia sequencial das glândulas salivares, ou b) existência de um dos mais focos de células inflamatórias mononucleadas por lóbulo, segundo a classificação de Tarpley (14), no exame histopatológico das glândulas salivares minor do lábio, após biópsia realizada segundo a técnica de Chisolm e Mason (6).

Para o diagnóstico de S.S. secundário, foi considerado como suficiente a presença dos critérios 1 ou 2, associados, à A.R.. Para a exclusão deste diagnóstico, considerámos ser necessário demonstrar, em cada um dos nossos doentes, a inexistência simultânea de QCS e de xerostomia.

Foram revistos os processos clínicos de todos os doentes e registados os dados clínicos e laboratoriais, tendo em vista a avaliação do compromisso articular e extra-articular.

Os dois grupos formados, foram emparelhados pelo tempo de evolução da doença (com uma mediana de 149 meses para o grupo I e de 137 meses para o grupo II) e os parâmetros comparados foram: o número de articulações envolvidas, a classe radiológica de Steinbroker (13), a necessidade da ingestão de corticosteróides, a magnitude da velocidade de sedimentação (VS), a presença, no soro, de factores reumatóides (determinados pelo teste do látex e pelo método de Waaler-Rose), anti-corpos antinucleares (detectados por imuno-

fluorescência indirecta, utilizando como substracto fígado de rato foram considerados positivos os valores iguais ou superiores a 1/25) e imunocomplexos circulantes (detectados pela técnica de precipitação com polietilenoglicol a 2%), a frequência de intolerâncias (ao naproxeno, indometacina, piroxicam, diclofenac, ibuprofen, sulindac, sais de ouro, D-penicilamina e cloroquina) e falências (aos sais de ouro, D-penicilamina e cloroquina) medicamentosas e a incidência de manifestações extra-articulares. Relativamente a estas, foi anotada a presença ou ausência de nódulos reumatóides, amiloidose (sob suspeita clínico-laboratorial, confirmada por biópsia rectal, renal, ou da gordura sub cutânea abdominal), fenómeno de Raynaud, vasculite cutânea, neuropatia periférica (por semiologia sugestiva, confirmada por electromiograma e por estudos da velocidade de condução nervosa), manifestações cardíaca (por suspeita clínica, documentada por telerradiografia do tórax em P.-A., electrocardiograma e/ou ecocardiograma de modo M e bi-dimensional), pulmonares (por semiologia sugestiva e por alterações na telerradiografia do tórax em P.-A. e/ou perfil, ou no estudo funcional respiratório), renais (por alterações clínico-laboratoriais sugerindo perturbação da função renal e por ecografia, tomografia e biópsia renais, quando adequadas) e anemia (definida por uma hemoglobina menor que 11,5g nas mulheres e inferior a 13g nos homens). Registaram-se ainda os valores máximos e mínimos da hemoglobina (Hgb) e da VS por doente.

Para a análise estatística dos resultados, utilizámos o teste do chi quadrado (nas variáveis qualitativas), com a correcção de Yates quando necessário e o teste não paramétrico de Mann e Whitney (nas variáveis quantitativas). Foram considerados estatisticamente significativos, os valores de p menores que 0,05.

RESULTADOS

No que diz respeito ao número de articulações envolvidas, à classe radiológica de Steinbroker (Quadro I), ao número de doentes necessitando de corti-

QUADRO I
Envolvimento articular

	Grupo I	Grupo II	Significado estatíst.
Nº de articulações envolvidas (em mediana)	14	13	NS§
Classe radiológica de Steinbroker	Grupo I n'	Grupo II n	Significado estatíst.
1	2	5	
2	9	14	NS
3	48	36	
4	6	1	

§ — não significativo; ' — nº de doentes

costeróides, ao número de doentes com nódulos reumatóides, amiloidose, fenómeno de Raynaud, vasculite cutânea, neuropatia periférica, manifestações cardíacas, pulmonares e renais (Quadro II), aos valores mínimos da HGB e da VS (Quadro III-A) e à presença de factores reumatóides (FR), anti-corpos anti-nucleares (AAN) e de imunocomplexos circulantes (ICC) (Quadro III-B), não encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos estudados. Já no que concerne aos valores máximos da Hgb, registámos uma mediana de 13,5g no grupo I, contra 14,3g no grupo II, assumindo esta diferença significado estatístico: p=0,008 (Quadro III-A). No que respeita ao número de doentes com anemia, a diferença encontrada — 47 doentes em 65 (72%), no grupo I e 28 em 58 (48%), no grupo II — também se reveste de significado estatístico: p=0,011 (Quadro III-B). O mesmo se verifica nos valores da VS máxima (em mediana): 70 mm na 1ª hora no grupo I e 52 mm na 1ª hora no grupo II, sendo o p=0,013 (Quadro III-A).

QUADRO II
Manifestações clínicas

	Grupo I n'/t"(%)	Grupo II n/t(%)	Significado estatíst.
Necessidade de corticosteróides	43/68(63%)	37/59(63%)	NS§
Nódulos reumatóides	11/69(16%)	10/60(17%)	NS
Amiloidose	6/69(8,6%)	2/60(3,3%)	NS
Fenómeno de Raynaud	13/69(19%)	13/60(22%)	NS
Vasculite cutânea	6/69(8,6%)	3/60(5%)	NS
Neuropatia periférica	10/69(14%)	6/60(10%)	NS
Manifestações cardíacas	6/68(8,8%)	3/60(5%)	NS
Manifestações pulmonares	18/25(72%)	11/17(65%)	NS
Manifestações renais	9/69(13%)	3/60(5%)	NS

§ — não significativo; ' — nº de doentes; " — total de doentes

QUADRO III-A
Manifestações laboratoriais

	Grupo I	Grupo II	Significado estatíst.
Hgb mínima (g/dl)	10,4	10,9	NS§
Hgb máxima (g/dl)	13,5	14,3	p=0,008
VS mínima (mm na 1ª hora)	12	9	NS
VS máxima (mm na 1ª hora)	70	52	p=0,013

§ — não significativo

O retorno ao equilíbrio natural
Lexotan
bromazepam
Actividade e equilibrio
• Acção ansiolítica específica comprovada
• Melhoria do humor depressivo
• Rápido início de acção
• Efeito constante
• Flexibilidade posológica
• Boa tolerância
Informação completa sobre composição, indicações, contra-indicações, efeitos secundários, posologia e precauções será fornecida a pedido.
P.V.P. – Comp. a 1,5 mg. 30: 275$00. Comp. a 3 mg. 30: 312$00. Comp. a 12 mg. 30: 815$00. Comparticipação 50%
Lexotan é marca registada.
ROCHE
Roche Farmacêutica Química, Lda. Apartado 2549 – 1113 Lisboa Codex
Capital Social Esc. 218.000.000$00. Contribuinte 500.233.810. Cons. Reg. Com. Lisboa N.º 45849.

flameril®

(diclofenac de sódio)

ARTROSES
ARTRITE REUMATÓIDE

É mais cómodo

É mais qualidade de vida para o doente crónico

O doente idoso mais próximo de uma vida normal

Apresentação: *Diclofenac de sódio — Drageias de libertação prolongada a 100mg;*

Indicações: *Formas inflamatórias e degenerativas de reumatismo.*

Posologia: *1 drageia / dia.*

Contra-indicações: *Úlcera péptica, hipersensibilidade conhecida à substância activa, ácido acetilsalicílico ou a outros fármacos inibidores da prostaglandina sintetase.*

Precauções: *História de doença gastro-intestinal, insuficiência hepática,, cardíaca ou renal grave. Gravidez. Doentes medicados com diuréticos e após intervenções de grande cirurgia.*

Efeitos secundários: *Os efeitos secundários gastro-intestinais são habitualmente ligeiros. Raros: úlcera péptica, hemorragia gastro-intestinal, discrasias sanguíneas, alterações da função hepática e renal, bem como eritema tiforme e reacções de hipersensibilidade, tais como broncospasmo ou reações sistémicas anafiláticas / anafilactóides.*

Informação detalhada fornecida a pedido da classe médica.

*30 drageias = **1 mês de tratamento***

PVP	SNS	1399$00
	Utente	349$00
Custo / dia	SNS	46$63
	Utente	11$63

Apartado 22
2726 Mem Martins Codex
Portugal
Telefone 921 22 21
Telex 5190093 Normal P
Telegramas Normal Mem Martins

Laboratório Normal
Produtos Farmacêuticos, Lda.

QUADRO III-B
Manifestações laboratoriais

	Grupo I n'/t"(%)	Grupo II n/t(%)	Significado estatíst.
FR	62/69(90%)	47/59(80%)	NS≮
AAN	34/49(69%)	22/41(54%)	NS
ICC	29/33(88%)	23/26(88%)	NS
Anemia	47/65(72%)	28/58(48%)	p=0,011

§ — não significativo; ' — nº de doentes " — total de doentes

No que se refere à frequência de intolerâncias e falências medicamentosas, não encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Quadros IV e V).

QUADRO IV
Intolerâncias medicamentosas

Fármaco	Grupo I n'/t"(%)	Grupo II n/t(%)	Significado estatíst.
sais de ouro	29/50(58%)	28/46(61%)	NS≮
D-penicilamina	15/33(45%)	14/26(53%)	NS
cloroquina	3/18(17%)	2/12(17%)	NS
naproxeno	6/52(11%)	9/50(18%)	NS
indometacina	18/51(35%)	13/47(28%)	NS
piroxicam	2/11(18%)	4/15(27%)	NS
diclofenac	1/7(14%)	4/11(36%)	NS
ibuprofen	1/6(17%)	2/9(22%)	NS
sulindac	0/10(0%)	0/5(0%)	NS

§ — não significativo; ' — nº de doentes" — total de doentes

QUADRO V
Falência das terapêuticas de fundo

Fármaco	Grupo I n'/t"5%)	Grupo II n/t(%)	Significado estatíst.
sais de ouro	5/50(10%)	3/46(7%)	NS≮
D-penicilamina	5/33(15%)	3/26(12%)	NS
cloroquina	3/18(17%)	1/12(8%)	NS

§ — não significativo; ' — nº de doentes; " — total de doentes

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Analisando os dados coligidos, concluímos pela ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas populações estudadas, relativamente aos parâmetros acima enunciados, excepto no que respeita ao número de doentes com anemia e aos valores máximos da Hgb e da VS, variáveis que se mostraram mais alteradas no grupo da A:R. com S.S. associado. Todavia, é difícil valorizar estas diferenças, uma vez que para elas pode ter contribuído uma distinta distribuição por sexos e idades, em cada um dos grupos.

Os resultados deste estudo, divergem dos obtidos por Balint (1), Bloch (3) e Whaley (15), que apontam no sentido da maior ocorrência de intolerância às drogas, nomeadamente aos sais de ouro e à D-penicilamina, na A.R. com S.S. secundário, divergindo também dos resultados de Bardin (2), Bunim (4), Chaouat (5), Janim-Mercier (8) e Lenoch (10), que salientam a maior frequência de manifestações clínico-laboratoriais, designadamente, de nódulos e factores reumatóides, AAN e ICC, neste grupo de doentes, comparativamente com a A.R. sem S.S. associado. Outros autores, como Gordon (7), Jouquan (9) e Williams (16), não conseguiram, tal como nós, confirmar tais diferenças.

Os resultados deste estudo, sugerem que, globalmente, a A.R. com S.S. secudário, não possui um perfil clínico-laboratorial e de resposta às terapêuticas, significativamente diverso da A.R. sem esta associação. Tal facto, encerra em si, óbvias implicações em termos de tratamento e prognóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. Balint G., El-Ghobarey A., Capell H., Madkour M., Dick W.C., Ferguson M.M., Anwar-UL-Haq M.: Sjögren's syndrome — a contra-indication to levamisole treatment?. Br. Med. J., 2:1386, 1977.

2. Bardin Th., Dryll A., Debeyre N., Peltier A.P., Ryckwaert A.: Les polyarthrites rhumatoides avec anticorps anti-nucléaires. Nouv. Press Méd., 11:501-504, 1982.

3. Bloch K.J., Buchanan W.N., Wohl M.J., Bunim J.J.: Sjögren's syndrome. A clinical, pathological and serological study of 62 cases. Medicine (Baltimore), 44:187-231, 1965.

4. Bunim J,J.: A broader spectrum of Sjögren's syndrome and its pathogenic implications. Ann. Rheum. Dis., 20:1-10, 1961.

5. Chaouat Y., Fuarès B., Kanovitch B., Ginet C., Zecer B., Chouane A., Tremoulet O.: Les manifestations rhumatismales du syndrome de Gougerot-Howers-Sjögren. Rev. Rhum., 44:461-469, 1977.

6. Chisoholm D.M., Mason D.K.: Labial salivars gland biopsy in Sjögren's syndrome. J. Clin. Path., 21:656-660, 1968.

7. Gordon M.H., Tiger L.H., Ehrlich G.E.: Gold reactions are not more common in Sjögren's syndrome. Ann. Intern. Med., 82:47-49, 1975.

8. Janin-Mercier A., Sauvezie B., Ristori J. M., Betail G., Veyre A., Rampon S.: Histological and immunological study in patients with rheumatoid arthritis showing isolated abnormalities of salivary scintigraphy. J. Clin. Immunol., 2:282-288, 1982.

9. Jouquan Y., Le Goff P., Fauquert P., Pennec Y., Youinou P.: Étude comparative des polyarthrites rhumatoides avec et sans syndrome de Gougerot-Sjögren. Rev. Rhum., 53(12):691-695, 1986.

10. Lenoch F., Bremova A., Kandova D., Streda A., Balik J.: The relation of Sjögren's syndrome to rheumatoid arthritis. Acta Rheuma. Scand., 10:297-304, 1964.

11. Schall G.L. et al: Xerostomia in Sjögren's syndrome. Jama, 216:2109-2116, 1971.

12. Schirmer O.: Studien Zur Phisiologie and Pathologie der Tranenabsorderung und Tranenabfulis. Arch. Ophtalmol., 56:197, 1903.

13. Steinbroker, Traeger C.H., Batterman R.S.: Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. J. Am. Med. Assoc., 140:659-662, 1949.

14. Tarpley T.M., Anderson L.G., White G.L., White G.L.: Minor salivary gland involvement in Sjögren's syndrome. Oral Surgery, 37:64-67, 1974.

15. Whaley K., Alspaugh M.: "Sjögren's syndrome", in texboob of Rheumatology, Ed. Kelley W., Harris E.D., Ruddy S., Sledge C.B., W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1985.

16. Williams B.O., St. Onge R.A., Young A., Nuki G., Dick W.C., Whaley K.: Penicillin allergy in rheumatoid arthritis with special reference to Sjögren's syndrome. Ann. Rheum. Dis., 28:607, 1969.

Rumalon®

COMPLEXO DE GAG-PÉPTIDOS

seguro & eficaz

NA ARTROSE

Um tratamento completo com:
3 embalagens de 6 ampolas de 2 ml

APRESENTAÇÃO E PREÇOS

Caixas com 6 ampolas de 2 ml

P.V.P.	ESTADO	UTENTE	C.M.T.D.
753$00	603$00	150$00	53$79

1 AMPOLA 3X POR SEMANA
MAIS COMODIDADE

Robapharm Portuguesa, Lda.
Rua D. João V, 27 - 2º Dtº.
1200 LISBOA : Telefone 65 21 93/4
Capital 500 000$00 – Registo N.º 31442 (C.R.C. Lisboa) – N.I.P.C. 500233144

NOVO

Piroxicam* Feldene 20

Comprimidos Dispersíveis

Excelente tolerância gástrica

Único anti-inflamatório não esteróide em *comprimidos dispersíveis*

Rápido a dispersar

Rápido a actuar

1 x dia

Agora, mais simples e fácil o tratamento do doente reumático

Pfizer

«Um passo em frente» na terapêutica anti-reumatismal

Apresentação e preços:

		P.V.P.	ESTADO	UTENTE	CMTD	CMTD (SNS
Feldene 20×30	comp. dispersíveis	2370$00	1896$00	474$00	63$20	15$80
Feldene 20×30	cápsulas	2486$00	1989$00	497$00	82$87	16$57
Feldene 20×12	supositórios	1181$00	945$00	236$00	98$42	19$68

Para mais informações sobre o produto, solicitar a: Laboratórios Pfizer, S.A. — Apartado 1402 — 1012 LISBOA CODEX

Sede: Porto Zemouto, Coina, Seixal • Capital Social: Escudos 650 000 000$00 • Conserv. Reg. Com. Seixal — Matrícula N.º 775

ACTA REUMA. PORT. XV (1): 19-28, 1990

CASO CLÍNICO

POLICONDRITE RECIDIVANTE E SINDROMA DE REITER

JORGE SILVA*, ALVES DE MATOS**, JAIME BRANCO**, CANAS DA SILVA**, ODETE ALMEIDA*** VIANA QUEIROZ****

RESUMO

Os AA apresentam um caso clínico de policondrite recidivante associada com sindroma de Reiter, num homem de 46 anos de idade.

A Policondrite recidivante é uma doença rara, de etiologia desconhecida, associando-se em cerca de 30% com outras doenças do foro reumatológico, nomeadamente com as conectivites, vasculites e só muito raramente com espondiloartropatias seronegativas.

Na revisão da literatura que realizaram apenas encontraram esta associação descrita uma vez.

INTRODUÇÃO

A Policondrite Recidivante (PR) é uma doença rara, de etiologia desconhecida, sendo caracterizada por inflamação e progressiva destruição da cartila-

Núcleo de Reumatologia (Prof. Viana Queiroz) do serviço de Medicina IV (Prof. Fernando de Pádua) do Hospital Universitário de Stª. Maria e Instituto de Anatomia Patologia (Prof. Cortez Pimental) da Faculdade de Medicina de Lisboa
Avenida Professor Egas Moniz
1100 Lisboa

* Interno do internato complementar de Reumatologia
** Especialistas em Reumatologia
*** Especialista de Anatomia Patológica
****Professor de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Lisboa. Chefe de Serviço de Reumatologia do H.S.Maria

gem, especialmente do pavilhão auricular, pirâmide nasal, da traqueia e das articulações. A febre e as manifestações oculares, auditivas e cardiovasculares, são as alterações sistémicas mais frequentes (3,6,12,14,16,22). Associa-se em cerca de 30% dos casos com outras Doenças Reumáticas (6,12,14,26), essencialmente conectivites, vasculites e mais raramente com as espondiloartropatias seronegativas (3,12,16,19).

Os autores apresentam um caso clínico de PR associado com sindrome de Reiter, num doente do sexo masculino com 46 anos de idade.

Na revisão da literatura que realizamos apenas encontramos a descrição de um caso clínico semelhante (19).

CASO CLÍNICO

Homem de 46 anos, saudável até Agosto de 1988, quando sem causa desencadeante aparente, iniciou uretrite não gonococica, lombalgias de ritmo inflamatório, febre (38/39°C), condrite dos pavilhões auriculares (Fig. 1) e cartila-

Fig. 1

gem nasal, olho vermelho bilateral e poliartrite assimétrica localizada no joelho esquerdo, nas tibio-társicas e nas médio-társicas. Iniciou-se nesta data tratamento com indometacina 125 mg/dia e colchicina 3mg/dia, terapêutica que suspendeu 4 dias depois por ineficácia.

Seis dias mais tarde, notou atingimento dos punhos, 2º dedo da mão esquerda e 3º dedo da mão direita, disfagia, surdez progressiva mais acentuada á esquerda, aftas orais dolorosas e lesões máculo-papulosas nas superfícies plantares. (Fig. 2).

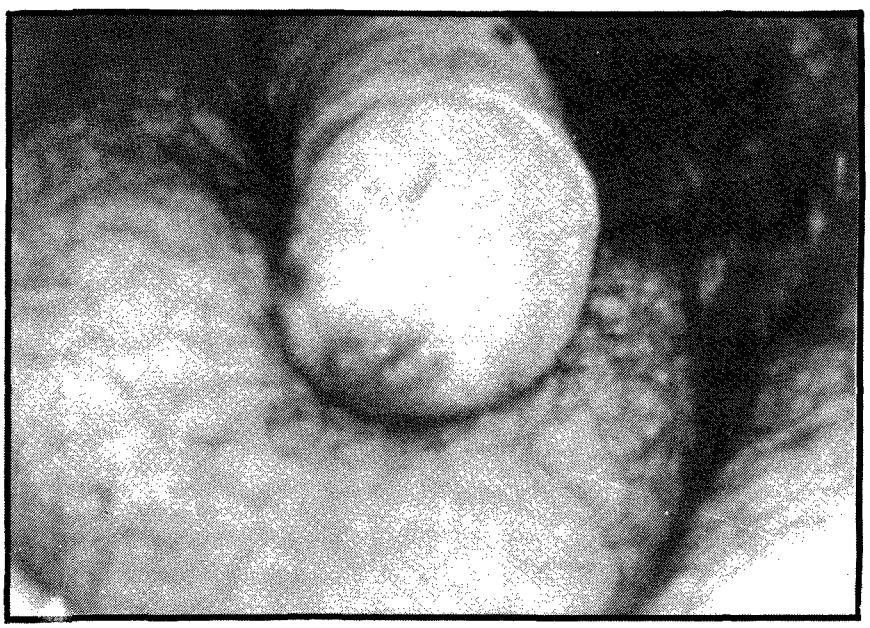


Fig. 2

Os antecedentes Pessoais e Familiares eram irrelevantes.

Fumava 40 cigarros por dia desde há 20 anos, e bebia cerca de 50 g de álcool diariamente. Negava contactos com outros tóxicos.

Objectivamente o doente apresentava-se febril (38,5ºC), consciente, colaborante, com uma idade aparente compatível com a idade real, obeso (87 Kg/160 cm), pele e mucosas coradas e hidratadas, ausência de adenopatias palpáveis, pavilhões descaídos e com sinais de condrite, rubor e tumefacção da cartilagem nasal (Fig. 1), dor à pressão da cartilagem traqueal e enantema da orofaringe tendo a laringoscopia realizada, diagnosticado epiglotite. A T. A. era de 110/70 mm de Hg, os pulsos radiais eram simétricos amplos e ritmicos com uma frequência de 78/p.pm, os movimentos respiratórios eram amplos, ritmicos, tipo costo-abdominais, com uma frequência de 18 ciclos por minuto. A auscultação cardiopulmonar era normal. O abdomen apresentava-se globoso, com fígado pálpavel um centimêtro abaixo do rebordo costal direito, liso e indolor. A observação dermatológica confirmou a presença de balanite circinada e de queratodermia blenorrágica nas superfícies plantares. (Figs. 2 e 3).

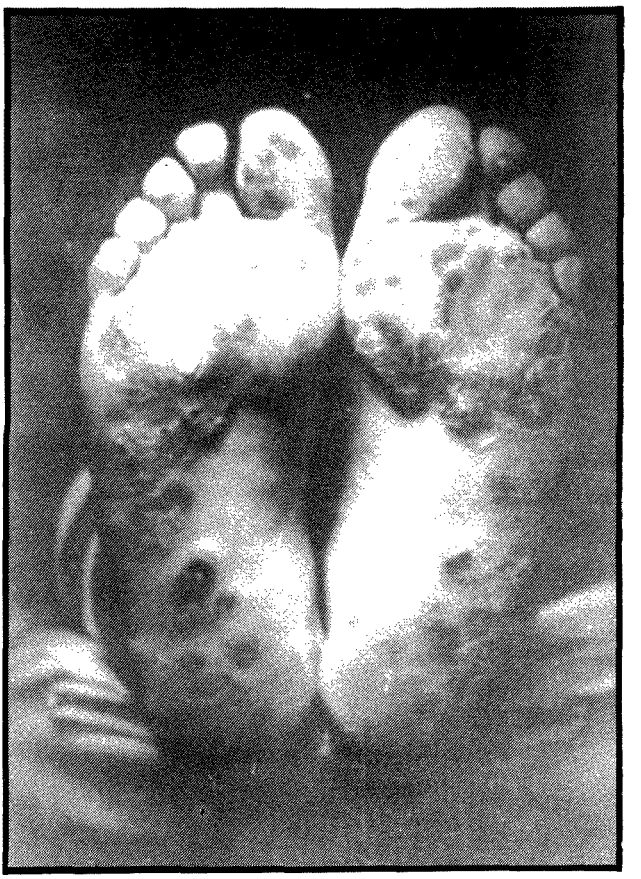


Fig. 3

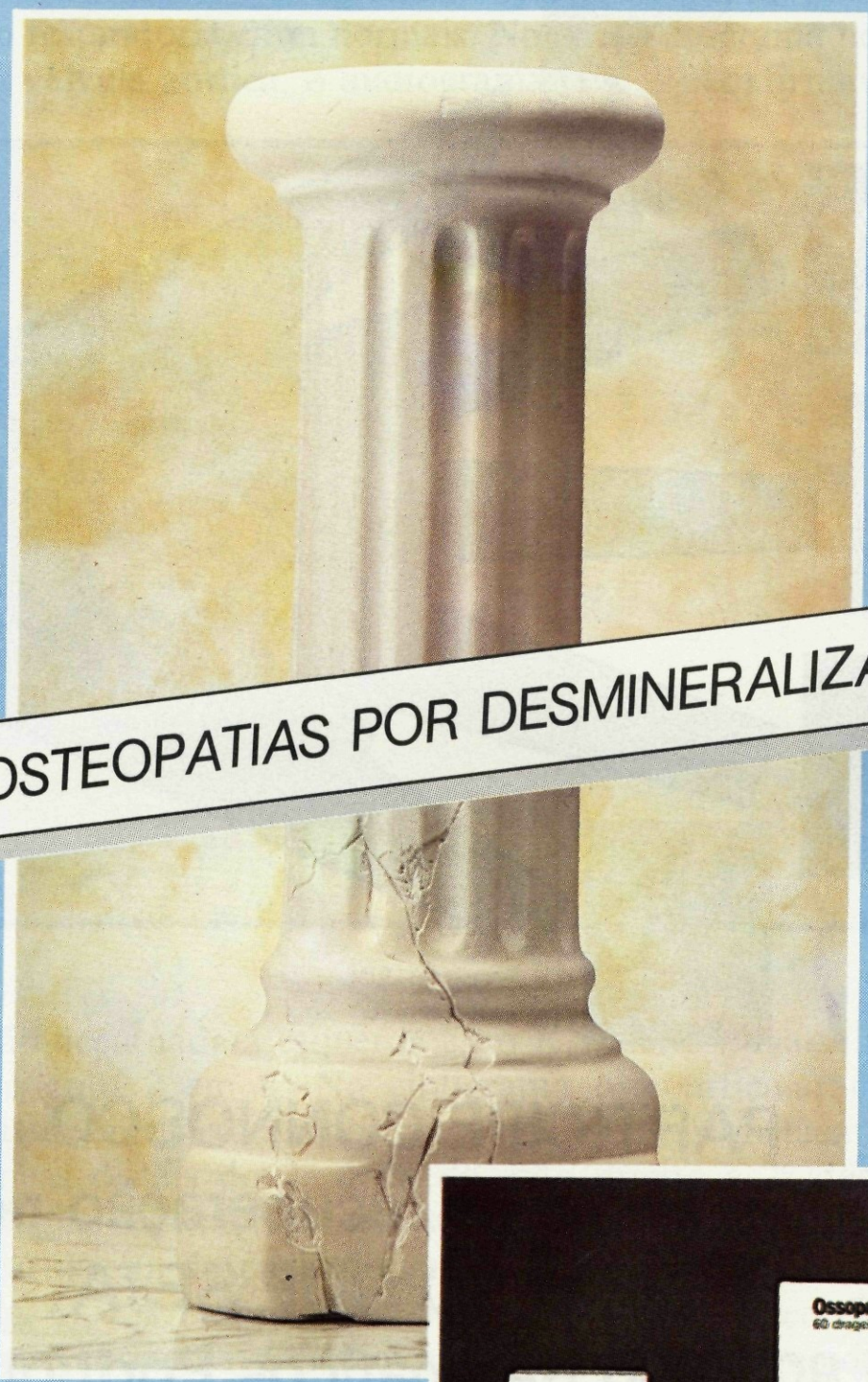
O exame oftalmológico foi normal, assim como o exame neurológico.

O exame reumatológico evidenciou uma marcha dolorosa de pequenos passos só possível com apoio de duas canadianas; hipercifose dorsal; pressão dolorosa de grau moderado na sacroiliaca direita, condro-esternais, coxo-femural esquerda e metatarso-falangicas; artrite do ombro direito, punho esquerdo, 2º dedo da mão esquerda e 3º dedo da mão direita em "Salsicha", artrites do joelho esquerdo e tibio-társicas; entesopatia dos tendões rotuliano e aquiliano direitos.

Os resultados dos exames complementares então realizados foram os seguintes: hemoglobina 10,9 g/dl (normal 12 a 16 g/dl), leucócitos 19 600/mm3 (normal 4,8 a 10,8 x 1000/mm3), com fórmula normal e as plaquetas 175 000/mm3 (normal 150 a 450x 1000/mm3) e a velocidade de sedimentação 115 mm na 1ª hora (normal até 15mm). Proteínograma electroforético: elevação ligeira dos valores de alfa 2 e da gama globulina. As provas da função renal eram normais, e as provas da função hepática apresentavem alterações mínimas dos valores das transaminases. Os seguintes exames eram normais ou negativos: urina do tipo II, fosfatase alcalina, creatino-fosfoquinase, calcémia, fosforémia, colesterol, trigliceridémia, amilasémia, lipidograma, estudo da coa-

Ossopan®

COMPLEXO OSSEINICO MINERAL



EM OSTEOPATIAS POR DESMINERALIZAÇÃO

APRESENTAÇÃO	PVP	ESTADO	UTENTE	C.M.T.D.
Caixas com 20 drag.	153$00	77$00	76$00	45$90
Caixas com 60 drag.	391$00	196$00	195$00	–
Frascos c/ 50 g de pó	806$00	403$00	403$00	48$36

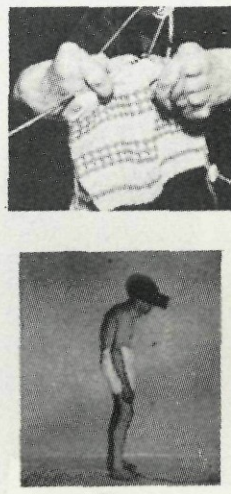
ROBA PHARMA

ROBAPHARM PORTUGUESA, LDA.
Rua D. João V, 27, 2.º, Dt.º
1200 Lisboa – Telefone 65 21 93/4
Capital 500.000$00 – Registo N.º 31422 (C.R.C. Lisboa) – N.I.P.C. 500233144

Está na sua mão, com tão pouco,

ANUALMENTE,

ajudar a evitar, curar ou compensar situações graves como estas



PARTICIPE CONNOSCO

no tratamento e na recuperação possível

DE UM SÓ QUE SEJA

dos 800.000 Reumáticos Portugueses

LIGA PORTUGUESA CONTRA O REUMATISMO

Rua D. Estefânia, 187-189 — 1000 LISBOA **Telefs. 57 23 26 - 4 07 64**

Todos os dias das 9 - 12 e das 14 - 18 h

gulação, fracções do complemento (C3,C4 e CH100) e doseamento das imunoglobulinas séricas, hemoculturas, uroculturas, anticorpos anti-Yersinias e anti-Clamideas, VDRL, Widal, Weil-Felix, Hudlesson, factores reumatoides IgM marcadores da hepatite E e detecção do HIV 1 e 2. O exame citoquimico e cultural do liquido sinovial não revelou alterações.

A tipagem do sistema H L A classe I e II revelou os seguintes antigénios: A2, A30 (Aw19), B51 (B5), Cw2, DR6.

O RX do Torax, o ECG, a ecografia abdominal, a TAC da laringe e as provas da função respiratória eram normais. No ecocardiograma notava-se um espessamento da valvula aortica, o audiograma (Fig. 4) confirmava uma sur-

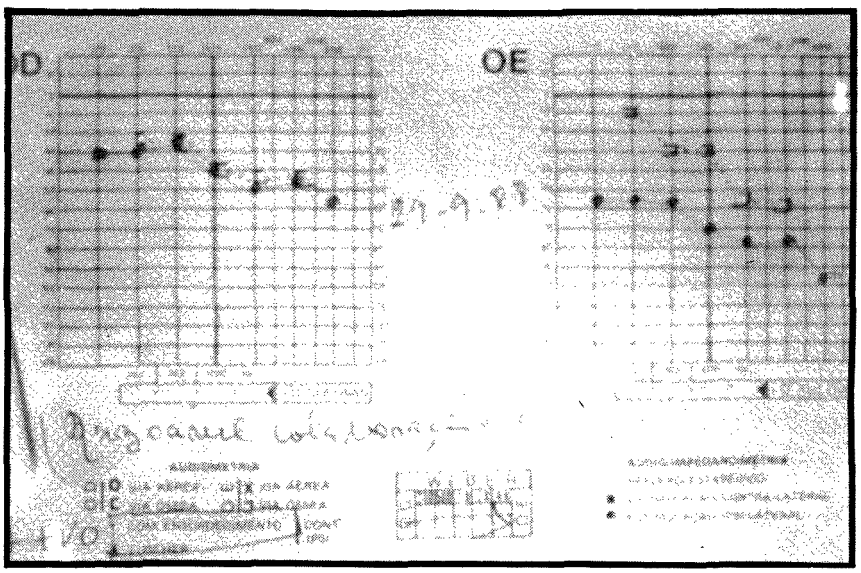


Fig. 4

dez de transmissão acentuada á esquerda e no RX identificava-se uma sacroileite bilateral de grau 2 em 4. No cintigrama osteoarticular com Tc 99 observam-se áreas de hiperfixação nos cotovelos, punhos, metacarpo falangicas e interfalângicas distais do 3º dedo da mão direita e 2º dedo da mão esquerda, joelho esquerdo, tibiotársicas e médio társicas. (Fig. 5).

A biópsia da cartilagem do pavilhão auricular esquerdo revelou "condrite e pericondrite" (Fig. 6), e a biópsia do tecido celular subcutâneo da superficie plantar do pé direito apresentava "lesão caracterizada por acentuada hiperqueratose paraqueratótica com premeação da camada cornea por numerosos polimorfonucleares; há uma pustula espondiforme, acantose e alongamento dos cones interpapilares — estes aspectos são sugestivos de corresponder a uma lesão cutânea da S. de Reiter". A biópsia sinovial do joelho esquerdo revelou "sinovite crónica inespecifica".

O doente foi medicado com indometacina 125 mg/dia desde o inicio do internamento, e após a realização das biópsias foi-lhe instituida prednisolona na dose de 40 mg/dia.

Após a introdução da corticoterapia a evolução foi favorável.

Fig. 5

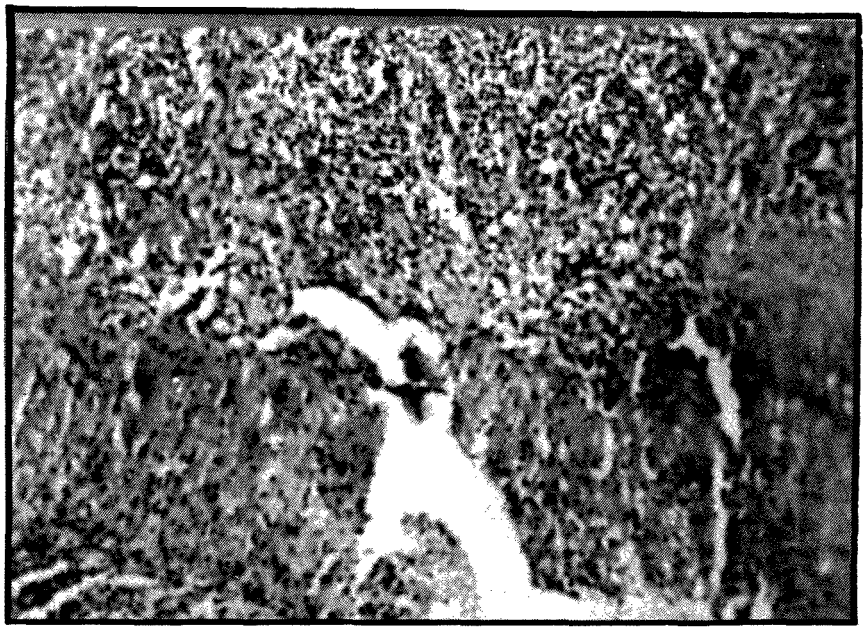


Fig. 6

DISCUSSÃO

A PR foi descrita pela primeira vez por Jackch Wartenhorst, como policondropatia, em 1923(13), num doente de 38 anos de idade, mas o tempo policondrite recidivante apenas foi introduzido na literatura médica em 1960 por Pearson (20).

Em Portugal conhecemos apenas um caso de PR publicado (21).

O diagnóstico de PR. assenta nos critérios propostos por Mac Adams em 1976(16) e revistos por Damiani em 1979 (3) (Quadro).

QUADRO
Critérios de Diagnóstico
da Policondrite Recidivante

1 — Condrite auricular recurrente,
2 — Poliartrite não erosiva,
3 — Condrite nasal,
4 — Inflamação das estruturas oculares,
5 — Condrite das estruturas do tracto respiratório,
6 — Manifestações cocleares ou vestibulares.
7 — Biópsia da cartilagem: "Condrite e Pericondrite".

O diagnóstico realiza-se pela presença de 3 ou mais critérios clínicos, um ou mais critérios clínicos com confirmação histológica ou ainda pelo envolvimento de 2 ou mais territórios anatómicos com boa resposta à terapêutica com corticósteroides.

Têm sido descritas associações de várias doenças com a PR (2,4,5,9,10,12,14,19, 22,23,25), porém o sindrome de Reiter raras vezes tem sido referenciado. Em algumas séries é referido em conjunto com a artrite psoriática (14,16,22), na revisão da literatura que realizamos, apenas encontramos um caso de associação explícita, PR com sindrome de Reiter (19).

As manifestações clínicas e hispatológicas que este doente apresenta são muito elucidativas e preenchem os critérios exigidos para o diagnóstico de PR e do Sindrome de Reiter (1,3,8,16,27).

A PR é uma doença que afecta igualmente os dois sexos (12,14,16,27), podendo ser encontrada em qualquer idade, se bem que a sua maior incidência se situe na 4ª década da vida. (12,14,16,27).

A sua etiopatogenia continua por esclarecer; porém, Duke (6) refere que os mecanismos imunológicos são importantes no desencadeamento e perpetuação da doença através do desenvolvimento de uma resposta imunológica aos epitopos presentes nos componentes da cartilagem, como os proteoglicanos e o colageneo tipo II (17). O infiltrado pericondroal seria, assim, o local de produção de citocinas (IL1, interferon gama, factor de necrose tumoral) com consequente migração de neutrófilos e activação dos macrófagos e condrócitos que levariam a uma destruição enzimática da cartilagem. Situação semelhante ocorreria onde os referidos epitopos estivessem presentes, nomeadamente a nível ocular e do aparelho cardiovascular.

A condrite é a manifestação clínica mais frequente,. estando presente ao nível auricular em 86% dos casos, na cartilagem nasal em 54%, ocorrendo as manifestações laringo-traqueais em 48% dos doentes (3,12,14,16,27).

No caso que apresentamos a dor nas cartilagens traqueais e a epiglotite, que estavam presentes, tiveram uma boa evolução mas obrigaram à realização de TAC da Laringe e provas da função respiratória, que foram normais, com a finalidade de excluir outra patologia local ou regional.

A poliartrite é um achado frequente em ambas as patologias, enquanto a sacro-ileite unilateral de grau III em IV é mais característica das espondiloartropatias, grupo em que se encontra o Sindrome de Reiter(1,15)

As manifestações oculares são clinicamente semelhantes nas duas entidades clínicas (1,8,12,15,27).

A febre é uma manifestação sistémica frequente nos dois quadros clinicos. (22)

As manifestações cutâneo-mucosas (12,15,16), são frequentes nestas duas afecções, tendo no entanto diferentes formas de apresentação. Enquanto no S. de Reiter, são características a querotodermia blenorrágica presente em cerca de 98% dos casos (15), a balanite circinada em 39% (15); na PR são as manifestações de vasculite cutânea, eritema nodoso e erupções inespecificas que a caracterizam (12,27).

As manifestações cardiovasculares (12,15,24,27) frequentes nas duas doenças, tem diferentes aspectos. Assim, no S. de Reitor prevalecem as alterações de condução, sendo as manifestações valvulares mais do tipo valvulite (8); na PR estas manifestações são a maior parte das vezes, por lesão do anel valvular, podendo levar a necessidade de substituição valvular de urgência (28).

Os exames laboratoriais apresentam uma elevação dos marcadores biológicos da inflamação comuns às duas patologias (8,10,12,27).

No caso que apresentamos a introdução de 40 mg de prednisolona foi acompanhada por uma boa resposta clínica e laboratorial com recuperação quase completa após 10 dias de terapêutica.

Com excepção da associação com vasculite em que é necessário o uso de citostáticos, alguns autores (6,16) referem a regressão das manifestações isoladas, espontâneamente ou só com AINE, em 5 a 10 dias. A corticoterapia nesta situação não é uma questão pacífica, se bem que cerca de 75% dos doentes a tome em doses elevadas, (6), referindo que esta impede ou diminui a gravidade das crises de condrite (6,26), outros referem que os corticoides não têm qualquer interferência na evolução da doença (6).

no tratamento da dor articular

Latesil®-creme

Ácido flufenâmico Nopoxamina Salicilato de dietilamina

vai mais longe!

Composição: 100 g de creme contém:

Ácido flufenâmico	3 g
Salicilato de dietilamina	10 g
Nopoxamina	1 g
Excipiente q.b.p.	100 g

	PVP	Est.	Utn.
100 gramas	1.005$00	503$00	502$00

Apresentação: Bisnaga de 100 gramas

Firma proprietária: **QUIMIFAR, LDA. Divisão Kali-Chemie**
Av. dos E.U.A., 51-D – 1700 Lisboa
Firma preparadora: Lab. Iberfar – Queluz de Baixo
Licença de:

KALI CHEMIE

QUIMIFAR, LDA. – Contribuinte n.º 500225249 – Sede: Av. Estados Unidos da América, 51, 4.º – 1700 LISBOA – Matriculada na C.R.C. de Lisboa sob o n.º 36803/Capital Social 100.000.000$00

contra inflamação

IDR 200

NOVA dosagem

inflamação

dor + rubor + calor + tumor

DAGRA

DAGRA PORTUGUESA, LDA.

Largo João Vaz, 11 - 1700 LISBOA

Caixas com 60 drageias

PVP 1058$00

Comparticipado a 70

Este doente parece ter bom prognóstico. No entanto as alterações sistémicas como a anemia, as manifestações laringotraqueais e as alterações da válvula aortica, obrigam à manutenção de um controle sistemático e rigoroso da evolução clínica deste caso.

BIBLIOGRAFIA

1. Calin A. Reiter,s Syndrome. In: Kelly WN, Harris ED, Rudy S, Sledge CB, eds. Textbook of rheumatology. 2nd ed. London: W.B. Saunders, 1985; 1007-1020.

2. Conti JA, Colicchio AR, Howard LM. Thymoma, myasthenia gravis, and realpsing polychondritis. Ann Intern Med Jul. 15.1988; 109 (2); 163-164.

3. Damiani JM, Levine HL. Relapsing polychondritis-report ten cases. Laringoscope 979;89;929-944

4. Deslandre CJ, Delrien F, Delbarre F, Carlioz D. Relapsing polychondritis and sistemic lupus erythematosus. J. of Rheumatol. 1983;10:4;666-667.

5. Doytl C, Dikson ER, Carpenter HA. The association of Strauss vasculitis with temporal artery involvement, primary biliary cirrhosis and relapsing polychondritis in a single patient. J. of Rheumatol.

6. Duke Ol. Relapsing polychondritis. 1988;27;423-425.

7. Ebringer R, Rook G, Swana GT, Botazzo F, Doniach D. Autopolychondritis and ohter rheumatic diseases. Ann Rheum Dis 1981; 40; 473-479.

8. Ford DK. Reiter,s reative arthristis. In: Arthritis and allied conditions, Textbook of rheumatology-Daniel Mccarty. 11ªed. Philadelphia-London. 1989; 944-953.

9. Goff PL, Jouawan J, Fauquert P. Deux observations de polychondrite atrophiante avec arthropaties destrutices. Rev du Rhum. 1988;55(12);1011-1013.

10. Hayer MH, Moore ME. Relapsing polychondritis syndrome associated with pustular psoriasis, spondylitis and arthritis mutilans. J. of Rheumatol. 1987;14;162-164.

11. Haverman JF, Alba-knipers, Vari GA, Dohmen HJ, Dijknaus BAC. Atrioventricular condution disturbance as an early feature of Reiter,s syndrome. Ann of Rheum Dis. 1988;47;1017-1020.

12. Herman JH, Polychondritis. In: Kelly WN, Harris ED, Rudy S, Sledge CB, eds, Textbook of rheumatology 2nd ed. London: W.B. Saunders, 1985;II;458-467.

13. Jaksch-Wortenhorst R. Polychondropathia. Wein Arch Intern Med. 1923;6;93-100.

14. Kaye RL, Jones DA. Relapsing polychondritis: clinical and pathological features in fourteen cases. Ann Intern Med 1964;60;653-664.

15. Leirisalo M, Skylv G, Merjakousa, Voipo-pulki LM, Suoranta H Nissila M, Hviman L, Nielsen E, Svejgaard A, Tiilikainen A and Laitinen O. Followup study on patients with Reiter,s disease and reative arthritis, with special reference to H L A B27. Arthritis Rheum. 1982;25(3);249-259.

16. McAdam LP, O, Hanlan MA, Bluestone R, Pearson CM. Relapsing polychondritis: prospective study of 23 patients and review of the literature. Medicine. 1976;55;193-215.

17. McCune WJ, Schiller AL, Dynesius-Trentham RA, Trentham DE. Type II Collagen-Induced auricular chondritis. Arthritis Rheum. 1982;25;266-73.

18. Michet CJ, Mckenna CH, Luthra HS, O, Fallon WM. Relapsing polychondritis. Survival and predictive role of early disease manifestations. 1986;104;74-78

19. Pazirandeh M, Ziran BH, Khandelwal BK, Reynolds TL, Khan MA. Relapsing polychondritis and spondyloarthropathies. J of Rheumatol. 1988; 15(4);630-632.

20. Pearson CM, Klene HM, Newcomer VD. Relapsing polychondritis N E J. Med. 1960;263-265.

21. Romeu JC, Queiroz MV. Policondrite recidivante. Act Reum Port 1988;XIII(1);63-64.

22. Samanta A, McLeod BK, Nichol FE. Relapsing polychondritis: an unusual cause of PUO in an Asien lady. Br J Rheumatol 1988;27;483-485.

23. Schlapbach B, Gerber NJ, Ramser P, Hooft FMV. Relapsing polychondritis mimiking reumathoid arthritis. Ann Rheum Dis, 1988;47;121-126.

24. Shetty HGM, Frazer AG, Phillips DIW, Lazarus JH, Williams BD Carotid sinnus hypersensibility and complete heart block in Reiter,s syndrome. Br Rheumatol. 1988;27;321-323.

25. Smith CR, Sawicka EH, Sheffield E, Rainer EH, Hamilton EBD. Relapsing polychondritis and Weber-Christian disease. Br J Rheumatol; 1988;27;486-489.

26. Svenson KLG, Hohndal R, Klareskog L, et al. Treatment in a case of relapsing polychondritis. Scand J Rheumatol. 1984;13;329-333.

27. Trenthan DE. Relapsing polychondritis.In: Arthritis and allied conditions. Textbook of rheumatology-Daniel McCarty ed. 11ª ed. Philadelphia-London. 1989. 1227-1233.

28. Vandeker W, Panidis IP. Relapsing polychondritis and cardiac valvular envolvement. Ann Intern Med. Aug 15.1988;109(4); 340-341.

ACTA REUMA. PORT. XV (1): 29-36, 1990

CASO CLÍNICO

POLIARTERITE NODOSA NUM JOVEM COM 23 ANOS DE IDADE

FERNANDO SARAIVA*, JAIME BRANCO**, J. CANAS DA SILVA** E M. VIANA QUEIROZ***

RESUMO

Após salientarem a baixa prevalência da poliarterite nodosa (PAN) no adulto jovem, os autores relatam o caso de um homem de 23 anos de idade, com um quadro caracterizado por astenia, cansaço fácil, febrícula, nódulos sub-cutâneos dolorosos, derrames pleural e pericárdico e poliartrite. Laboratorialmente, havia leucócitose com neutrófilia, elevação das proteínas de fase aguda e a presença de imunocomplexos circulantes. A aortografia abdominal global, mostrou alterações compatíveis com pequenas dilatações aneurismáticas e a biópsia de uma nódulo sub-cutâneo revelou aspectos muito sugestivos de PAN.

INTRODUÇÃO

Desde a descrição de Kussmaul e Maier, em 1866 (10), em que se utilizou pela primeira vez a expressão periarterite nodosa, curiosamente, então, para caracterizar a doença num homem de 27 anos de idade, é escasso o número de casos desta doença assinalado no grupo etário dos vinte aos trinta anos (1,3,4,6,7,8,9,10,11,13,14,16,17,18,20). Este facto, levou-nos a darmos testemunho do seguinte caso clínico:

Núcleo de Reumatologia (Prof. Viana Queiroz) do Serviço de Medicina IV (Prof. Fernando de Pádua) do H. S. Maria

* Interno do Internato Complementar de Reumatologia do H.S. Maria

** Internos do Internato Complementar com o grau de Assistente Hospitalar de Reumatologia do H.S. Maria

*** Chefe de Serviço de Reumatologia do H. S. Maria. Professor de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

CASO CLÍNICO

— Identificação: V.J.R.S., 23 anos de idade, sexo masculino, raça branca, solteiro, natural da Nazaré, residente em Odivelas, electricista e operador de máquinas.

É internado em 88/02/12, no Núcleo de Reumatologia do H.S.M., por nódulos sub-cutâneos, artralgias e febrícula.

— Doença actual: V.J.R.S., sexo masculino, de 23 anos de idade, com história de hipertensão arterial há 9 anos, passou sem outras queixas até Agosto de 1987, altura em que começa a sentir astenia, cansaço fácil e dores e sinais inflamatórios ao nível das mãos (difusamente), punhos, cotovelos, ombros, joelhos, tíbio-társicas e temporo-mandibular esquerda. Desenvolve febre e concomitantemente surgem lesões maculares, eritematosas, que posteriormente evoluem para nódulos sub-cutâneos dolorosos, localizados ao longo dos quatro membros. Internado, então no Serviço de Infecto-Contagiosas do Hospital de Santa Maria, desenvolve derrame pericárdico e pleural. No decurso desse internamento, é submetido a vários exames, de que se destacam: biópsia do músculo deltóide — "atrofia das fibras musculares do tipo II, sugestivo de colagenose"; artrocentese — "líquido sinovial de tipo exsudativo e estéril", toracocentese — "líquido de tipo transudado"; ecografia abdominal — "discreta hepatomegália homogénea, sem outras alterações"; mielograma — descrito como normal; anti-corpos anti-nucleares, anti-mitocondriais, anti-músculo liso, anti-dsDNA, anti-Sm, anti-RNP, anti-SS-B, anti-SS-A, anti-centrómero e anti-Scl 70 negativos; pesquisa de crioglobulinas e de imunocomplexos circulantes, negativa; tipagem HLA — A_9 A_{11} B_{15} B_{13} DR_3 e DR_5; hemoculturas persistentemente negativas.

Com a instituição da corticoterapia, verifica-se rápida regressão sintomática, tendo o doente alta do Serviço de Infecto-Contagiosas a 87/10/10 com o diagnóstico de vasculite, medicado com 40 mg de prednisona por dia.

Suspende o tratamento ao fim de quinze dias e passados dois meses e meio reaparecem os nódulos dolorosos nos quatro membros e as artrites ou artralgias, de localização idêntica à já descrita. Começa então a ser seguido na Consulta de Reumatologia do H.S.M., sendo submetido a biópsia de um nódulo sub-cutâneo localizado no cotovelo direito.

Como ultimamente apresentasse, além de febrícula, exacerbação das queixas dolorosas quer ao nível dos nódulos, quer nas tíbio-társicas, joelhos, punhos e ombros, foi internado em 88/02/12 no Núcleo de Reumatologia do H.S.M.

Salienta-se que o doente referia fotossensibilidade sempre e alopécia há cerca de um ano, negando emagrecimento, fenómeno de Raynaud, disfagia, diarreia, olhos vermelhos, lesões ulcerativas orais, nasais ou genitais, bem como diminuição da força muscular, disestesias, convulsões ou alterações do comportamento.

— Antecedentes Pessoais: alergias quer a substância inaladas, quer a medicamentos que não soube nomear. Negou intervenções cirúrgicas, sífilis, tuberculose ou outras patologias.

— Revisão dos Sistemas: Pele — micoses frequentes desde há alguns anos.

Apresentação:
20 comp. 735$-Est. 588$–Ut. 147$
60 comp. 1850$-Est. 1480$–Ut. 370$
CMTD 92$50–Comp. 80%

Informação adicional disponível sempre que solicitada

The Boots Company PLC
Nottingham
Inglaterra

PARACÉLSIA
indústria farmacêutica SA
Rua Antero de Quental, 639
4201 Porto Codex

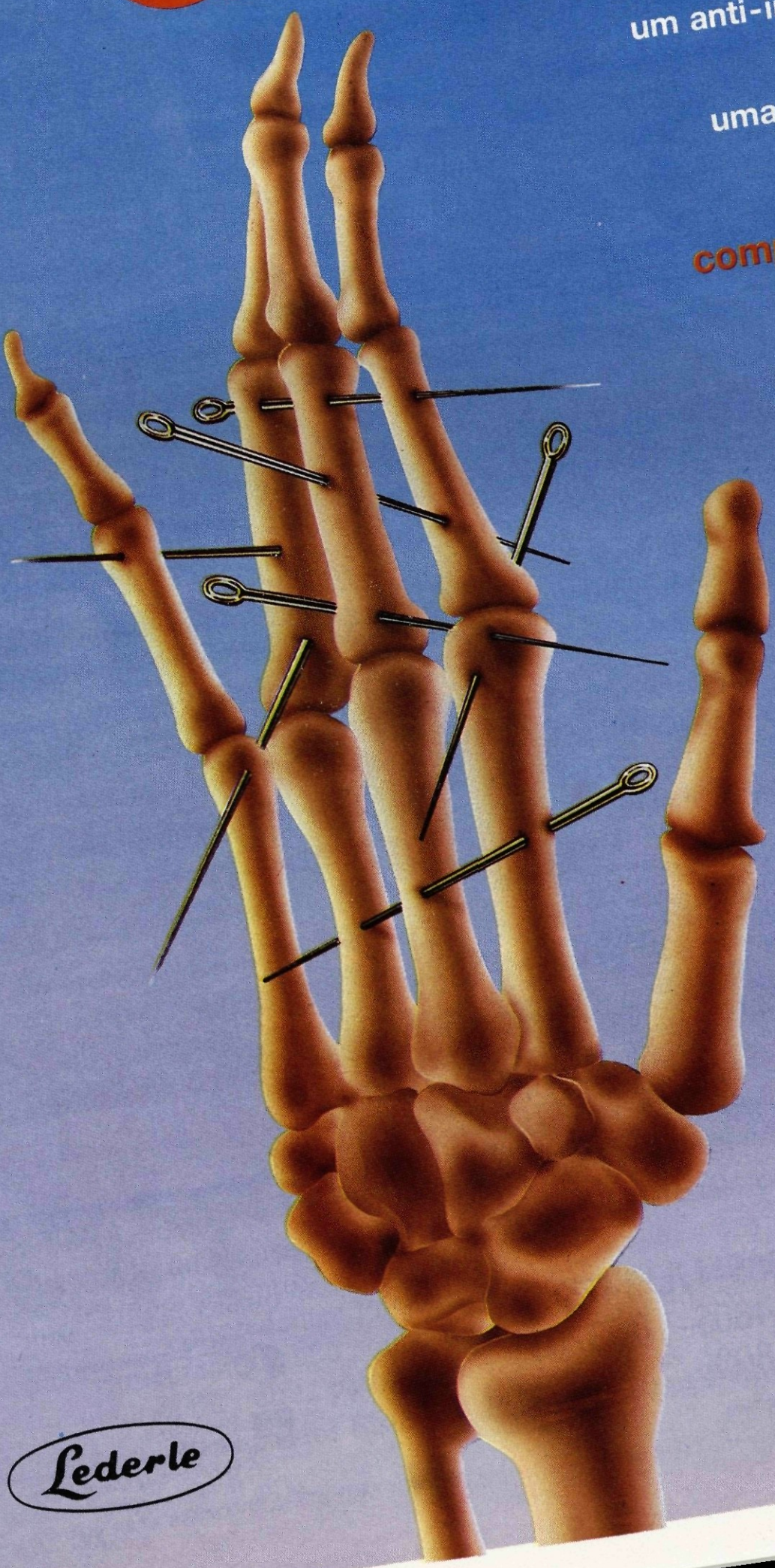
na dor articular aguda

CINOPAL®

um anti-inflamatório diferente

uma formulação diferente

comp. a 450 mg
2 x dia



20 comprimidos
PVP 839$00 · SNS 168$00

60 comprimidos
PVP 2.140$00 · SNS 428$00

Lederle

Nariz — epistáxis bilaterais, ocasionais, desde data que não soube precisar; negou queixas sugestivas de sinusite.
Aparelho respiratório — negou tosse, expectoração, dispneia, hemoptises.
Aparelho cardio-vascular — negou precordialgias ou dispneia de esforço, perdas de conhecimento, ortopneia, nictúria.
Aparelho digestivo — negou dores abdominais, náuseas, vómitos, regurgitações, alterações do trânsito intestinal ou hemorragias digestivas.
Aparelho urinário — negou disúria, polaquiúria, urgência miccional, hematúria.
Negou queixas de outros aparelhos ou sistemas.

— História Pessoal e Social: 8º ano unificado e um curso de electrónica; até Agosto de 1987 e durante um ano, fumou um a três maços de cigarros por dia, abandonando esse hábtio desde aquela data; hábitos alcoólicos ligeiros; duas a quatro "bicas" por dia; alimentação variada e sem restrições; vivia com os pais, em bom ambiente familiar, sem dificuldades económicas, em casa com condições higiénico-sanitárias básicas asseguradas.

— Antecedentes Familiares: pai e irmão saudáveis; mãe com litíase urinária; avó paterna com poliartralgias de ritmo mecânico. Negou queixas semelhantes às suas, ou outras doenças de incidência e transmissão familiar.

—Exame Objectivo: Geral — doente vigil, orientado no espaço e no tempo, colaborante; obeso; idade aparente correspondendo à real; pulso: 100 p/mm, amplo, ritmico e regular; pressão arterial: 155/85 mmHg; frequência respiratória: 24 c/mn, regulares; temp. axilar: 37,4ºC; mucosas coradas e hidratadas; não se palpam adenopatias; numerosos nódulos sub-cutâneos, eritematosos, não pulsáteis, dolorosos à pressão, com diâmetro variando entre 0,5 e 1,5cm, dispostos ao longo dos quatro membros.

Cabeça e Pescoço — fáceis cushingóide; canal laringo-traqueal centrado e móvel com a deglutição; não se palpam parótidas ou tiroideia aumentadas de volume; pulsos carotídeos amplos e simétricos, não se ouvindo sopros à auscultação destes vasos.

Tórax — equimóvel e equirresistente; as vibrações vocais transmitem-se normalmente à parede; som claro pulmonar à percussão de ambos os hemitóraxes; murmúrio vesicular conservado bilateralmente; não se ouvem ruídos adventíceos.

Coração — não se observam pulsações anormais da área percordial; ponto de máxima impulsão no 4º espaço intercostal esquerdo, na linha médio-clavicular, não se palpam frémitos: S_1 e S_2 puros; não se ouvem sopros, atritos ou arritmias.

Abdómen — não se observam deformações ou circulação venosa colateral; sinal da onda líquida ausente; depressível e indolor à palpação, superficial e profunda, a qual não detecta massas ou visceromegálias; som sub-timpânico ou timpânico à percussão, excepto nas áreas de projecção da vísceras macissas, as quais se encontram dentro dos limites fisiológicos; ruídos hidro-aéreos conservados.

Membros (exame vascular) — não se observam varicosidades, alterações tróficas, ou sinais de flebotrombose, pulsos axilares, humerais, radicais, femurais, popliteus, tibiais posteriores e pediosos, amplos e simétricos.

Exame Reumatológico: Não se observam alterações da estática ou perturbações da marcha; mobilidade conservada e indolor nos três segmentos do ráquis; pressão dolorosa de grau 1 em 4 (PD_1) e movimentos dolorosos de grau 1 em 4 (MD_1) da temporo-mandibular esquerda; MD_1 e movimentos limitados de grau 1 em 4 (ML_1) do ombro direito; mobilidade livre e indolor do ombro esquerdo e cotovelos; PD_1, MD_2 e ML_2 do punho esquerdo; punho direito livre e indolor; MD_1 e ML_1 das metacarpo-falângicas, bilateralmente, estando as restantes articulações das mãos livres e indolores; MD_2 e ML_2 do joelho direito; mobilidade conservada e indolor das ancas, joelho esquerdo, tíbio-társicas e articulações dos pés.

Exame Neurológico: Reflexos osteo-tendinosos e cutâneos, força e tónus musculares, coordenação motora, sensibilidades tactil, dolorosa e postural e função dos pares craneanos, conservados e simétricos.

À entrada, pediram-se os seguintes exames complementares: Hct 40.7ml/ /100ml, GV 4630000/mm^3, Hgb 13.8g, Ret 0.4%, VGM 87.9fl, HGM 29.8pg, CHGM 33.9g/100ml, *GB 16200/mm^3, (78.8% de neutrófilos,* 17.5% de linfócitos, 3.7% de monócitos), plaq. 300000/mm^3, *VS 100mm* na 1ª hora, glic. 91mg/dl, ureia 31mg/dl, creat. 0.7mg/dl, ác. úr. 5. 1mg/dl, bilirr. total 0.43mg/dl, prot. totais 8.0g/dl, alb. 4.3g/dl, $alfa_1$ 0.33g/dl, *$alfa_2$ 0.83g/dl,* beta 0.78g/dl, gama 1.77g/dl, colest. total 118mg/dl, trigl. 76mg/dl, fos. alc. 47 U/l, TGO 9 U/l, TGP 9 U/l, LDH 125 U/l, CPK 14 U/l, gama-GT 11 U/l, K 4.0 mEq/l, Na 138 mEq/l, Cl 103 mEq/l, Ca 9.1 mg/dl, P 4.1mg/dl, factores reumatóides — negativos, *PCR 4+*, Urina II — pH 5, dens. 1024, *proteinúria 30mg/dl, glic. e urob. normais,. negativo para corpos cetónicos, bilirr., nitritos e GB., com raras células epiteliais; ECG e telerradiografia do tórax — sem alterações.*

DISCUSSÃO

Face a este quadro clínico-laboratorial, podiam-se colocar várias hipóteses diagnósticas: a favor de PAN havia o síndrome febril, os nódulos subcutâneos, o atingimento articular, a hipertensão (embora contra esta, se pudesse argumentar já existir muito anteriormente à instalação do quadro que configuraria a PAN e portanto, dele poder ser independente), a leucócitose com neutrófilia e a negatividade dos marcadores imunológicos. Contra este diagnóstico, destacavam-se a ausência de mononevrite múltipla, muito característica da doença e a idade do doente, precoce para a PAN do adulto, por um lado e já fora do grupo pediátrico, por outro (4,6,18). A favor de angeíte granulomatosa alérgica, encontrámos os antecedentes alérgicos (o doente não sabia caracterizar), a artrite, a febre e a hipertensão (com a ressalva já apontada). Contra este diagnóstico, refere-se a inexistência de história de asma, bem como a ausência de eosinofilia ou de atingimento pulmonar parenquimatoso (4,6,18). A favor de granulomatose de Wegener, destaca-se a febre, a serosite e a história de artrite. Pesando contra esta hipótese, estava a ausência de envolvimento de tracto respiratório, superior ou inferior (4,6,18). A favor do diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, havia a febre, a fotossensibili-

dade, a alopécia, a polisserosite. Contra esta hipótese, encontrámos a leucócitose e a ausência de marcadores imunológicos (15). A favor de vasculite reumatóide sistémica, refere-se a febre, a serosite, os nódulos sub-cutâneos. Contra esta hipótese, a ausência de antecedentes articulares e de factores reumatóides (4,6,18). A favor de doença de Still do adulto, apontamos a febre, a leucócitose com neutrofilia, a serosite e a poliartrite. Contrariando-a, estava a erupção nodular, a ausência de adenopatias, a inexistência da curva febril típica e a falta de hepato-esplenomegália no exame físico (2). A favor do diagnóstico de febre familiar do Mediterrâneo, estava a idade do doente, a serosite, a artrite e a febre. Contra ele, a ausência de dor abdominal e de história familiar da doença, a presença de nódulos e o facto de neste doente, o quadro mórbido não evoluir por surtos fugazes (5,16). A favor de sarcoidose, havia as lesões cutâneas (que podiam passar por eritema nodoso), a febre, o atingimento articular e a serosite. Contra esta hipótese, estava a ausência de evidência radiológica sugestiva do envolvimento torácico desta entidade (12,21). Finalmente, a favor de tuberculose, tínhamos o quadro febril, a polisserosite e os nódulos sub-cutâneos (tidos por eritema nodoso). Contra este diagnóstico a poliartrite, a neutrofilia, a ausência de alterações persistentes na radiografia do tórax e a regressão do quadro com a instituição da corticoterapia (12,29).

Tendo em vista o esclarecimento diagnóstico, pediram-se então os seguintes exames complementares: C_3 144mg/dl, C_4 67mg/dl, CH_{100} 150 U.I.; anticorpos anti-nucleares, anti-centrómero, anti-dsDNA, anti-RNP, anti-Sm, Anti-SS-A e anti-SS-B, negativos; pesquisa de marcadores da hepatite B, negativos; pesquisa de imunocomplexos circulantes, positiva (IgG's); proteinúria de 24 horas — vestigíos; radiografias dos pés, tíbio-társicas, joelhos, bacia, mãos, punhos e ombros — sinais de calcificação do tendão do supra-espinhoso no ombro direito, sem outras alterações abarticulares ou osteo-articulares ao nível deste ou dos outros segmentos radiografados; ecografia abdominal — discreta hepatomegália homogénea, sem outras alterações; ecocardiograma — válvula aórtica tricúspide, pequeno derrame pericárdico versus gordura pericárdica; electromiograma — achados dentro da normalidade; aortografia abdominal global (fig. 1) — alterações dos ramos direito e esquerdo da artéria hepática compatíveis com pequenas dilatações aneurismáticas; biópsia de nódulo subcutâneo (efectuada ainda quando o doente era seguido na Consulta de Reumatologia do H.S.M.) — "poliarterite nodosa" (fig. 2).

O doente teve alta, melhorado, a 88/03/04, medicado com 100 mg de ciclofosfamida e 50mg de prednisolona, diariamente.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahrohein, J.H. — Isolated coronary periarteritis: report of a case of unexpected death in a young pregnant woman. Am. J. of Cardiol. 40:287, 1977.

2. Cassidy, J.T. — Juvenile rheumatoid arthritis, in "Textbook of Rheumatology", Ed. Kelley W.W., Harris E.D., Ruddy S. and Sledge C.B., W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1985.

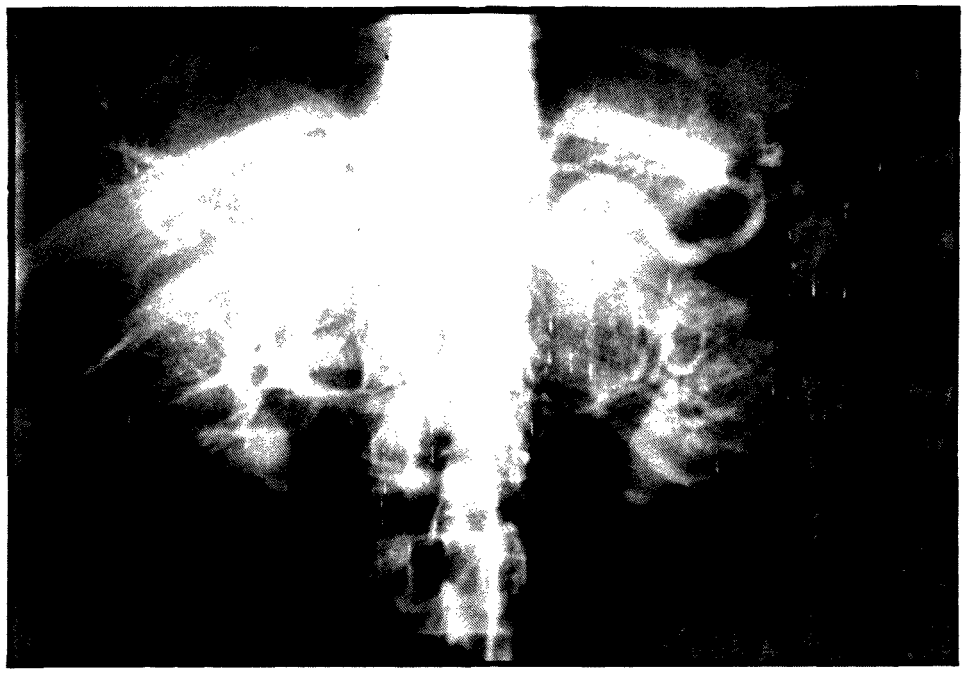


Fig. 1

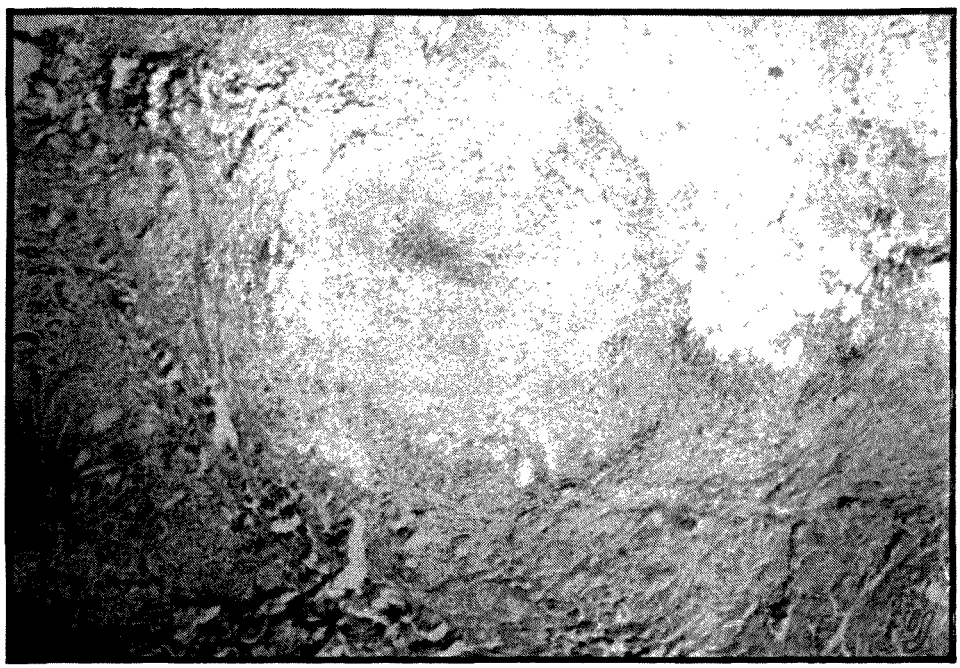
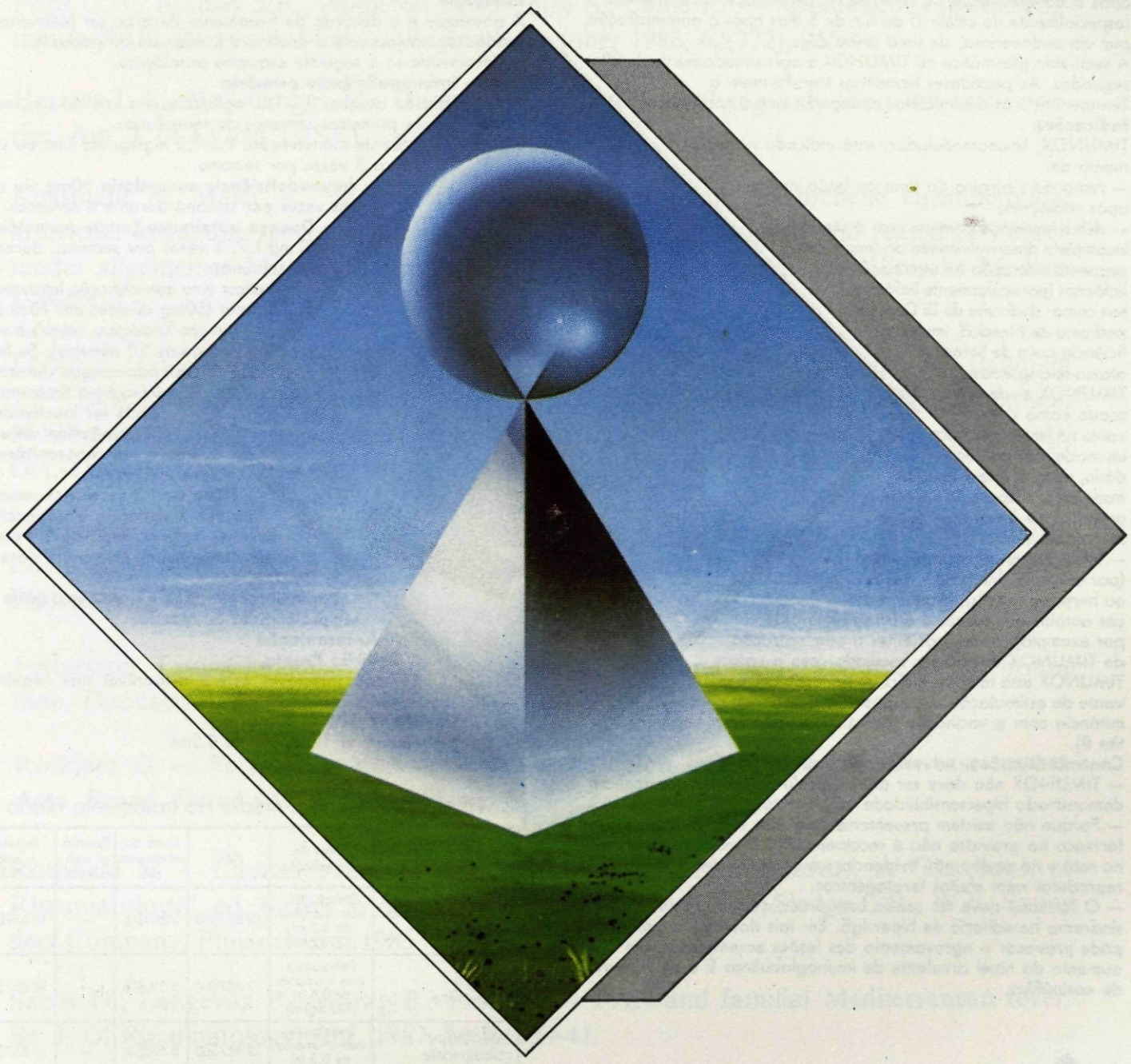


Fig. 2

QUANDO O PROBLEMA É A RESPOSTA IMUNITÁRIA

TIMUNOX®

timopentina



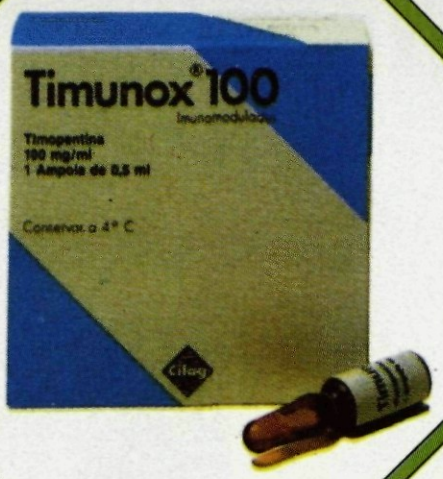
REGULA O SISTEMA IMUNITÁRIO

TIMUNOX
timopentina

Propriedades
TIMUNOX contém Timopentina, um pentapeptido sintético com actividade imunomoduladora sobre os linfócitos T, correspondendo aos seguintes àminoácidos:
arginina-lisina-asparagina-valina-tirosina.
TIMUNOX representa a sequência linear correspondente à dos aminoácidos 32-36 da molécula intacta da timopoietina. A timopoietina é um polipeptídeo isolado do timo constituído por 49 aminoácidos; trata-se de uma hormona pleiotrópica que induz a diferenciação dos protimocitos em timocitos.
TIMUNOX apresenta uma actividade biológica comparável à daquela molécula inteira e representa provavelmente o «sítio activo» da timopoietina. TIMUNOX induz a diferenciação e a maturação funcional dos precursores dos linfócitos T e dos linfócitos T imaturos, quer «in vitro» quer «in vivo», através da activação do AMP cíclico. No linfócito maduro TIMUNOX controla a regulação da resposta imunitária através da elevação do nível de GMP cíclico.
Observaram-se alterações funcionais nos linfócitos T, 2 horas após a administração de TIMUNOX, permanecendo a indução (especialmente na célula T) ao fim de 5 dias após a administração, por via endovenosa, de uma única dose.
A semi-vida plasmática do TIMUNOX é aproximadamente de 30 segundos. As peptidases hemáticas transformam a Timopentina nos aminoácidos endógenos que a constituem.

Indicações
TIMUNOX, imunomodulador, está indicado no tratamento de:
— remoção cirúrgica do timo ou lesão tímica após radiações;
— déficit imunitário primário com ausência ou incompleto desenvolvimento do timo e consequente alteração na maturação dos linfócitos (particularmente linfócitos T tais como: sindroma de Di George sindroma de Nezeloff, imunodeficiência pura de linfócitos T, ataxia-telangiectasia.
TIMUNOX pode ser usado como coadjuvante na terapêutica da imunodeficiência secundária, na qual esteja demonstrado ou se suspeite de um compromisso de imunidade celular retardada, como:
— infecções crónicas e recorrentes (por exemplo, infecção a herpes labialis ou herpes genitalis), granulomatose, doenças autoimunes (como a artrite reumatóide por exemplo); nestes pacientes a administração de TIMUNOX deverá ser avaliada caso a caso.
TIMUNOX está também indicado na terapêutica adjuvante da estimulação da resposta imunitária em concomitância com a vacinação (por exemplo contra a hepatite B).

Contraindicações, advertências e precauções
— TIMUNOX não deve ser administrado a doentes que tenham demonstrado hipersensibilidade ao produto.
— Porque não existem presentemente dados suficientes, o uso do fármaco na gravidez não é recomendado. Estudos de fertilidade no rato e no coelho não evidenciaram qualquer dano no aparelho reprodutor nem efeitos teratogénicos.
— O fármaco deve ser usado com precaução em doentes com sindroma hereditário de hiper-IgE. Em tais doentes, o tratamento pode provocar o agravamento das lesões eczematosas, um aumento do nível circulante de imunoglobulinas E e do número de eosinófilos.



Interacções
Porque o TIMUNOX actua sobre a função do linfócito, fármacos que diminuam ou estimulem a sua actividade deverão ser usados com cautela, se administrados simultaneamente.

Efeitos colaterais
— Observaram-se raros casos de reacção alérgica (prurido, ligeiro rash, eritema intermitente na face e tórax, edema periorbital). Tais fenómenos foram transitórios e desapareceram espontaneamente ou após administração de anti-histamínicos, esteróides ou de uma associação de ambos.
— Observaram-se, por vezes, efeitos secundários no local da injecção, tais como dor, ardor, prurido, lesão eritematosa, e hemorragia, que contudo não obrigam a uma interrupção do tratamento.
— Recomenda-se o controlo periódico do número de leucócitos, pois observaram-se casos raros de leucocitopénia durante o tratamento com TIMUNOX. Nos casos em que se observe granulocitopénia sugere-se a suspensão do tratamento.

Posologia
A posologia e a duração do tratamento deverão ser individualizadas de acordo com a doença e a resposta do paciente.
Recomenda-se o seguinte esquema posológico:
— Imunodeficiência primária
Dose do ataque: 0,5-1,0 mg/kg/dia, via i.m. ou s.c., nas duas primeiras semanas de terapêutica.
Dose de manutenção: 0,5-1,0 mg/kg, via i.m. ou s.c., 2 a 3 vezes por semana.
— Imunodeficiência secundária 50mg via s.c. três vezes por semana durante 6 semanas.
— Doença autoimune (artrite reumatóide) 50 mg I.V. 3 vezes por semana, durante 3 semanas.
Praticar uma administração intravenosa lenta (50mg diluídos em 10ml da solução fisiológica, administrados durante 10 minutos): Se for aspirado sangue durante a injecção a timopentina pode ser inactivada.
— Terapêutica adjuvante em concomitância com vacinação
50mg s.c., 3 vezes por semana durante 3 semanas; a vacinação deve ser dada no início da 2.ª semana simultaneamente com a 4.ª dose de TIMUNOX.
Por indicação médica o tratamento pode ser prolongado ou repetido.

Apresentação
Solução Pronta
Solução injectável estéril disponível nas seguintes apresentações.
TIMUNOX 100 (100mg/ml)
— Embalagem c/ 1 ampola de 0,5ml.
Conservar a 4°C

TIMUNOX - Custo médio do tratamento diário

Indicações	Forma de apresentação	P.V.P.	Custo do tratamento dia	Escudos p/ emb. utente	Escudos p. emb. S.N.S.
Imunodeficiência secundária	Embalagem com 1 ampola de 0,5 ml (100 mg/ml)	12 857$00	5 510$14	—	12 857$00
Doença auto-imune	Embalagem com 1 ampola de 0,5 ml (100 mg/ml)	12 857$00	5 510$14	—	12 857$00
Terapêutica coadjuvante da vacinação	Embalagem com 1 ampola de 0,5 ml (100 mg/ml)	12 857$00	5 510$14	—	12 857$00

CILAG — MEDICAMENTA, S.A.
Av. Marquês de Tomar, 9, 1.° • Tel. 52 67 71/52 67 88 • 1000 LISBOA
Matriculada na Conservatória do Registo Com. de Lisboa sob o n.° 21 072
Capital Social 200 000 000$00 • N.° Contribuinte 500 189 412

3. Castaigne P., Brunet P., Haunw J.J., Leger J.M., Gherardi R., Guillevin L. — Peripheral nervous system and PAN: review of 27 cases Rev. Neurol. (Paris), 1984, Vol. 140(5): 343-52.

4. Conn D.L., Hunder G.G. — Necrotizing Vasculitis, in "Textbook of Rheumatology", Ed. Kelley W.W., Harris E.D., Ruddy S. and Sledge C.B., Saunders Company, Philadelphia, 1985.

5. Ehrlich G.E. — Intermittente and periodic Arthritic Syndromes, in "Arthritis and Allied Conditions, A Textbbok of Rheumatology", Ed. McCarty D.J., Lea and Febiger, 1989.

6. Fauci A.S., Leavitt R.Y. — Vasculitis, in "Arthritis and Allied Conditions, A Textbook of Rheumatology", Ed. McCarty D.J., Lea and Febiger, 1989.

7. Flageat J., Vicens J.L., Cosnard G., Foster D. Metges P.J. — Perirrenal hematoma diagnostic pf PAN, Apropos of a case. J. Radiol. (France), May 1986, 67(5), 419-22.

8. Ford G.A., Bradley J.R., Appleton D.S., Thiru S., Calne R. — Spontaneous splenic rupture in PAN. Postgrad. Med. J. (England), October 1986, 62(732), 965-6.

9. Hoover L.A., Hall-Craggs M., Dagher F.J. — PAN involving only the main renal arteries. Am. J. of Kidney (USA), Jan. 1988, 11(1), 66-9.

10. Kussmaul A, Maier R., 1866 — Ueber eine bisher nicht beschrebene eigenthemliche arteriener-kraugung (periarteritis nodosa) die mit Morbus Brightil und reapid fots chreitender allgemeiner Muskellahmung einhergeht. Deutsches Archiv fur Klinische Medizin 1:484-517.

11. Lhote F., Guillevin L., Bussel A., Leon A, Lok C., Toledano D., Sobel A., Baudelot J. — Side effects of therapeutic plasma exchange during treatment opf PAN: comparison of filtration and centrifugation; 718 sessions in 63 patients. Life Support System (England), Oct.-Dec. 1987, 5(4), 359-66.

12. Morgan G.J. — Panniculitis and Erytema Nodosum, in "Textbook of Rheumatology", Ed. Kelley W.W., Harris E.D., Ruddy S.and Sledge C.B., W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1985.

13. Pettersson T. — Clinicopathological conference: Pan and acute abdomen in a young man. Duodecin 1986 (Finnish, 102(4), 247-56.

14. Roikjaer O. — Perforation and necrosis of the colon complicating PAN: case report. Acta. Scand. Scand.. 1987. 153 (5-6). 385-6.

15. Rothfield N. — Clinical Features of Systemic Lupus Erythematosus, in "Textbook of Rheumatology", ed. Kelley W.W., Harris E.D., Ruddy S. and Sledge C.B., W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1985.

16. Sachs D., Langevitz P., Morag B., Pras M. — PAN and familial Mediterranean fever. Br. J. Of Rheumatology, Apr. 1987, 26(2), 139-41.

17. Sawada Y., Yamagiwa K., Senzaki A., Tanaka T., Oda T. — PAN of the epididymus. Hinyokyka Kiyo, 1986, May, Vol. 32(5), 773-8.

18. Scott D.G.I. — Vasculitis, in "Copeman's textbook of the Rheumatic Diseases, Ed. Scott J.T., Churchil Livingstone, Edimburg, 1986.

19. Stead W.W., Bates J.H. — Tuberculose, em "Medicina Interna de Harrison", Ed. Peterdsdorf R.G., Guanabara Koogan, 1984.

20. Takai K., Kanemura M., Kitahara K., Hara M., Hoshino Y., Mizuguchi K. — Arteritis and fatty degeneration of the spermatic cord resembling PAN: a case report. Hinyokika Hiyo, Apr. 1986, 32(4), 615-8.

21. Winterbauer R.H. — Sarcoidose, em "Medicina Interna de Harrison", Ed. Petersdorf R.G., Guanabara Koogan, 1984.

ACTA REUMA. PORT. XV (1): 29-36

ARTIGO DE REVISÃO

O INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA E A PREVENÇÃO REUMATOLÓGICA

M. ASSUNÇÃO TEIXEIRA, GEORGETTE BANET, ROBERT MARTINS, ANTÓNIO VILAR, ADRIANO NETO, ANA TEIXEIRA, ALMEDINA GARCIA

RESUMO

Os autores recordam alguns nomes e factos, notas para a História do Instituto Português de Reumatologia. Há, efectivamente, factos e nomes que é um dever e importante lembrar. Por isso, é necessário que o texto seja curto para que seja lido; repetir o que foi dito e redito sobre a Prevenção. É uma razão para que o artigo editorial seja curto. Lembrar, sobretudo e homenagear os que desde a primeira hora nos ajudaram, estimularam e deram prestigio. É, sem dúvida, um dever lembrar, por exemplo: Prof. F. Pulido Valente, Prof. António Flores, Prof. Luís de Pap, Prof. Adelino Padesca, Prof. Ayres de Sousa, Prof. João Porto e tantos outros que nos deram a força, o prestígio, o entusiasmo para persistir e continuar, como temos feito, e ainda resistir a numerosos entraves que nos são opostos.

Estes ilustres Professores e o Ministro Trigo de Negreiros foram o nosso braço direito, no início do IPR e da Prevenção.

Após estas lembranças, duas palavras sobre a prevenção reumatológica, que assim começa para nós ao mesmo tempo, "ab initio", como era necessário e possível.

Poucas palavras, mas boas recordações — Talbot nos Estados Unidos e Strasser em Genéve na O.M.S., deram-nos preciosa colaboração e por isso concordamos em não suprimir certas linhas. Preferimos repetir-nos. Suprimir esta colaboração seria um erro, ela permanece na sua origem e utilidade.

Foi assim que adquirimos muitos conhecimentos úteis e necessários sobre a prevenção da gota úrica, febre reumática, reumatismos inflamatórios crónicos e degenerativos. Conhecimentos úteis de certas doenças e de sua prevenção.

Nós começamos, ou melhor recomeçamos, continuando a excelente Raínha D. Leonor, Dr. Gomes de Araújo, Dr. Costa e Silva e tantos outros que tiveram o mesmo pensamento mas não tiveram a ideia de persistir, de preservar e de lutar, como nós fizemos até agora.

INTRODUÇÃO

Há cerca de 40 anos, A. Lima Faleiro e M. Assunção Teixeira trabalhavam assiduamente e com grande proveito no Serviço de Clínica Médica do Hospital Escolar de Sta. Maria, Serviço dirigido pelos Professores F. Pulido Valente e Mário Rosa, prestigiosos Mestres, que tanto se interessavam por nos ensinar e disciplinar.

O Dr. A Lima Faleiro, recém-chegado da Alemanha e da Áustria, onde esteve cerca de um ano a estudar cardiologia, como bolseiro do Instituto de Alta Cultura; e M. Assunção Teixeira, recém-formado, com a alta classificação de vinte valores, justamente na cadeira que o Mestre Pulido Valente superiormente regia.

Os desventurados e pobres reumáticos enchiam-nos a enfermaria e as consultas durante o Inverno, com insuficiências cardíacas, invalidez, frio, pobreza, sem agasalhos suficientes e sem medicamentos, e alguns sem amparo familiar. Dificuldades. Uma tristeza!

Os Mestres e os discípulos mencionados ficavam sentidos e revoltados, e cedo começaram a pensar na forma de proteger os seus doentes, recebendo-os, tratando-os, e sobertudo procurando *prevenir as suas doenças,* até onde fosse possível, em vez de os abandonar à sua confrangedora situação, razão da revolta dos Mestres, que o vulgo atribuia erroneamente à "política".

Com o fim de enfrentar a necessidade e as possibilidades presentes da Reumatologia, começamos por fazer um relatório, dirigido ao Chefe, Mestre Pulido Valente, e ao Conselheiro Dr. Trigo de Negreiros, que o seu bondoso Colaborador e Amigo Dr. António Quintela lhe entregou e patrocinou.

Os três leram sem demora o referido relatório, que o Mestre Pulido Valente achou bem, e aprovou, mas propôs-nos que o completássemos, juntando às palavras dos dois signatários as opiniões de um bom cirurgião (Dr. Olímpio Dias, já assitente do Prof. Virgílio de Moraes), de um médico entendido em Serviço Social (Dr. A. Cortez Pinto, Professor do Instituto de Serviço Social), e de um médico experimentado em Hidrologia (Dr. Hipólito Álvares, Director das Termas das Caldas da Rainha). O Conselheiro Trigo de Negreiros concordou inteiramente com o relatório e concordou também com os três nomes propostos pelos dois discípulos e signatários.

Destas valiosas e clarividentes opiniões resultou que, poucas semanas depois, se iniciasse a visita *demorada* de dois dos discipulos citados, o Dr. Olímpio Dias e M. Assunção Teixeira, aos principais Centros Médicos europeus, então dirigidos por Marañon, em Madrid; P. Pons e Barceló, em Barcelona; Coste, em Paris; Michotte, em Bruxelas; Edström, em Lund; e Kalmeter, em Estocolmo. Dizia-nos então o Mestre Pulido Valente: "Ouçam o que eles vos dizem, mas fiquem também com eles algum tempo, o suficiente para verem o que eles fazem e como fazem". Clarividentes palavras do Mestre, antes de partirmos, que nos serviram de lema durante anos, até hoje.

Após alguns meses, Olímpio Dias e M. Assunção Teixeira regressam a Lisboa, enriquecidos com alguns conhecimentos novos.

Sem demora, e ainda em 1948, na honrosa companhia do Ministro Trigo de

O NÓ JÁ POR SI É DIFÍCIL.

Uma simples tarefa diária, como dar o nó à gravata, representa muitas vezes, para o doente reumático, uma frustração. Podemos, contudo, ajudá-lo a melhorar a sua capacidade funcional diminuída: **Naprosyn® 500mg** proporciona alívio rápido da dor e inflamação aumentando a mobilidade e permitindo tratamentos prolongados sem riscos de acumulação. Por outro lado, a sua excelente tolerância, e posologia simples e cómoda, permitem uma boa aderência do doente à terapêutica.

Naprosyn®
(Naproxen)

CUSTO MÉDIO DO TRATAMENTO

FORMAS DE APRESENTAÇÃO	P.V.P.	CUSTO DO TRATAMENTO DIA	ESCUDOS P/EMBALAGEM UTENTE	ESCUDOS P/EMBALAGEM S.N.S.
Emb. 30 comp./500 mg	1993$00	132$87	398$00	1595$00
Emb. 60 comp./500 mg	3578$00	119$27	715$00	2863$00
Emb. 12 sup./500 mg	994$00	165$66	198$00	796$00
Emb. 12 sup. + 12 comp./500 mg	1883$00	156$92	376$00	1507$00

Naprosyn® 500mg

(Naproxen)

1 comprimido, 2 × dia, proporciona uma grande diferença.

SYNTEX

Cilag

Cilag-Medicamenta S.A.
Uma Companhia Johnson & Johnson
Av. Marquês de Tomar, 9-1.º a 5.º Andar
1000 Lisboa

Conservatória do Reg. Comercial de Lisboa n.º 21 072 • Capital Social: Esc. 200 000 000$00 • N.º Contribuinte 500 189 412

Naprosyn® 500mg

(Naproxen)

Cómodo, eficaz e seguro

INDICAÇÕES

- Situações reumáticas: Artrite reumatóide, Osteoartrite, Espondilite anquilosante, Gota aguda.
- Situações músculo-esqueléticas e periarticulares
- Situações cirúrgicas e traumáticas
- Situações ginecológicas: Dismenorreia, Pós-parto, Introdução de DIU.

CONTRA-INDICAÇÕES

Úlcera gastroduodenal activa; hipersensibilidade à substância ou ao ácido acetilsalicílico.

PRECAUÇÕES

O produto deve ser usado com precaução em doentes com história de perturbações gastrintestinais, em doentes com função cardíaca comprometida, nos quais pode surgir um ligeiro edema periférico, e em doentes com diminuição significativa da função renal.
O naproxen diminui a adesividade das plaquetas e prolonga o tempo de hemorragia; este efeito deve ser tomado em consideração quando se determinam os tempos de hemorragia em doentes que se encontram a tomar naproxen.
Ainda não estão completos os estudos de eficácia e tolerância em crianças com idade inferior a um ano pelo que nestes casos não se deve administrar o naproxen.
O produto não deve ser administrado durante a gravidez e lactação.

EFEITOS SECUNDÁRIOS

Ainda que raramente, podem ocorrer perturbações do foro gastrintestinal: náuseas, vómitos, diarreia ou reactivação de úlcera péptica e ainda vertigens, acufenos, cefaleias, sonolência ou insónia.

INTERACÇÕES

O naproxen liga-se fortemente às proteínas do plasma pelo que, doentes que tomem simultaneamente hidantoínas, devem ser cuidadosamente observados e as doses destas ajustadas, se necessário. Deve igualmente administrar-se com cuidado a doentes que estejam a tomar anticoagulantes ou hipoglicémicos.

POSOLOGIA

Na artrite reumatóide, osteoartrite e espondilite anquilosante: 500 mg a 1 g por dia em duas administrações de 12 em 12 horas.
Na gota aguda: 750 mg inicialmente, 500 mg 8 horas depois e seguidamente 250 mg de 8 em 8 horas até a crise ter passado.
Na artrite reumatóide juvenil: 10 mg/kg/dia em duas administrações de 12 em 12 horas.
Nas situações ginecológicas e outras indicações: inicialmente 500 mg, seguidos de 250 mg com intervalos de 6-8 horas, não devendo exceder-se 1250 mg diários.

Naprosyn®
(Naproxen)

CUSTO TRATAMENTO

INDICAÇÕES	FORMAS DE APRESENTAÇÃO	P.V.P.	CUSTO DO TRATAMENTO DIA	ESCUDOS P/EMBALAGEM UTENTE	ESCUDOS P/EMBALAGEM S.N.S.
Artrite Reumatóide Juvenil	Emb. 20 comp./250 mg	769$00	76$90	153$00	616$00
	Emb. 12 sup./250 mg	592$00	59$20	118$00	474$00
	Emb. 60 comp./250 mg	1949$00	64$96	389$00	1560$00
Gota Aguda	Emb. 20 comp./250 mg	769$00	153$80	153$00	616$00
	Emb. 12 sup./250 mg	592$00	148$00	118$00	474$00
	Emb. 60 comp./250 mg	1949$00	129$93	389$00	1560$00
Dismenorreia	Emb. 20 comp./250 mg	769$00	115$35	153$00	616$00
	Emb. 12 sup./250 mg	592$00	148$00	118$00	474$00
	Emb. 60 comp./250 mg	1949$00	97$45	389$00	1560$00
Artrite Reumatóide Osteoartrite; Espondilite Anquilosante Outras afecções Reumatismais como: - Músculo-esqueléticas - Periarticulares - Traumáticas	Emb. 30 comp./500 mg	1993$00	132$87	398$00	1595$00
	Emb. 60 comp./500 mg	3578$00	119$27	715$00	2863$00
	Emb. 12 sup./500 mg	994$00	165$66	198$00	796$00
	Emb. 12 sup. + 12 comp./500 mg	1883$00	156$92	376$00	1507$00

SYNTEX

Cilag

Cilag-Medicamenta S.A.
Uma Companhia Johnson & Johnson
Av. Marquês de Tomar, 9-1.º a 5.º Andar
1000 Lisboa

Conservatória do Reg. Comercial de Lisboa n.º 21 072 • Capital Social: Esc. 200 000 000$00 • N.º Coritribuinte 500 189 412

Negreiros, começamos à procura de casa, própria e suficiente. Decidimos alugar a da Rua D. Estefânia, onde funcionam ainda alguns Serviços do I.P.R..

Ao grupo inicial vieram juntar-se mais alguns valiosos Colaboradores voluntários: Damião Pereira, Robert Martins, Loução Martins, General Aníbal Vaz, Pinheiro Nunes, Luís de Pap, Georgette Banet Maria Isabel Barata, Edwiges Gomes, Santana Carlos, Luis Lima Faleiro, D. Maria Luísa B. Machado, Álvaro de Mendonça, Sister Elizabeth, Nuno Pereira Alves, A. Ribeiro, e tantos outros, muitos dos quais temos ainda o prazer e o proveito de se encontrarem entre nós.

Quando estávamos na Suécia recebemos a triste notícia do afastamento do Ilustre Professor e Mestre F. Pulido Valente, juntamente com os Professores Fernando da Fonseca, Gascão de Anciães, Cândido de Oliveira, todos ilustres apoiantes da nossa proposta. E com os primeiros, e de acordo com o Prof. Pulido Valente e com o Conselheiro Trigo de Negreiros, foi constituída e nomeada a primeira Direcção da Associação Portuguesa de Reumatologia, sucessivamente renovada.

Para esta primeira e para as outras Direcções não conseguimos que fosse nomeado Presidente o verdadeiro Patrono do Grupo, o Prof. F. Pulido Valente, pois tinha sido afastado da Cátedra por grande erro "político". Tivemos de o substituir pelos Profs. A. Flores e A. Padesca, que nos ajudaram superiormente, e prontamente, durante anos.

Após alguns anos, da Associação Portuguesa de Reumatologia saíu, por proposta de M. A. Teixeira, o Instituto Português de Reumatologia, com a mesma Direcção e com um Director dos Serviços Clínicos, que ainda hoje continua no seu lugar, e que teve o cuidado de continuar a estagiar, pelo menos um mês por ano, nos melhores Serviços da Europa e da América, quase sempre a convite do estrangeiro, sem despesas para o I.P.R..

Nestes quase quarenta nos de actividade muitas acções úteis se fizeram, mas muitas mais se teriam feito, se certos ouvidos nos tivessem dado atenção, em vez de consumirem as verbas em actividades menos urgentes e necessárias.

De qualquer maneira:

— Observaram-se cerca de 100 000 doentes reumáticos, dando-se exemplos de observação atenta e com sentido de humanidade.

— Trabalhámos na Investigação Reumatológica, no Hospital Termal das Caldas da Rainha, durante as férias e durante anos.

—Prepararam-se, ou ajudaram-se a preparar, dezenas de médicos, entre eles quatro que chegaram a distintos Professores Universitários: Lopes Vaz, Viana Queiroz, Achilles Cruz e Negrão Prado. Os dois últimos brasileiros.

—Organizaram-se algumas reuniões que ficaram na memória de colegas, nacionais e estrangeiros, nomeadamente o *VI Congresso Europeu de Reumatologia*, que ainda hoje é recordado no estrangeiro, como exemplo; e a honrosa visita de 20 peritos estrangeiros, da O.M.S., presididos pelo Prof. Aujaleu, de Paris.

—Promovemos e participámos em três Colóquios Internacionais de *Reumatologia Preventiva,* aqui em Lisboa, no Rio de Janeiro e em Brasília.

— Um de nós teve a honra, pouco vulgar, de ser convidado para perito da *Organização Mundial de Saúde* (O.M.S.); e de ver o seu mandato três vezes renovado.

— Participámos activamente, com trabalhos originais, em dezenas de grandes Reuniões Internacionais.

— Publicámos dezenas de trabalhos, em revistas nacionais e estrangeiras.

— Pela voz autorizada de Américo Cortez Pinto, nosso Membro da Direcção, levámos à Assembleia Nacional o problema da Reumatologia, e com algum êxito.

— Exercemos cargos em Instituições *estrangeiras*, para que fomos convidados. Entre elas as de quatro Universidades estrangeiras (Roma, Madrid, Rio de Janeiro e Belo Horizonte).

— Fomos procurados e servimos Doentes da mais alta categoria: Ministros, Reitor da Universidade, Professores Universitários, nacionais e estrangeiros, altos Dignatários da Igreja, etc.

— Fomos pioneiros da *Prevenção Reumatológica* e doutras iniciativas reumatológicas (Medicina Social dos Reumatismos, técnicas de radiologia, etc.).

— Realizámos Cursos de Reumatologia com a colaboração de Professores Estrangeiros e Nacionais.

—Tivemos a honra de ter a colaboração, durante anos, do Prof. Luis de Pap, do Prof. Ayres de Sousa, do Prof. A. Flores, do Prof. A. Padesca, do Prof. Pinheiro Nunes, do Prof. Sèze, do Prof. F. Fonseca, etc.

Todavia continuamos, até hoje, limitados, quando noutro País poderíamos ter ido muito mais longe, a bem da Saúde e do País.

Estas considerações levam-nos a repetir algumas palavras escritas há anos, na tentativa de abrir os olhos a alguns portugueses, sobretudo por via da iniciativa, em 1949, da *Prevenção Reumatológica.*

"A voz do povo, o "saber de experiência feito", ou já a própria vivência do sofrimento, recordam-nos todos os dias "que mais vale prevenir que remediar". Todavia, os homens, leigos ou "sábios", continuam teimosamente imprevidentes. E os doentes reumáticos, em potência ou já tolhidos, e os próprios médicos, não fogem à regra: uns e outros, em sua maioria e rotineiramente, continuam a sentir-se satisfeitos, tentando remediar com drogas, ondas e águas, problemas já insolúveis. E problemas que muitas vezes poderiam ter evitado, retardado ou minorado, por meios mais simples e inócuos; e até menos dispendiosos, em tempo e outros haveres".

"Evidentemente que não pode nem deve negar-se o valor terapêutico e recuperador dalguns medicamentos, nem dos agentes físicos e hidrológicos confirmados por investigações seguras, ou por uma experiência multisecular. Mas por maior que seja a utilidade destes meios, o melhor de tudo, pelo menos para os pacientes, é não ter necessidade de os usar. Sob o ponto de vista humano, o velho e sábio rifão continua a ser norma fundamental e imperativa, a adoptar tanto quanto possível, nomeadamente quando se trata de doenças crónicas progressivas e invalidantes, como os reumatismos; e de terapêuticas, cujos, prejuízos excedem, por vezes, os da própria doença".

"Também não é raro ver alguns médicos cometer a falta de considerar a prevenção reumatológica limitada à febre reumática e suas recidivas. Estes médicos certamente não prestaram a devida atenção ao que se disse e publicou, nos últimos trinta anos, em Congresso e outras Reuniões Internacionais, sobre a *prevenção* das artroses, da gota úrica e doutras doenças reumatismais.

Queremos referir-nos principalmente às lembranças e trabalhos apresentados nos Congressos Internacionais de Reumatologia, que tiveram lugar em Toronto e Roma, e noutros Colóquios Internacionais de Reumatologia Preventiva. Estes realizados em Lisboa, por iniciativa do Instituto Português de Reumatologia, em 1967 e 1977, já com a significativa presença e colaboração da *Organização Mundial de Saúde,* das ligas Internacional, Europeia e Portuguesa Contra o Reumatismo, e dalgumas figuras cimeiras da Reumatologia e Investigação médica internacionais. Continuarão esses médicos persuadidos de que é preciso esperar pelo conhecimento total das causas dos reumatismos, para iniciar uma prevenção reumatológica válida, além da prevenção de febre reumática e das cardiopatias reumatismais?"

Continuarão os médicos a julgar que basta visitar a correr um Serviço estrangeiro, em vez de os ver demoradamente a trabalhar? Lembrem-se do conselho do Mestre Pulido Valente.

Os exemplos e outros factos que se recordam nas páginas seguintes, relativos a alguns dos grupos nosológicos e reumatológicos principais, mostram-nos que a ignorância das causas *fundamentais* das artroses, da gota úrica, dalgumas artrites crónicas e dalguns reumatismos não articulares, não impede que se possa desde já realizar uma prevenção útil, *primária ou secundária,* apoiando-a nos conhecimentos que já possuímos: Prevenção secundária que em muitos casos pode considerar-se tão proveitosa e necessária como a da própria febre reumática. Aliás a utilissima prevenção, primária ou secundária, da febre reumática é afinal um bom exemplo do muito que pode conseguir-se, sem um conhecimento completo da etiologia. E outro tanto pode dizer-se da prevenção da gota úrica, prevenção altamente prestante, se bem que apoiada no diagnóstico e correcção precoces da *hiperuricémia,* que não é causa fundamenal da gota úrica, mas apenas uma consequência da *tara genética* constitucional, ignorada ou mal conhecida.

Antes de entrarmos na análise destes e doutros casos concretos, recordemos mais alguns conhecimentos, de *Ordem geral,* relativos à *necessidade e às possibilidades actuais da reumatologia preventiva*; e façamo-lo sem receio de nos repetirmos no decorrer da exposição, em uma ou outra lembrança.. A repetição poderá ter utilidade, nomeadamente em assunto *tão teimosamente esquecido* e desprezado como é o da prevenção reumatológica.

II — A NECESSIDADE DA PREVENÇÃO REUMATOLÓGICA

A necessidade da prevenção reumatológica é óbvia e justifica-se por importantes motivos, individuais e sociais, materiais e humanos.

Recordemos alguns:

a) *Os caracteres da maioria das chamadas doenças reumatismais,* principalmente: a sua elevada frequência e longa duração; as suas dores e limitações; as deformações e posições viciosas osteo-articulares e a invalidez motora prolongada e progressiva; e nalguns casos o encurtamento da própria vida; as perdas de trabalho, etc. A mortalidade directa ou indirecta das doenças reumatismais é relativamente baixa, contrastando com a sua elevadíssima morbili-

dade, mas esta mortalidade também não pode considerar-se insignificante, sobretudo a da febre reumática. E "um homem morto pode ser *socialmente* menos prejudicial que um homem inválido", dizia Kalmeter.

b) *A insuficiência, prejuízos e riscos (e preço) dos tratamentos actuais;* assim como a sua morosidade; e a relativa improficuidade e custo das práticas de recuperação.

c) *Os enormes prejuízos económicos e sociais,* resultantes dos motivos referidos. As estatísticas mais seguras traduzem estes prejuízos económicos e sociais por cifras astronómicas, quando os avaliam em "dias de trabalho perdidos", ou em "indemnizações pagas ou devidas" *(Fig. 1).* E nestas cifras astronómicas não estão incluídas as profissões e aptidões inutilizadas, nem os sofrimentos físicos e morais (sem conta e sem preço) dos desventurados doentes e seus familiares.

Fig. 1
O REUMATISMO

- Atinge 800.000 portugueses
  (1 em cada 5 pessoas que vão ao médico)
- Dá 50.000 inválidos
- Custa-NOS 50 milhões de contos por ano

Liga Portuguesa Contra o Reumatismo
— Lisboa, 1983

Estatísticas semelhantes, doutros países, são bem conhecidas, não é preciso reproduzi-las aqui.

d) *O incremento dalgumas das chamadas doenças reumatismais,* nomeadamente das artroses, cujo número e gravidade (grau das alterações anatómo-patológicas e do índice de invalidez) têm aumentado nas últimas décadas, principalmente nos países desenvolvidos, onde o homem vive mais tempo, e a população idosa (com mais de 50 anos), é cada vez mais elevada.

Os progressos da Medicina e da Higiene e a elevação do nível económico e social aumentaram consideravelmente a "duração média da vida humana", que *nalguns países,* passou dos 49 anos para os 70-75 anos, desde o fim do século passado. O número de cinquentenários, sexagenários, septagenários e octogenários excede, hoje, nesses países, 25% da população geral; e espera-se que no ano 2000 cerca de um terço da população geral, pelo menos, esteja na terceira idade.

Os médicos e os higienistas têm cuidado mais das vísceras que do sistema locomotor. E por isso as doenças osteo-articulares de expressão clínica tardia e de evolução prolongada, principalmente as artroses, aumentaram, sobretudo

DONOREST®

(fentiazac)

NA ARTROSE

eficácia
tolerância
baixo custo

DONOREST
(fentiazac)

EMBALAGENS (DOSAGENS)	UTENTE	ESTADO	P.V.P.	CUSTO DIÁRIO*
20 drageias (200 mg)	107$	429$	536$	54$
60 drageias (200 mg)	268$	1 075$	1 343$	45$
12 supositórios (200 mg)	72$	291$	363$	61$

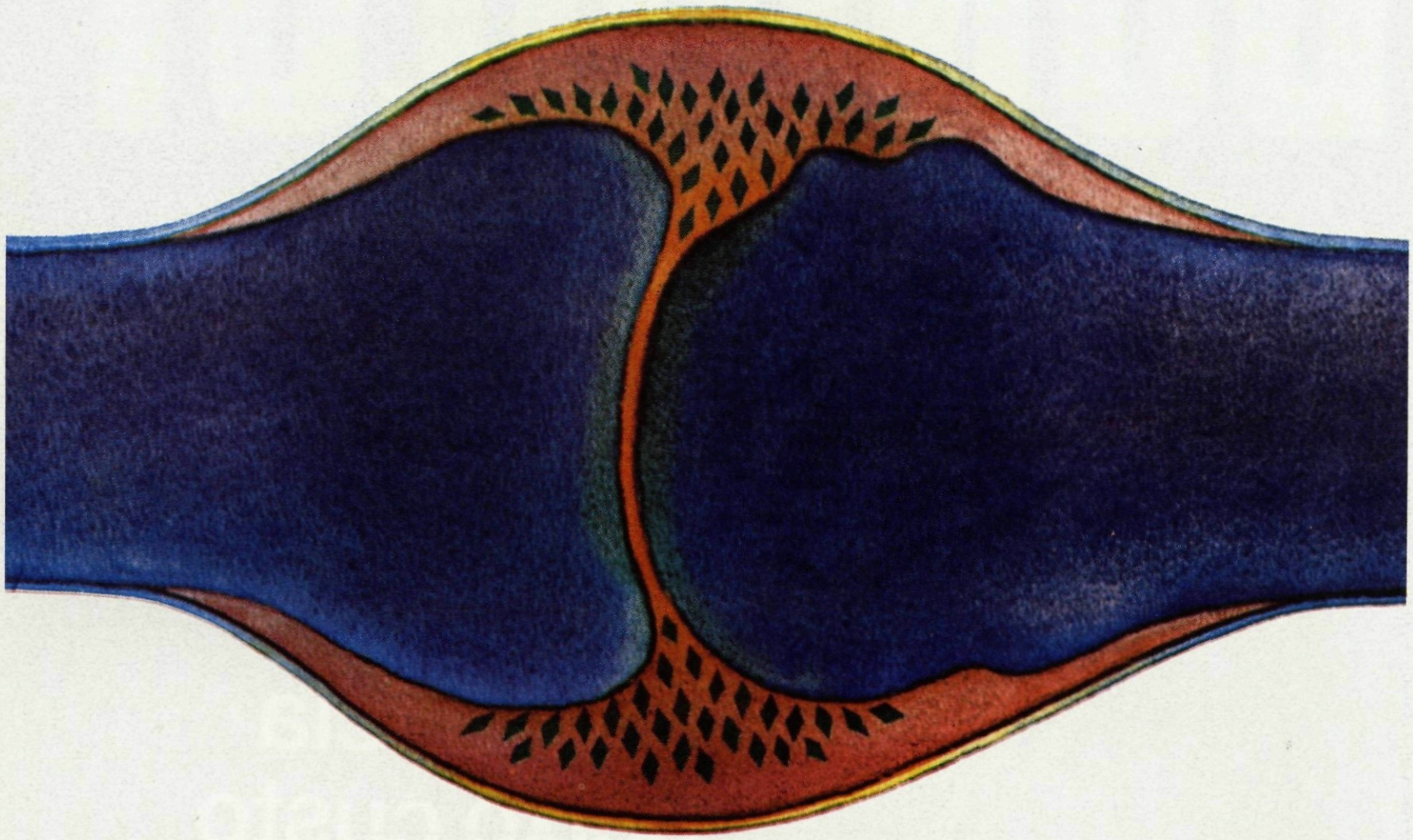
* na base de 2 tomas/dia

Constituem contra-indicações a hipersensibilidade e a utilização por doentes em que o ácido acetilsalicílico e outros anti-inflamatórios não esteróides induziram síndromas de asma, rinite, urticária, angiodema ou broncoespasmo. Os supositórios devem aplicar-se com extrema precaução em doentes com afecções ano-rectais dolorosas, inflamatórias ou irritativas. Recomenda-se a execução de testes da função hepática em doentes submetidos a tratamento intermitente durante longos períodos de tempo. A utilização em doentes com úlcera péptica em actividade não está por rotina recomendada. Deve usar-se com precaução em doentes idosos ou com história de doença ulcerosa péptica, perturbações da coagulação intrínseca ou submetidos a terapêutica anticoagulante. Os efeitos adversos mais frequentemente observados são os de natureza gastrointestinal.
Informação detalhada será fornecida à Classe Médica a pedido.

Wyeth

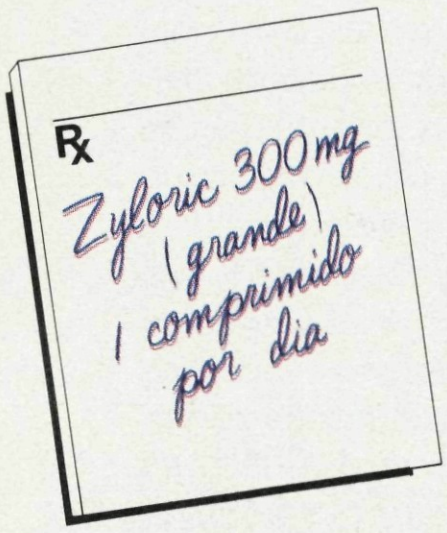
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA
Conserv. Reg. Com. Lisboa n.º 18205 - Capital Social: 545.000.000 - P. Colectiva n.º 500 140006
Av. Marechal Gomes da Costa, lote 9 - 1899 Lisboa Codex - Tel. 859 20 61

ARTRITE GOTOSA
A AMEAÇA SILENCIOSA



Zyloric® 300
alopurinol

Reduz os riscos
da artrite gotosa quando
precocemente administrado



- **Zyloric** baixa os níveis de ácido úrico no sangue e na urina
- **Zyloric** aumenta a mobilidade articular
- **Zyloric** tem um perfil geral favorável de efeitos secundários como confirmado pelo programa colaborativo de vigilância de drogas de Boston.

Comparticipação 80%

Informações adicionais a pedido

Apresentações	Comp.	P.V.P.	Estado	Utente	C.M.T.D.
20 comprimidos	80%	520$00	416$00	104$00	26$00
60 comprimidos	80%	1.325$00	1.060$00	265$00	22$00

Wellcome

LABORATÓRIOS WELLCOME DE PORTUGAL, LDA.
Soc. p/quotas — C.R.C.Lx. n.º 38.598 — C. Social 100.000 contos
Rua Visconde de Seabra, 4, e 4 A — 1700 LISBOA
Rua Aires de Ornelas, 16, 1.º-C — 4000 PORTO

porque estas doenças passaram a ter mais tempo e maior número de vítimas para se revelarem, em dores, deformações e invalidez motora.

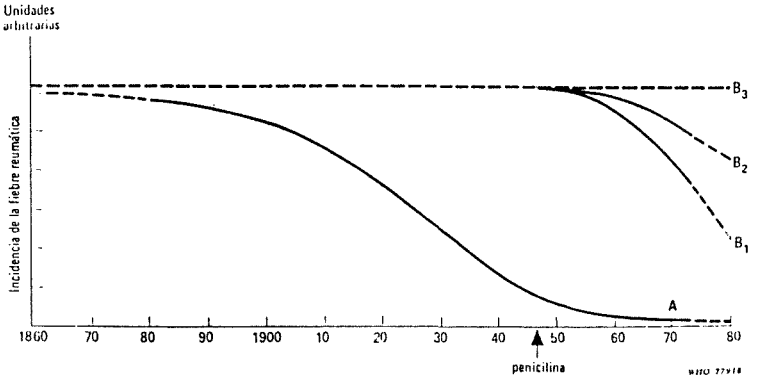
Não é raro encontrar hoje sexagenários e septagenários, e até octogenários, bem conservados, visceralmente aptos para o trabalho, mas impedidos de aproveitar a sua conservação visceral, por via das artropatias que não houve o cuidado ou a possibilidade de prevenir, ou pelo menos de retardar. Assim se têm perdido, e continuam a perder, *trabalhadores com "valioso saber de experiência feito"*. E não só trabalhadores manuais, porque as dores e a prisão dos movimentos também podem prejudicar ou impedir a actividade intelectual.

III — ALGUMAS POSSIBILIDADES PREVENTIVAS ACTUAIS

As possibilidades preventivas actuais não são infelizmente tantas como os motivos que nos impõem o dever de procurar prevenir. As possibilidades preventivas são limitadas pela ignorância das causas fundamentais. *Mas esta limitação não é* tão grande como é costume afirmar-se. Se é verdade que ignoramos a maioria dos factores etiológicos fundamentais, também é certo que conhecemos já alguns factores etiológicos predisponentes, agravantes e adjuvantes e até por vezes fundamentais, cujo diagnóstico, afastamento, correcção ou *compensação* precoces, podem conseguir em muitos casos prestantes resultados de carácter preventivo.

As possibilidades preventivas relativas à febre reumática, e muito particularmente as relativas à prevenção das suas recidivas e ao agravamento de cardite.

São já, uma realdade frutuosa, confirmada pela experiência das últimas décadas, feita nos países onde foi possível utilizar as medidas aconselhadas pela "Organização Mundial de Saúde". Todavia, para conseguir este êxito incontestável, sobre a morbilidade e a mortalidade da febre reumática, não foi preciso descobrir, *completamente,* a sua constelação etiológica. (Fig. 2).

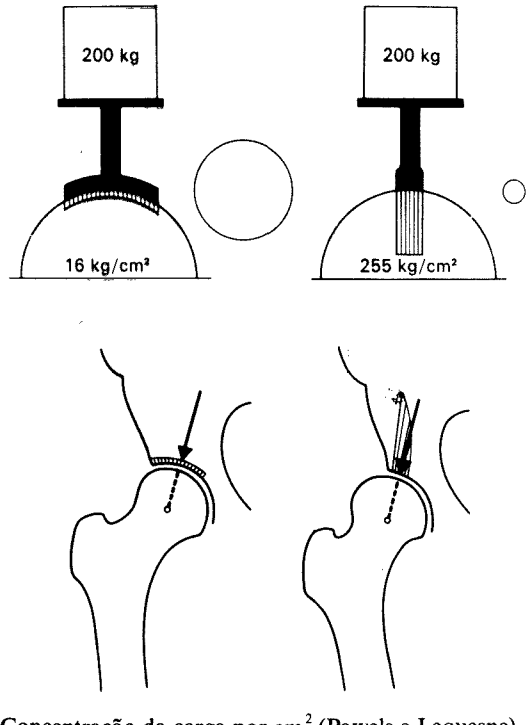


"A FEBRE REUMÁTICA NA HISTÓRIA. A Curva A é típica dos países industrializados. As curvas B_1 a B_3 correspondem a países com diversos graus de desenvolvimento".
"A descida da incidência começou no século passado: e nos países desenvolvidos (curva A) atingiu quasi o máximo antes de se iniciar a administração profiláctica da penicilina".
T. Strasser. Crónica OMS. 32:19-27 (1978)

As possibilidades de prevenir os Reumatismos Crónicos Inflamatórios são geralmente menores que as do Reumatismo Articular Agudo e respectivas cardiopatias. As causas fundamentais dos reumatismos inflamatórios (e muito particularmente do Reumatismo Crónico Juvenil, da Espondilartrite Anquilosante e da Artrite Reumatóide), não são conhecidas. A sua *prevenção primária* é na verdade e muitas vezes, e infelizmente, ainda impossível. Teremos de esperar pelo resultado das prometedoras investigações em curso. Mas em compensação podemos realizar já uma proveitosa *prevenção secundária,* pelo menos de posições viciosas, deformações, anquiloses, destruições epifisárias e tendinoses, e até de algumas lesões viscerais. Esta prevenção secundária é particularmente necessária e útil nos reumatismos inflamatórios que por vezes apresentam remissões duradouras ou definitivas, espontâneas, ou provocadas, como a espondilartrite anquilosante e o reumatismo crónico infantil.

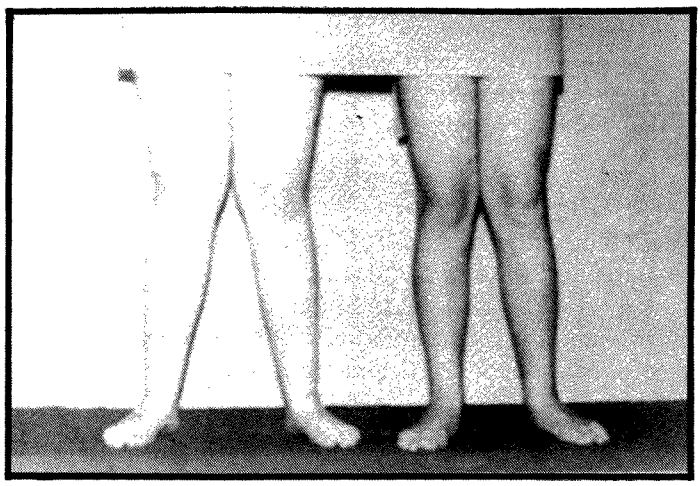
A prevenção das Artroses já oferece possibilidades preventivas muito positivas, mau grado a apregoada e real ignorância da causa ou causas fundamentais, deterioradoras da cartilagem e das epifises articulares. E pode dizer-se que a prevenção das artroses, é em muitos casos uma *prevenção primária,* capaz de evitar ou retardar a doença, quando se conseguem diagnosticar, corrigir ou *compensar* a tempo certos defeitos osteo-articulares, cujo papel etiológico (fundamental, desencadeante ou agravante) é inegável, o que não quer dizer que seja único. (Fig. 3, 4, 5).

Fig. 3



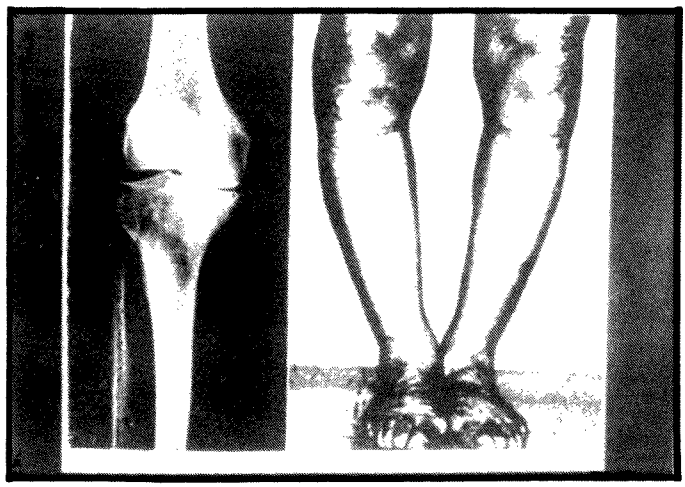
Concentração da carga por cm^2 (Pawels e Lequesne)

Fig. 4



Genu Valgum, bilateral, em dois adolescentes

Fig. 5



Genu-varum, desde a infância. Gonartrose interna.

Esta possibilidade de prevenir ou retardar algumas artroses, mediante o diagnóstico, afastamento, correcção ou *compensação precoces* de certos factores etiológicos conhecidos, deve lembrar-se com insistência a alguns médicos e colaboradores, porque a *prevenção secundária* (a prevenção que começa tardiamente, depois do processo artrósico desencadeado), tem aqui muito menos valor que nas artrites, dado o carácter *geralmente* progressivo e pouco ou nada reversível da maioria das "artropatias degenerativas".

Na clínica reumatológica quotidiana encontram-se frequentemente *artroses* claramente relacionadas com factores etiológicos de natureza mecânica, inflamatória e metabólica, cujo diagnóstico, afastamento, correcção ou *compensação* precoces podem estar ao nosso alcance. Aproveitamos estas possibilidades. Decidamo-nos a aproveitar o que já sabemos, para ir impedindo que muitos homens, visceralmente bem conservados, caiam precocemente em situações de invalidez motora, confragedoras, dispendiosas e evitáveis.

A gota úrica, doença que também tem, geralmente, um início clínico tardio, sobretudo nas mulheres, e por isso o aumento da população idosa acarretou a revelação de maior número de gotosos. O defeito metabólico fundamental da gota primária tem provavelmente uma incidêcia mais estável, em cada raça ou grupo populacional, *do que a gota doença,* cuja revelação clínica, precoce ou tardia, depende do grau deste defeito e doutros defeitos.

A hiperuricémia, reveladora do defeito metabólico primário, aparece hoje com maior frequência, provavelmente porque a procuramos mais vezes e com mais cuidado; e porque nalguns países subiu o nível económico da população; e também em consequência do já referido prolongamento da vida humana, e da acumulação de causas que este prolongamento pode acarretar.

No sub-capítulo respectivo veremos o quanto importa *diagnosticar e corrigir precocemente a hiperuricémia,* seja qual fôr a sua origem e a situação do utente, são ou já doente, homem ou mulher, rico ou pobre, velho ou novo. A prevenção da gota (como a das artroses, da febre reumática e das artrites crónicas) deve começar cedo, e se for possível muito antes da revelação clínica ou radiológica da gota doença, articular ou visceral se revelar. Deve iniciar-se logo que a hiperuricémia seja descoberta; e esta deverá procurar-se sistematicamente a partir da puberdade ou da juventude, como veremos, sobretudo nas crianças e adolescentes suspeitos, pela constituição e seus factores hereditários.

Poderíamos ainda lembrar outros *reumatismos articulares* infecciosos, iatrogénicos, silicóticos, etc.) e algumas doenças e sindromas das partes moles (radiculites, periartrites, bursites, teno-sinovites, sindromes canaliculares, fibrosites, etc.), assaz frequentes e cujas possibilidades preventivas, primárias ou secundárias, maiores ou menores, podem igualmente admitir-se.

Recordados, *em termos gerais,* a *necessidade* e algumas das *possibilidades,* e dificuldades de prevenção reumatológica na hora actual, procuremos, agora, nos sub-capítulos seguintes, desenvolver um pouco algumas destas lembranças, relativas às doenças reumatismais mais comuns e importantes, e alguns pormenores úteis à prática da prevenção.

viartril-S®

SULFATO DE GLUCOSAMINA

ANTIARTRÓSICO

DELTA LABORATÓRIOS MASSAMÁ - QUELUZ

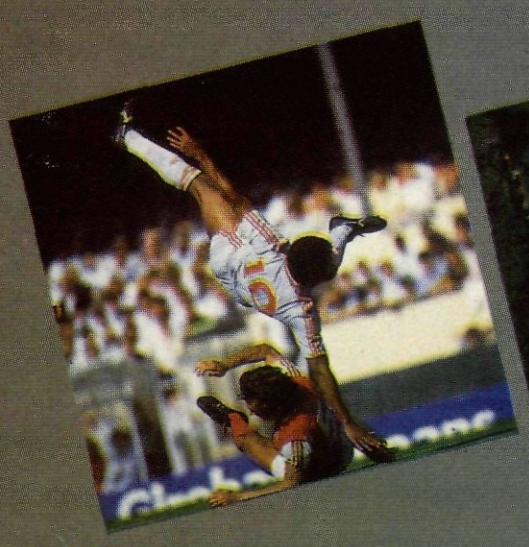
ROTTA RESEARCH

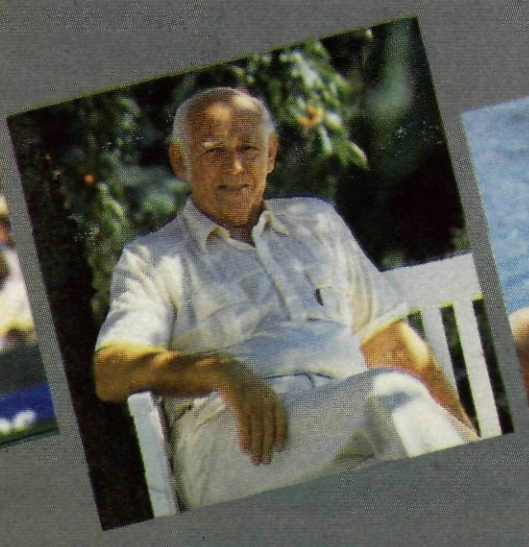
Apresentação:

20 cáps. — 626$00 (125$00)
60 cáps. — 1.596$00 (319$00)
Injectável 5 × 2 ml — 919$00 (184$00)
Duo — (20 + 5) — 1.545$00 (309$00)

REUMON

etofenamato





Indicações

• REUMATISMOS INFLAMATÓRIOS
Osteoartrose em fase actica
Artrite reumatóide
Espondilite anquilisante

• REUMATISMOS NÃO ARTICULARES
Lumbago
Tendinite, epicondilite, miosites

•TRAUMATOLOGIA
Contusões
Entorses
Luxações

Modo de usar

Aplicar 3 ou 4 vezes por dia na região dolorosa, massajando suavemente até completa absorção

a experiencia acumulada

Apresentação e preços:

REUMON-LOÇÃO
Frasco de 200 ml
PVP — 2.410$00 (CMTD — 42$00)
Estado — 1.205$00
Utente — 1.205$00 (CMTD — 21$00)

REUMON-CREME
(bisnaga de 100 g)
PVP — 1.336$00 (CMTD — 37$00)
Estado — 668$00
Utente — 668$00 (CMTD — 18$50)

REUMON-GEL
(bisnaga de 100 g)
PVP — 698$00 (CMTD — 19$00)
Estado — 349$00
Utente — 349$00 (CMTD — 9$50)

Laboratórios Biad Cap. Social: 250.000.000$00 - Matriculada Cons. Reg. Com. Porto - N.º 7.364

IV- COMO PREVENIR ALGUNS REUMATISMOS

(algumas artroses, alguns reumatismos crónicos inflamatórios, algumas artrites gotosas, etc. Apenas algumas lembranças).

Há mais de 30 anos que o *Instituto Português de Reumatologia* vem pugnando, como dissemos, pela prevenção reumatológica, dentro e fora do País. Primeiro junto do Mestre clarividente e experimentado, Prof. F. Pulido Valente. Logo a seguir, como era devido, preciso e conveniente, junto do Ministro da Saúde, Conselheiro Trigo de Negreiros, e depois junto do Prof. Coste, do Prof. Barcelo, do Prof. Boni, do Dr. Kersley, do Prof. Nava e Prof. Hilton Seda, etc., à medida que íamos tendo oportunidade de os encontrar.

Os Colóquios Internacionais de Reumatologia Preventiva, que o I.P.R. promoveu ou ajudou a realizar, em Lisboa, em 1967 e 1977, e no Rio de Janeiro e Brasília em 1982, são um bom testemunho do interesse e dos esforços dados pelo I.P.R. ao Mundo.

Como dizem S. de Sèze e M. de Sèze, outros se nos anteciparam, *mas acidentalmente*, sem a nossa persistência, e a aprovação do Mundo. Louvemos mais um vez os prestigiosos nomes da Rainha D. Leonor (de Portugal), de Lemon Havers (dos E.U.A.), de Coste (de Paris), de Sèze (de Paris) e de todos quantos vislumbraram o problema antes de nós, embora sem a *persistência* e o sentido prático devidos.

No I.P.R., embora sem a largueza desejada e as possibilidades prometidas, sempre fomos aproveitando as consultas vulgares para incutir ideias e dar exemplos de acções em favor de prevenção, quer nos doentes, quer nos acompanhantes. Não nos limitámos às palavras, antes difundimos exemplos e acções, com a persistência devida. Que poderia ter chegado ao prometido Serviço de Prevenção, que teria sido, e ainda pode ser, um exemplo para o Mundo.

Ainda estamos, pois, em tempo. Mas como? Aqui ficam algumas directrizes. Para tanto é preciso chamar alguns colaboradores, além dos médicos: Professores, militares, desportistas, e outros chefes de grupo, nomeadamente das autoridades e dos meios de informação para alargarmos a nossa acção a outros grupos da população, sobretudo jovem.

Afinal para fazer o que S. de Sèze já disse ao ditar as *conclusões* do Colóquio de 1967, *em Lisboa, como Delegado da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.):* "La lutte contre les rhumatismes chroniques peut être enterprise sur trois plans complementaires, qui sont le *dépistage, l'education du public, l'enseignement des medicins*". E disse mais ainda, que muito interessa aos portugueses que se repita: "C'est à la Rhumatologie portugaise et notamment au docteur M.A. Teixeira, véritable pionner dans ce domaine, que revient le mérite d'avoir alerté l'opinion des Rhumatologues sur l'interêt et l'importance de cette prévention, par de nombreuses communications dans les Sociétés Nationales et Internationales. Em 1959 ao IVème Congrés de la Ligue Européenne à Istambul, il pouvait présenter les travaux effectués au Portugal, par lui-même et les Professeurs de Pap, A. Padesca, A. Cortez Pinto et leurs collaborateurs".

Estas honrosas lembranças merecem ser difundidas, e poderão dar-nos ânimo para prosseguir sem demora, em vez de perdermos mais tempo com temas talves menos importantes, e antes que outros nos ganhem a dianteira.

Caminhemos sem demora e com o entusiasmo, que o tema merece, até porque ele chamará a atenção para outros temas semelhantes, doutras Especialidades.

Seguindo as ideias base de um trabalho de um de nós podemos tecer algumas considerações mais concretas sobre a prevenção dalguns tipos de reumatismos:

AS ARTROSES são hoje as artropatias mais numerosas e frequentes, e talvez as causas mais frequentes e acessíveis a certas *medidas* consideradas preventivas. Comecemos por recordar algumas.

Os grandes traumatismos, acidentais, profissionais ou desportivos, como os resultantes dos frequentissímos acidentes de viação, provocados por condutores inábeis ou imprudentes; as quedas de andaimes da construção mal protegidos; as grandes contusões e entorses do "football" e outros jogos, causam ordinariamente lesões osteo-articulares, de que resultam, decorridos meses ou anos, artroses, por vezes graves, precoces e invalidantes.

Evidentemente que estas causas podem reduzir-se por medidas adequadas, conhecidas e praticáveis.

Nestes casos, o papel do reumatologista é menos importante que o dos médicos do trabalho e dos desportos, dos médicos escolares, das autoridades, dos orgãos de informação. No entanto o reumatologista pode e deve lembrar o problema médico-social destes traumatismos, que são as fracturas, as luxações, as contusões articulares, a perda de vidas. Além de tudo isto, já tão importante e confrangedor, ficam ainda as numerosas artroses secundárias, resultantes dos traumatismos menores, que é comum não ter em conta, mau grado a sua importância, ulterior, tardia, mas invalidante, e por vezes invalidante precoce.

As já referidas artroses dos cotovelos e punhos dos operários que trabalham com o martelo pneumático; as espondilartroses e discartroses dos tractoristas e dos cavaleiros, também podem considerar-se acessíveis a uma prevenção válida.

Será dificil melhorar as condições dos martelos pneumáticos e dos tractores, das selas de montar? Talvez. Por outro lado poderão seleccionar-se melhor os operários e os cavaleiros, e reduzir o tempo de trabalho e do desporto? Certamente que sim.

Entre as artroses secundárias, figuram também as comuns gonartroses internas dos portadores de joelhos varos, vindos da infância ou juventude, e as gonartroses externas, notoriamente relacionadas com o joelho valgo, vindo igualmente das primeiras décadas de vida. (Fig. 4.5).

Pois estas gonartroses, geralmente precoces e invalidantes, não poderão prevenir-se, ou pelo menos retardar-se, diagnosticando e corrigindo, *ou compensando*, precocemente os respectivos defeitos? As talas correctivas (sereias), na infância e adolescência; os agrafes aplicados sobre as cartilagens de crescimento, do lado conveniente; e mais tarde, na juventude as osteotomias de realinhamento dos membros inferiores, são meios preventivos úteis, necessários, e que já começam a ser usados nalguns países.

Mas nem sempre assim sucede, uma vezes por ignorância, falta de meios, ou negligência; outras pela recusa dos utentes jovens a deixar-se operar, antes da artrose e da invalidez motora acentuada aparecerem. Diga-se de passagem que as osteotomias de realinhamento continuam a dar bons resultados, sobretudo nestes casos.

De qualquer modo há sempre a possibilidade de *compensar* o defeito, aconselhando os seus portadores: a escolher uma profissão, que os *não* obrigue a andar muito, a transportar pesos, a permanecer muito tempo de pé; a não se deixarem engordar; a não realizarem exercícios com a articulação "carregada"; *a não praticar desportos que obriguem a correr, a saltar, a andar muito.* A natação poderá ser praticada, assim como outros exercícios dos joelhos que possam realizar-se com a articulação "descarregada". As figuras mostram-nos alguns joelhos varos ou valgos, de jovens que preferiram entrar em competições desportivas que seguir os conselhos médicos.

As coxartroses secundárias são frequentes. E não admira, porque os defeitos da anca são também frequentes, e diversos como mostra o Fig. 6, e algumas vezes a mesma articulação tem dois ou mais defeitos, a inferiorizá-la pelos mecanismos já recordados: *A concentração da carga,* por limitação das áreas de apoio, como sucede por exemplo na hipoplasia do tecto, no cotilo oblíquo, na planificação peri-foveal, no caput valgum, na coxa valga ou sub-luxada; *o aumento do impacto* cefalo-cotiloideu, na posição momopódica, devido a encurtamento do braço externo da alavanca pelvitrocanteriana de Pawels, o que pode acontecer no colo curto, no colo valgo, e na coxa profunda.

Aqui a falta mais frequentemente cometida é a do diagnóstico precoce do defeito ou dos defeitos osteo-articulares. A articulação coxo-femural, profundamente colocada, envolvida por espessa camada muscular e adiposa, pode encobrir por muito tempo as suas deficiências de posição, forma e estrutura, ao contrário do que sucede nos joelhos e nos pés.

Não é raro encontrar coxartroses secundárias a defeitos múltiplos e de grau avançado, em doentes com mais de 50 a 60 anos, que nunca tinham sido radiografados. E porque os defeitos e suas consequências só foram conhecidos tardiamente, estes doentes jogaram "football", saltaram, correram em competições, exerceram profissões pesadas e prejudiciais para eles, como a de vendedor ambulante ou empregado de restaurante, ou carregador da beira-rio até o dia em que a anca começou a doer-lhes, a dificultar-lhes a marcha e a impedi-los de praticar os seus desportos e profissões preferidos.

Se houvessem radiografado, na adolescência ou na juventude, estes portadores de coxartroses secundárias, teríamos diagnosticado *a tempo* o defeito ou os defeitos que lhe deram origem, ou concorreram para os desencadear ou agravar, a causa da sua invalidez acentuada de hoje. E se a partir desse momento houvessem, pelo menos, orientado estes indivíduos na escolha duma profissão e dum desporto conveniente, é muito provável que estas artroses não tivessem aparecido.

A correcção cruenta, cirúrgica, dalguns defeitos acentuados da anca, feita a título preventivo, ordináriamente só é aceite pelos pacientes e familiares, quando o defeito é muito inestético, ou muito incómodo.

Temos encontrado algumas espondilartroses claramente relacionadas com

posições viciosas de trabalho, longamente mantidas no decorrer do dia e durante anos seguidos. Entre nós, é o caso dos calafates, que vedam as fendas no fundo dos barcos e no interior dos canos; dos sapateiros de escada, e de alguns serralheiros; dos técnicos de análises que trabalham no microscópio; e de tantos outros que permanecem muitas horas por dia em cifose acentuada cervical, cervico-dorsal, ou dorso-lombar.

A prevenção destas artroses pode fazer-se evitando estas posições, ou compensando-as diariamente adoptando posições e realizando exercícios opostos. Se o calafete trabalhar uma parte do dia sentado, se o torno ou aparelho for colocado mais alto, ou se o microscópio estiver assente e seguro em plataforma inclinada, ou tiver a coluna com flexão, a posição em cifose durante o trabalho será muito menos acentuada e prejudicial. Outro tanto poderemos dizer do trabalho à secretária, sobertudo quando a mesa é muito baixa ou a cadeira demasiado alta, ou quando o indivíduo tem uma miopia acentuada. Em qualquer dos casos o trabalho diário é feito igualmente em cifose. Nestes casos há que proporcionar os móveis, corrigir a miopia, e sobretudo procurar substituir a mesa-secretária por uma cadeira de braços e apropriada, em que possa escrever-se e ler cómoda e correctamente encostado, com o papel ou o livro colocado sobre uma tábua, apoiada nos braços da cadeira.

Muitos estomatologistas já trabalham sentados, com o doente semi-deitado. E os cirurgiões começam a seguir-lhes o exemplo, quando lhes é possível.

Muito haveria que dizer e que aconselhar a respeito das más posições de trabalho e repouso, como causa frequente de defeitos posturais, sobertudo vertebrais, bem como do mobiliário e hábitos que fazem adoptar, e dos exercícios que podem e devem fazer-se, nos intervalos de trabalho, para as corrigir e compensar.

PREVENÇÃO DA GOTA ÚRICA PRIMÁRIA. Do ponto de vista teórico podemos delimitar cinco passos de actuação para a prevenção da Gota úrica primária: prevenção pré-concepcional, prevenção pré-pubertária ou pré-hiperuricémica, prevenção pós-uricémica sem doença gotosa revelada, prevenção pós-hiperuricémica mas com doença gotosa manifestada e, finalmente prevenção das crises inflamatórias.

A prevenção pré-concepcional seria uma verdadeira prevenção primária, capaz de evitar o defeito metabólico e a doença consistiria no impedimento, voluntário ou compulsivo, das relações sexuais procriadoras, entre casais de gotosos averiguados, ou entre descendentes de famílias de gotosos com dispurinia acentuada, à semelhança do que se propôs para prevenir a luxação congénita da anca. Assim poderia evitar-se em alguns casos a herança da tara genética. Mas a incerteza desta herança, a relativa benignidade de muitos casos de gota, o préstimo e a relativa inocuidade dos medicamentos que já possuímos, bem como a força poderosa das inclinações afectivas, são outras tantas razões a opôr a tão dura e incerta medida preventiva. A prevenção pré-concepcional tem, pois, contra si pesados argumentos, e só poderá justificar-se em casos excepcionais, em que a dispurinia familiar seja muito acentuada e grave. A dispurinia do cônjuge feminino pode ser difícil de averiguar nas idades férteis. Recordemos que Smith e Stecher apenas encontraram antecedentes familiares seguros em 25,1% dos seus gotosos; Sèze e Ryckwaert em 27,7%.

Mas os inquéritos efectuados por Talbott, considerados dos mais seguros, mostraram uma incidência mais alta; e Bonnet, citado por Louyot e Gaucher, diz que "não há doença onde a transmissão de pais e filhos pareça mais evidente".

A prevenção pré-pubertária, ou pré-hiperuricémica, é igualmente uma prevenção primária em relação à gota doença, mas já não pode considerar-se primária em relação ao defeito metabólico causal. E ela é também uma prevenção difícil de se fazer aceitar, dada a incerteza do motivo (da herança da tara genética cuja existência, por vezes, não se pode assegurar). No entanto, poderá ser útil e até necessário incutir na criança hábitos alimentares, higiénicos e adequados à compensação da dispurinia provável. Em certas famílias portuguesas são assaz comuns os excessos e vícios da alimentação. A sua correcção precoce só terá vantagens, se a fizermos com os cuidados devidos, tendo presentes as necessidades alimentares da crianças e adolescentes.

A prevenção pós-pubertária, posterior à revelação da hiper-uricemia, mas sem doença gotosa, poderá ser ainda uma prevenção primária em relação à doença, se for iniciada antes da deposição de uratos nos tecidos, e continuada com acerto e persistência.

Mas a ausência desta depoisção não pode ser assegurada, sobretudo quando a hiperuricemia é moderada. Nestes casos, poderá tentar-se baixa-la suficientemente (< 6 mgr), com um regime alimentar adequado e um suprimento de água oligossalina ou alcalina; e com o auxilio regular ou intermitente de medicamentos hipouricemiantes, pelo menos durante as estações do ano mais quentes.

Sob o ponto de vista prático, é esta a fase ou oportunidade preventiva mais importante, dado que a descoberta e confirmação precoces da hiperuricemia, persistente e primária, põem termo a dúvidas e hesitações e dão força e precisão às medidas preventivas a adoptar.

Estas medidas são hoje bem conhecidas, mas devem ser usadas com conta e medida, sem faltas, nem exageros; e não devem por-se em prática sem uma cuidadosa e repetida confirmação do diagnóstico, como aliás todas as medidas preventivas e terapêuticas de uso prolongado, e que possam ter inconvenientes.

O número e grau dos meios preventivos a pôr em prática dependem do valor da hiperuricemia e da hiperuricuria. E não falamos de crises inflamatórias, tofos, litíase urinária, alterações osteo-articulares ou de lesões viscerais, porque nesta fase não devem ainda existir. Reconheçamos, porém, que é impossivel assegurar a inexistência de pequenos depósitos úricos, nas partes moles ou osteo-articulares. A única afirmação possível é que não as encontramos, depois de as haver procurado, pelos meios habituais.

Partindo do princípio, mais ou menos provável, de que nesta fase a hiperuricemia é a única consequência real e aparente da dispurinia úrica existente, que podemos fazer para evitar que as suas consequências habituais apareçam (as crises inflamatórias, os tofos, a litíase renal, a nefropatia, etc.) ?

Em primeiro lugar, estabelecer um regime alimentar adequado, sem exageros, nomeadamente quando se trate de indivíduos jovens, activos e com uma hiperuricemia moderada, de 7-8 mgs por 100 ml.

Ao mesmo tempo habituar estes pacientes a beber diariamente, em jejum, a

meio da tarde e ao deitar (3-4 horas após as refeições) um copo de água oligossalina (Luso, Evian, ou similar). E quando o regime alimentar e o suplemento de água não bastarem, juntar-lhes os medicamentos habituais, começando pelos inibidores da formação do ácido urico (alopurinol, etc.).

Deve-se procurar evitar o uso dos uricosúricos nos pacientes hiperexcretores (com uricosúria elevada), pelo menos em doses elevados e sem o auxílio de um maior suplemento de água oligossalina ou alcalina. O alopurinol poderá ser substituido pelo ácido orótico, e o probenecid pela sulfinpirazona.

O regime alimentar não precisa de ser demasiado severo. Basta suprimir os alimentos mais ricos em purinas, ou em fontes de purinas, ou que diminuam a eliminação do ácido úrico. E aconselhar o gotoso a comer moderadamente; e a suprimir os alimentos ou bebidas que venham a identificar-se como factores precipitantes das crises.

Prevenção da gota depois da doença clinicamente revelada, por crises inflamatórias agudas (artrites microcristalinas, bursites, tenossinovites, flebites, etc.), ou por tofos úricos aparentes, litíase urinária, nefropatia, etc.

Nesta fase a prevenção confunde-se com a terapêutica, sem deixar de ser uma prevenção secundária, tardia, mas ainda eficiente e necessária.

A correcção da hiperuricemia continua a ser a medida preventiva fundamental. Depois dos depósitos úricos constituídos, nas articulações ou outros orgãos, os hipouricemiantes continuam a ser necessários, mas já não bastam. É preciso juntar-lhes: um regime alimentar um pouco mais severo, embora sem exageros; um suprimento maior de água oligossalina, ou alcalina, quando seja possível; medicamentos preventivos das crises inflamatórias; solventes e eliminadores dos uratos retidos nas vias urinárias; e por vezes eliminar cirurgicamente os tofos superficiais e os cálculos urinários. E todos estes meios, mais terapêuticos que preventivos, terão de escolher-se, graduar-se e empregar-se consoante o grau da dispurinia, a fase evolutiva da doença, a tolerância e efeito dos medicamentos, as condições e necessidades do doente.

Os hipouricemiantes mais usados na hora actual são os inibidores da síntese do ácido úrico (alopurinol e ácido orótico) e os uricosúricos ou eliminadores do ácido úrico (probenecid, sulfinpirazona, etc.), além do regime alimentar e dos suplementos de água oligossalina ou alcalina.

Os antiinflamatórios continuam a ser a milenária colchicina, a indometacina, a fenilbutazona, o naproxen, etc. A colchicina em doses terapêuticas é hoje pouco usada, salvo quando se precisa conhecer a sua acção para efeitos de diagnóstico. A indometacina e a fenilbutazona são bons medicamentos da crise inflamatória aguda, quando dados em doses suficientes. Em certos casos há vantagem em associar os dois, dando fenilbutazona de manhã e indometacina à noite, durante alguns dias. A inflitração local, intra-sinovial ou periarticular de um corticosteróide depósito também pode ajudar a dimuinuir a intensidade e a duração da artrite microcristalina, assim como a injecção de ACTH.

A prevenção das crises inflamatórias pode ser feita com a colchicina, na pequena dose de um miligrama, diariamente e de preferência ao jantar. No caso de ser mal tolerada, poderá ser substituída por 25 a 50 mg de indometacina, por dia, dada às refeições.

De grande importância é igualmente o regime alimentar. Um regime alimen-

tar moderado, tanto na qualidade como especialmente na quantidade, sobretudo no que diz respeito aos alimentos gordos, purinóforos e purinogénicos, sem álcool que deve ser abolido, e sem factores desencadeantes das crises, será certamente um regime alimentar que concorrerá para o tratamento, mas que poderá ajudar a prevenir as crises. Ainda dentro do regime alimentar devemos acentuar a importância de que se reveste o suplemento de água hipossalina ou alcalina.

A evacuação cirúrgica dos tofos superficiais também pode ser considerada um meio preventivo e curativo da gota úrica, dado que pode libertar o organismo de grandes depósitos de uratos, poupando o rim. Mas hoje os grandes tofos já são raros, graças justamente à benéfica difusão que vão tendo os meios preventivos.

Todos estes meios são eficientes e em sua maioria relativamente inócuos. No entanto, o regime alimentar, os suplementos de água e, sobertudo, os medicamentos podem ter os seus inconvenientes como é obvio. Não deve tratar-se a gota, nem procurar prevenir as suas consequências, durante anos seguidos, com regimes alimentares restritos, sobrecargas hidrícas e salinas, e medicamentos com efeitos secundários e inter-reacções indesejáveis sem um diagnóstico e sem conhecer e vigiar atentamente o gotoso.

PREVENÇÃO DO REUMATÍSMO ARTICULAR AGUDO E DAS CARDIOPATIAS REUMATISMAIS O problema continua a existir, e com gravidade confrangedora, nos países subdesenvolvidos, mas também nas "ilhas de pobreza" e promiscuidade, dos países ricos e desenvolvidos.

L. Décourt, no seu excelente capítulo sobre a doença reumática, dá-nos informações tão completas e claras, incluindo as relativas à prevenção, que pouco ou nada podemos acrescentar aqui.

Por um lado há francos sinais de atenuação da morbilidade e mortalidade da FR. Décourt informa que a percentagem de internados por FR. no Hospital das Clínicas de S. Paulo, foi de 4,37% no quinquénio de 1951-55, baixando para 2,69%, no triénio de 1966-68. F. Hayem, do Hospital des Enfants Malades de Paris", confirma que as cardites reumatismais são hoje menos frequentes e menos severas. E, na população de algumas escolas portuguesas, a incidência das cardiopatias reumatismais baixou de 1,6% para 0,73%, de 1953 a 1973, segundo rastreios efectuados em milhares de crianças, por A. Faleiro, A. Teixeira e colaboradores.

Por outro lado, o esclarecido e experimentado T. Strasser, da *Organização Mundial de Saúde,* chama a atenção para um muito recente artigo da "Chronique OMS", já de 1980, cujo resumo vale a pena transcrever: "Le rhumatisme articulaire aigu et la cardiopatie rhumatismale posent un prolème de Santé Publique majeur dans toutes les parties du Monde. Aux États-Units d'Amérique, par exemple, on estime que 100.000 des enfants et 1,7 milions d'adultes sont atteints de cardiopatie rhumatismale et que cette affection provoque chaque année 13.000 décés. A Sri Lanka, en 1978, le taux de mortalité par rhumatisme articulaire aigu était supérieur à 47 par 100.000 habitants et depassait 140 dans le groupe d'âge 5-19 ans; pour la cardiopathie rhumatismale il était de 36

par 100.000 habitants et 108 dans le groupe d'âge 5-19 ans. La situation n'est guère differente dans les autres pays en developement" (*Chronique OMS, 34.357, 1980)".*

Estes testemunhos relativos a locais tão diferentes do Mundo confirmam efectivamente os êxitos das medidas preventivas já conhecidas, mas não deixam de nos mostrar também quão grande é ainda a necessidade e a urgência de prosseguir e alargar a acção preventiva.

Para esse efeito interessa igualmente recordar outros factos, como o fazem *Hayem e Dormeve.* Em primeiro lugar certas modificações do quadro clínico de reumatismo articular agudo (RAA). Hoje são menos frequentes as manifestações cutâneas, tanto o eritema marginado como os nódulos de Meynet; e a síndrome articular reduz-se por vezes a uma monoartrite, modificação que pode confundir o clínico menos avisado. E a prevenção também pode ser dificultada pela existência de portadores de estreptococus β hemolítico assintomático, assim como pela multiplicidade de tipos de estreptococus do grupo A. *A imunidade conferida pela infecção de um dos tipos não protege para os muito outros tipos restantes.*

Lembremos ainda, com o faz *Décourt*, que o RAA não depende só de infecção por estreptococus β hemolítico do grupo A, mas também de outros factores capazes de originar reacções imunológicas cruzadas: "*uns provenientes do próprio estreptococus, como a proteína M da parede bacteriana, as estreptolisinas oxigenolábeis,* a *desoxirribonuclase B e os protoplastos; outros da parede cardíaca, como a fracção glicoproteíca, das valvas cardíacas e os antígenos resultantes da agressão directa das toxinas bacterianas.* A provável multiplicidade e complexidade desses factores e mecanismos patogénicos, ainda ignorados ou mal conhecidos, explica que só uma pequena percentagem de infecções ou inflamações estreptocócias-amigdalites, faringites, dermites, etc — venha a dar artrites, cardites e outras lesões reumáticas viscerais; e que estas só apareçam algumas semanas após a infecção, e que sejam raras antes dos três anos de idade, período em que também não são comuns as imunopatias adquiridas".

As más condições de vida, diminuindo as defesas orgânicas, como a alimentação deficiente em proteínas e vitamias e a permanência em meios frios e húmidos; ou facilitando os contágios como a *habitação superpovoada*, a promiscuidade, a falta de higiene, concorrem também para aumentar a incidência das infecções estreptocócias e, consequentemente, do RAA e das cardiopatias reumatismais. O gráfico do *Quadro 5* é bem elucidativo e revela-nos a grande importância dos factores médico-sociais.

São igualmente conhecidos: a maior frequência e gravidade das cardiopatias entre as crianças e adolescentes; a susceptibilidade às recorrências deixada pelo primeiro surto de RAA; a maior frequência de cardiopatias reumatismais em cidades de elevada altitude. L. Décourt reproduz alguns dados duma recente investigação interamericana, na qual se apurou que a mortalidade por febre reumática e cardiopatia reumatismal era mais elevada na cidade do México (situada a mais de 2.000 metros de altitude) do que em S. Paulo ou em Caracas.

Na prevenção do RAA e das cardiopatias reumatismais podem distinguir-se duas fases, assaz diferentes pelas dificuldades e possibilidades que oferecem.

Uma primeira fase (a mais prestante e segura e que pode considerar-se de prevenção primária) em que se procura evitar o próprio RAA, actuando sobre os porta-germes, clinicamente assintomáticos, ou sobre os focos de infecção já com processo inflamatório aparente (amigdalites, *faringites*, estomatites, dermites, *vaginites*, etc.). A existência dos porta-germes, sem processo inflamatório revelador, pode suspeitar-se mas não pode assegurar-se sem o exame bacteriológico, o que nem sempre é fácil de realizar com a frequência necessária, em grandes comunidades. Todavia estes porta-germes são fontes de contágio importantes, sobretudo em meios fechados e populosos (escolas, internatos, quarteis, etc). pela sua frequência e porque levantam menos suspeitas que os portadores de processos inflamatórios e infecciosos estreptocócicos já declarados e evidentes.

As sulfamidas não chegam porque são apenas bacteriostáticas. O medicamento preferido é a penicilina, que, além de ser bactericida, actua bem "per os" e por via parentérica, desde que seja dada em doses suficientes e durante dez dias consecutivos, pelo menos. Aconselham-se um a dois milhões de unidades por dia, consoante a gravidade da infecção e o peso do doente. Quando a penicilina V ou G são administradas" per os", e em dose diária de um milhão de unidades, ou superior, deve ser em quatro doses parciais, de 6-6 horas, Para manter a penicilemia a nível suficiente, dado que a penicilina é eliminada facilmente.

Nos casos de intolerância, a penicilina terá de ser substituida pela eritromicina, ou outro antibiótico escolhido, de acordo com o antibiograma e a sensibilidade do doente (eritromicina, tetraciclina, doxiciclina, etc.). Fora destes casos de intolerância, a penicilina continua a ser o medicamento preferido. Depois de 20 anos de uso frequente, o estreptococus B hemolítico continua a deixar-se vencer por ela. Parece, no entanto, que alguns dos tipos de estreptococus começam a manifestar certa resistência.

A segunda fase é a prevenção das recorrências e do agravamento da cardite.

O indivíduo que sofreu um primeiro ataque de RAA complicado de cardite parece ficar mais atrito a recorrências, de uma ou outra sindrome: recorrências de que resultam frequentemente um agravamento da cardiopatia e suas sequelas.

O RAA "lambe as articulações e morde o coração". É raro que a síndrome articular se prolongue e fixe. Por isso o que comanda a profilaxia e a terapêutica, e o que mais preocupa o clinico, é a instalação ou o agravamento da cardite. E sobertudo a sua instalação, porque depois de iniciada pode ser difícil extingui-la e fica preparado o terreno para as recorrências. *L Décourt* descreve-nos as lesões encontradas nos apêndices auriculares (auriculites de alguns pacientes operados, com cardiopatias aparentemente extintas (13).

Nesta segunda fase de prevenção também tem um papel importante o uso da penicilina, aliada ao repouso e ao isolamento, sempre que haja riscos de contágio. Mas as doses e a técnica de utilização da penicilina são diferentes das que se usam na prevenção do primeiro surto.

Após os dez dias seguidos de tratamento, já referidos, para procurar exterminar o estreptococus de foco ou focos de infecção, identificados ou suspeitos, passa-se ao tratamento preventivo de novas infecções

Se ao tratamento de novas infecções, com penicilina dada diáriamente "per os", em doses menores (200.000 U duas vezes por dia), ou uma injecção intramuscular de 1.200.000 unidades de penicilina benzatina, de 3-3 semanas; ou com intervalos menores (2 em 2 semanas), se a penicilemia não se mantiver suficientemente alta durante as três semanas, ou se os riscos de contágio forem maiores, como sucede em certas épocas do ano (Outono e Primavera), surtos epidémicos), em certos locais (escolas, internatos, quarteis) e no exercício de algumas profissões (médicos, enfermeiras, professores, etc.).

A eritromicina poderá substituir igualmente a penicilina, quando esta não seja bem tolerada. E as sulfamidas (sulfadiazina, etc.) também poderão ser utilizadas para este efeito.

A primeira infecção estreptocócica deixa imunidade para o tipo respetivo de estreptococus do grupo A, como dissemos, mas não para os outros tipos conhecidos (*cinquenta ou mais*). Esta multiplicidade de tipos imunológicos é uma razão das recorrências e uma das dificuldades para a elaboração de vacinas.

No capítulo sobre a doença reumática de L. Décourt, a que já nos referimos com admiração, encontram-se quadros e promenores relativos à terapêutica e prevenção do RAA e das cardiopatias reumatismais, que completam estas nossas breves informações.

Alguns períodos deste excelente capítulo, sobre amigdalectomia e vacinas vale a pena transcrevê-los, dada a sua clareza e oportunidade:" A ocasião e a necessidade de remoção dos chamados "focos de infecção", em particular o das amigdalas, devem ser avaliadas com sensatez. Não há dúvida de que a amigdala, sã ou doente, representa apenas uma parcela da zona infectada da garganta; e que as estreptococcias faringeas podem persistir e recorrer depois da sua remoção. Esta remoção não altera habitualmente o decurso das estreptococcias, nem e incidência da doença reumática, nem o risco da cardiopatia residual. Não há, pois, justificação para a amigdalectomia sistemática. As amigdalas apenas deverão ser afastadas quando definitivamente doentes, e, em particular, quando as suas agressões forem acompanhadas por evidente elevação do título antiestreptolisinico O no soro. A medida pode ser útil, mas não deve trazer falsa noção de segurança nem o abandono das medidas profiláticas. Como medida de segurança, a amigdalectomia deverá ser precedida por doses adequadas de antibióticos: "Nas crianças 600.000 U de penicilina-benzatina, nos adultos 1.200.000 U, dados na vespéra ou na manhã da intervenção", pelo menos. Mais seguro será ainda realizar a protecção com um milhão de U de penicilina V ou G, diariamente e durante dez dias, iniciando a série 3 dias antes e terminando-a 7 dias depois, com a injecção de penicilina-benzatina de 1.200.000 U.

"As tentativas de imunização" defrontam-se, ainda, com certas dificuldades: multiplicidade de tipos imunológicos de estreptococus B hemolítico, variedade dos antigenos bacterianos, toxicidade das preparações, reacções graves à aplicação de vacinas. Contudo, recentemente, os métodos de purificação da proteína M vêm permitindo a obtenção de imunização específica. Com a utilização do antigeno, ou de preparações da parede do estreptococus, conseguiram-se, em seres humanos, anti-corpos bactericidas tipo-específicos. Embora tenham

sido observadas reacções eventuais (e até a eclosão de surtos reumáticos), os processos de imunização são altamente promissores e talvez possam, dentro em breve, ser aplicados em grande escala" (13).

Encerremos com estas palavras de esperança o presente e breve memorando sobre a prevenção do velho RAA, que continua a "morder o coração e a pôr termo à vida de tantas crianças e adultos jovens.

A PREVENÇÃO DOS REUMATISMOS CRÓNICOS INFLAMATÓRIOS. Os reumatismos crónicos inflamatórios (RCI) atingem principalmente os adultos jovens e de meia-idade e algumas crianças; ao contrário do que sucede com a maioria as artroses e com algumas gotas úricas.

As formas mais comuns e importantes destes RCI são as artrites reumatóides (AR), flagelo de muitas mulheres na flor da vida; e espondilartrites anquilosantes (EA), que inteiriçam o raquis e prendem o tórax e as grandes articulações de bastantes rapazes e adultos jovens.

Em Portugal também se encontram com frequência as artrites psoríasicas e os reumatismos crónicos infantis. Os reumatismos relacionaveis com enteropatias e processos infecciosos distantes e as colagenoses graves tem-nos aparecido com relativa raridade.

Mau grado o admirável afã dos investigadores, a ignorância das causas e mecanismos etiopatogénicos fundamentais dos reumatismos crónicos inflamatórios é ainda maior que a ignorância etiológica respeitante aos grupos nosológicos a que nos referimos nas páginas anteriores. E o pouco que sabemos, ou suspeitamos, sobre a natureza genética, imunológica, viral, infecciosa e ambiental dos factores etiológicos e do seu "modus faciendi", não chega para realizar uma prevenção primária, nem uma prevenção tão válida como a da febre reumática, das artroses ou da gota úrica.

No âmbito dos reumatismos crónicos inflamatórios, só podemos prevenir algumas das suas consequências e salvaguardar a função articular, nos casos que não sejam demasiado severos.

De qualquer modo, muito se pode fazer já para evitar, retardar ou minorar os sofrimentos e as situações de invalidez motora, que podem resultar das lesões sinoviais, cartilagineas, epifisárias e musculares, próprias destas poliartrites, sobretudo quando as diagnosticamos tardiamente e as tratamos insuficientemente.

A experiência mostra-nos efectivamente que pelo menos algumas das desastrosas consequências podem ser evitadas, retardadas ou minoradas; e, também, e em certa medida, reparadas, graças aos notáveis progressos da moderna cirurgia ortopédica e reumatológica.

Os meios preventivos de que dispomos, também aqui se confundem quase sempre com os meios terapêuticos. E tanto uns como os outros são bem conhecidos dos reumatologistas, ortopedistas, fisiatras e hidrologistas. Todavia nem sempre se utilizam devidamente, pelo menos com a precocidade e persistência necessárias, algumas vezes por culpa dos doentes e seus familiares, outras por falta de instalações adequadas, pessoal auxiliar qualificado, verbas e paciência; e também por falta de uma acção informativa e educativa, junto dos doentes e do público em geral.

Tomando por base uma recente publicação de Ryckwaert e Guerin enume-

ramos a seguir alguns dos meios preventivos mais comuns e acessíveis:

O diagnóstico precoce, da existência, forma e actividade do reumatismo. Os dados clínicos sistematicamente procurados e as provas laboratoriais permitem hoje descobrir e classificar estas doenças nas suas fases incipientes; e consequentemente a utilização mais prestante e fácil das outras medidas preventivas, ou até conseguir que elas não venham a ser necessárias.

Os medicamentos: os análgésicos, antiinflamatórios e descontracturantes, e os sais de ouro, usados com os cuidados devidos e na medida das possibilidades e necessidades, ajudam a atenuar as dores e a inflamação, e suas consequências; e permitem muitas vezes manter a função articular e o trabalho.

As posições e exercícios ortopédicos: são muito necessários à conservação das atitudes posturais e dos movimentos articulares normais; e também para contrariar a tendência a posições viciosas, ou para recuperar posições e movimentos já perdidos.

Dentro deste segundo grupo de cuidados figura ainda a luta quotidiana contra as posições antálgicas (joelhos e ancas em flexão, ombro em adução mãos em garra, etc.) e contra as atrofias musculares.

As goteiras e coletes posturais, de gesso, plástico, couro ou metal, para imobilização descontinua de um ou mais segmentos ósteo-articulares, dos membros ou vertebrais.

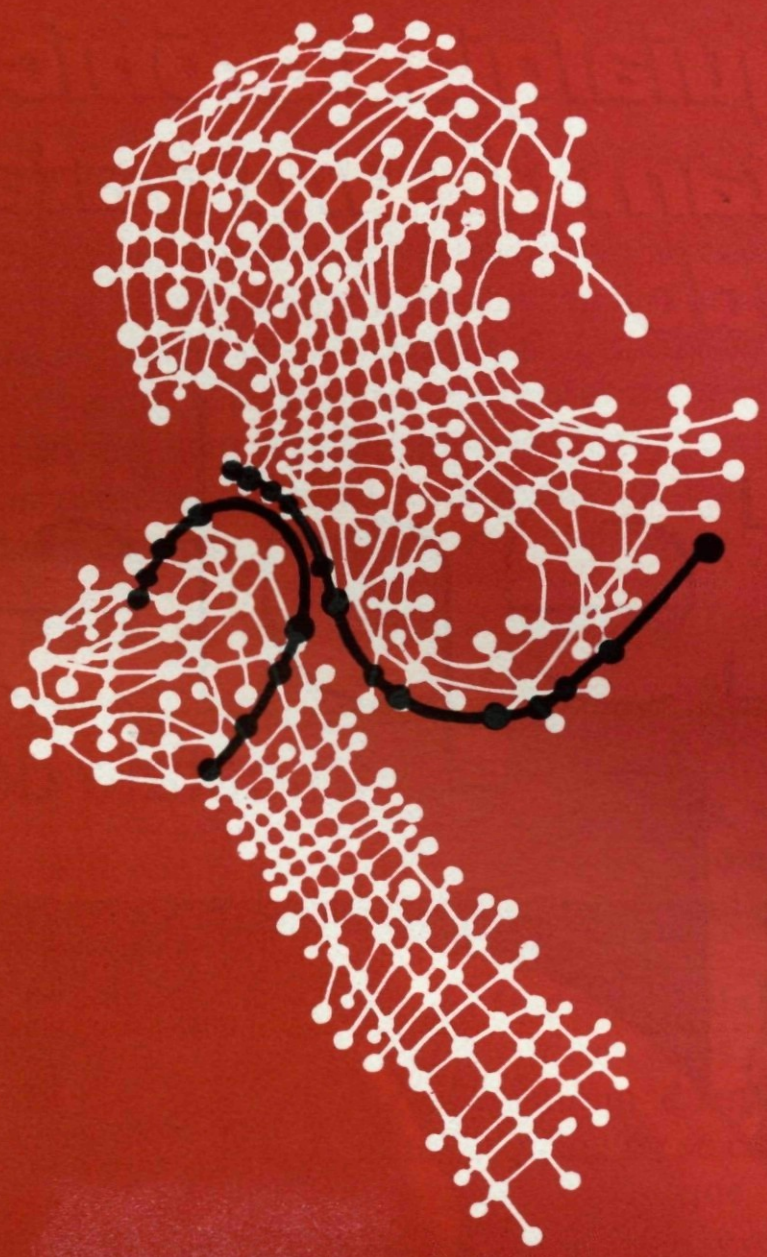
Estas ortoteses, pelo repouso articular a que obrigam, atenuam os fenómenos inflamatórios e as contracturas musculares; e evitam o agravamento de posições viciosas já existentes, ou facilitam a sua correcção progressiva. E, pela mobilização intermitente que consentem, ajudam a recuperar movimentos mais amplos.

A fisioterapia, realizada em serviços adequados, e utilizando os seus múltiplos e diversos agentes (calor, massagens, exercícios activos e passivos, lama-parafina, piscinas, crenoterapia, etc.), completa o que o doente pode e precisa de fazer no seu domicilio e locais de trabalho, no que diz respeito a posições e exercícios ortopédicos.

Os estabelecimentos hidrológicos, de águas sulfurosas e outras, dão desde há muitos séculos, prestante ajuda aos desventurados reumáticos; e podem igualmente colaborar na prevenção dos "reumatismos crónicos inflamatórios", assim como das artroses e da gota úrica, bem como no tratamento de muitas das numerosas lombalgias.

A simples mudança de lugar e de clima, só por si, já pode trazer alguns benefícios à sindrome inflamatória dos reumatismos. Laborit, na França, e nós no Hospital Termal Rainha D. Leonor, das Caldas da Rainha, verificamos que a transferência de indivíduos sãos e de doentes reumáticos, de um lugar para o outro (da beira-mar para a montanha, ou vice-versa) era capaz de baixar a temperatura, a velocidade de sedimentação, as glicoproteinas do soro, e de atenuar transitoriamente as dores, facto que talvez possa ser atribuido os estimulo do eixo hipófisosupra-renal operado pela "agressão" da transferência.

A terapêutica e prevenção ocupacionais, adequadas às necessidades do doente, e feitas igualmente com vista a evitar posições viciosas, anquiloses e outros defeitos ósteo-articulares e musculares, previstos; ou destinada a ajudar a corrigir defeitos já existentes.



BIFENE

(FENBUFENE)

ANTI-REUMÁTICO DE ACÇÃO PROLONGADA

- MÍNIMA INTERFERÊNCIA GASTRO-INTESTINAL
- SUPERIOR EFEITO ANTI-INFLAMATÓRIO
- PODEROSA ACÇÃO ANALGÉSICA
- RÁPIDA ABSORÇÃO

APRESENTAÇÃO:

	P.V.P.	S.M.S.
Cápsulas a 300 mg. - Embalagem de 20	628$00	314$00
Embalagem de 60	1 601$00	800$00

cipan

Departamento de Propaganda:
Av. Gomes Pereira, 74 - 1500 LISBOA - Telef. 70 41 51

As raquialgias crónicas necessitam de um tratamento de fundo

Uteplex®

trifosfato de uridina (UTP)

ampolas bebíveis: 3x dia

Wyeth

Informação detalhada será fornecida à Classe Médica a pedido

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Av. Marechal Gomes da Costa, lote – 9 • 1899 Lisboa Codex Tel. 859 20 61

Cons. Reg. Com. Lisboa N.º 18205 • Capital Social 545 000 000 • P Colectiva no 500 140006

APRESENTAÇÃO

Caixa de 12 ampolas bebíveis

PVP. 431$00

As intervenções cirurgicas correctivas e preventivas: incruentes, como a aplicação de goteiras, as trações continuas, as mobilizações forçadas sob anestesia. As intervenções médias, como a sinovectomia, a sinoviortese, a secção do ligamento anterior do carpo. E as grandes operações ortopédicas e de neurocirurgia, feitas por cirurgiões, em serviços especializados, como as osteotomias de realinhamento, as próteses totais da anca e dos joelhos, as diversas intervenções cirurgicas das mãos, pés, vertebrais, etc.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

E para terminar este curto e incompleto arrazoado, lembremos mais uma vez que a Prevenção Reumatológica, assim como toda a Medicina Preventiva, não pode realizar-se com a largueza e a eficiência desejada, sem uma estreita e ampla colaboração de diversos especialistas Médicos, apoiados pelos Orgãos de Informação, pelas Autoridades e por outros grupos populacionais e profissionais.

A colaboração informativa e educativa da Imprensa e da Rádio e Televisão é particularmente necessária, sobretudo para convencer os que se julgam sãos, a procurar periodicamente (e antes de se sentirem doentes os Serviços de Medicina Preventiva. O que é ainda bastante difícil de se conseguir em alguns países. Nós conhecemos condutores de automóveis que nunca se fizeram examinar pelo médico, mas que não deixam de mandar rever cuidadosamente o "seu carro", dentro dos estreitos prazos marcados.

Contudo a propaganda da necessidade e das possibilidades actuais da Reumatologia Preventiva — como a de outros aspectos da Medicina Preventiva deve ser feita, evitando criar estados de angústia no público O excesso de objectividade e outros exageros podem ser contraproducentes, nomeadamente para os já doentes e inválidos, ou com tendência para nosofobias e neuroses depressivas. Nestes, é dever acender esperanças e não acabrunhá-los ainda mais, sem deixar de levantar um pouco a ponto do véu que encobre a verdade.

Os prováveis frutos da investigação científica podem apontar-se como reais luzeiros de esperança, a acender e a atiçar cada vez mais, sobertudo nos locais e nas mãos onde possam vir a produzir claridade. A investigação científica, "o saber de experiência feito," e a educação, e uma distribuição da riqueza mais justa e prestante, acabarão por enriquecer suficientemente os meios preventivos dos reumatismos crónicos inflamatórios, e de outros grupos nosológicos. Entretanto é dever ir aproveitando os meios que conhecemos. Com eles já poderemos evitar muitas situações de invalidez e outros prejuízos materiais; e sofrimentos sem conta e sem preço.

RESUMÉ
(L'INSTITUT PORTUGAIS DE RHUMATOLOGIE ET LA PRÉVENTION DU RHUMATISME)

Les auteurs commecent par remémorer qualques noms et faits, notes pour l'Histoire de l'Institut Portugais de Rhumatologie. Il y a effectivement des faits et des noms dont il est un devoir et important de rappeler.

Pour celá, il est nécessaire que le texte soit court pour qu'il soit lu; répéter ce qui a été dit et redit sur la Prévention. C'est une raison pour l'aquelle l'article éditorial doit être aussi petit. Rappeler surtout et rendré hommage à ceux qui dés la première heure nous ont aidé, stimulé et nous ont donné du prestige; c'est sans doute un devoir de rappeler, par exemple: Prof. F. Pulido Valente, Prof. António Flores, Prof. Luís de Pap. Adelino Padesca, Prof. Ayres de Sousa, Prof. João Porto et tant d'autres qui nous ont donné la force, le prestige, l'enthousiasme pour persister et continuer, comme nous l'avons d'ailleurs fait, et encore résister aux nombreuses mauvaises herbes qui sont opposés.

Ces illustres Professeurs et le Ministre Trigo de Negreiros furent notre bras droit, dans les débuts de l'Institut et de la Prévention.

Aprés ces souvenirs, deux mots sur la prévention rhumatologique, qui ainsi commence pour nous au même temps — "Ab initio" — comme il était aussi nécessaire et possible.

Peu de paroles, beaucoup de bons rappels — Talbot aux E.U.A. et Strasser à Genève de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), nous ont donné leur précieuse collaboration et èest pour celá que nous avons accordé de ne pas supprimer certaines lignes. Nous avons préférer nous répéter.

Supprimer cette collaboration serait un erreur, elle reste à son origine et utilité.

Cest ainsi que nous avons acquis beaucoup de connaissances utiles et nécessaires sur la prévention de la goutte urique, fièvre rhumatismale, rhumatismes inflammatoires chroniques et dégénératifs.

Connaissances utiles de certaines maladies et de leur prévention.

Nous allons commencer — ou plutôt recommencer — continuant l'excellente Reine Dona Leonor, Dr. Gomes de Araújo, Dr. Costa e Silva et tant d'autres qui ont eu la même pensée mais n'ont pas eu l'idée de persister, de perséverer et de lutter, comme nous l'avons fait, jusqu'ici.

SUMMARY
(THE PORTUGUESE INSTITUTE OF RHEUMATOLOGY
AND THE PREVENTION OF RHEUMATISM)

The authors remember some names and facts, which are notes for the History of the Portuguese Institute of Rheumatology. In fact, there are some facts and names which are a duty and also important to remind.

Therefore, it is necessary that the text be small, so that it will be read; to repeat what has been told and retold about Prevention. This is a reason for the editorial article to be small. To remember, above all, and to pay homage to those who from the first hour have helped us, stimulated and have given us prestige. One should remember, for instance, Prof. F. Pulido Valente, Prof. António Flores, Prof. Luís de Pap, Prof. Adelino Padesca, Prof. Ayres de Sousa, Prof. João Porto and so many others, who have given us the prestige, the enthusiasm to persist and to proceed, as we have done, and yet to resist to many obstacles to which we are opposed.

These famous teachers and the Minister Trigo de Negreiros have been our righthand men in the beginning of the Institute and the Prevention.

After these reminders, two words about the rheumatological prevention, which begins for us this way at the same time, "ab initio", as it was necessary and possible.

Little words, but good reminders — Talbot in U.S.A. and Strasser in Genoa in O.M.S. — they have given us valuable collaboration and, therefore, we agree in not eliminating certain lines. We prefer to be repeating. It would be an error to eliminate this collaboration, she stays in her origin and utility.

So we have got many useful and necessary knowledge about the prevention in uric gout, rheumatic fever, inflammatory rheumatisms, cronic and degenerating — useful knowledge about certain diseases and the respective prevention.

We begin, or better, we rebegin going on as the Excellent Queen D. Leonor, Dr. Gomes de Aarújo, Dr. Costa e Silva and so many others, who have had the same thought, but who have not had the idea to persist, to preserve and to fight, as we have done until now.

BIBLIOGRAFIA

1. Arlet J., Ficat P., Guillem B.: Recherches etiologiques systématiques dans 103 cas de "coxarthrose". International Symposium on epidemiology of osteoarthrosis, Abstracts. Paris, 1980.

2. Auquier L., Siaud J., Henrard J. C.: Enquete controlée sur le rachis lombaire des tractoristes. Internacional Symposium on epidemiology of ostearthrosis, Abstract. Paris, 1980.

3 Ballabio C.B.: Introduction. Symposium on Degeneration of Cartilage. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.

4 Barcelo P., Muriach V.; Troubles humoraux dans l'arthrose. VI Congresso Europeu de Reumatologia, Lisboa, 1967.

5 Belart W.: Un programme concernant la Prévention Médico-Sociale du Rhumatisme. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.

6 Boni A.: Étude critique du traitement de la dégénération et la regeneration du cartilage. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa 1967.

7 Borrachero Del Campo J.: Dysmorphies pelviennes transverses et la coxarthroses. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.

8 Boyle J.A., Buchanam W.W.: Reumatologia Clínica. Editorial Marin S. A., Barcelona, 1972.

9. Caroit M., Sèze S., Debeyre J. et al: Prévention de l'ornarthrose. Un aspect du probléme. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.

10. Chantraine A.: La thérapeutique physique dans le arthroses. Rev. Méd. Liège 20: 660, 1970.

11. Cobra, C. J.: Tratamento da Gota. in Reumatologia, ed. H. Seda, Editora Cultura Médica. Rio de Janeiro 1971, p, 700.

12. Cortez Pinto A.: Système d'observation et d'aide sociale pour les rhumatisants au Portugal. Contemporary Rheumatology, La Haye, 1956, p. 378.

13. Decourt L. V.: Doença Reumática. In Reumatologia, ed. H. Seda, Editora Cultura Medica, Rio de Janeiro, 1971, p. 203.

14. Delbarre F.: La prévention des accidents de la goutte. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.

15. Dingle J. T.: The role of the Lysosomal-System in the Dynamie Equilibrium of Cartilage. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.
16. Ducla Soares A.: Reumatismos Hematológicos. 2º Colóquio Internacional de Reumatologia Preventiva. Lisboa, 1977.
17. Fallet G.H., Wettstein P., Ott H. et al: Étude Radiologique des articulations Sacroiliaques dans la Polyarthrite Rhumatoid Séro-Négative. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.
18. Ferreira W.: Papel do laboratório na Prevenção e Diagnóstico da Febre Reumática 2º Colóquio Internacional de Reumatologia Preventiva. Lisboa, 1977.
19. Figueirinhas J.: Epidemiological Aspects of Rheumatology. Current Medical Research and Opinion. Londres, 1979.
20. Franchimont P.: Pathogénie de l'arthrose. Rev. Méd. Liège 20: 651, 1970.
22. Hayem F., Donneve R.: Prévention et Prophilaxie du Rhumatisme Articulaire Aigu La Santé de l'Homme 203:5, 1976.
23. Herbert J.J.: Prevenção do Reumatismo Degenerativo e Cirurgia 2º Colóquio Internacional de Reumatologia Preventiva. Lisboa, 1977.
24. Houli J.: Artrite Reumatóide. In Reumatologia, ed. H. Seda, Editora Cultura Médica. Rio de Janeiro, 1971, p. 244.
25. Kahn M.F.: Peut-on prévenir l'arthrose? La Santé de l'homme 203: 16, 1976.
26. Katona G.: Prevenção das Deformações dos Reumatismos Crónicos Inflamatórios. 2º Colóquio Internacional de Reumatologia Preventiva. Lisboa, 1977.
27. Kellgren J. H., Lawrence J. S.: Osteoarthrosis and disk degeneration in a urban population. Ann. Rheum. Dis. 17: 388, 1958.
28. Lequesne M., Debeyre J., Sèze S.: Le traitement préventif de la coxarthrose et le traitement d'arret de son évolution. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.
29. Lequesne M.: Etiologie de la coxarthrose sur 200 cas. Role de la dysplasie (150 sujets témoins). International Symposium on Epidemiology of Osteoarthrosis, Abstract. Paris 1980.
30. Lima Faleiro A.: A doença cardíaca reumatica nas crianças das Escolas Primárias de Lisboa. Jornal do Médico, 165-167. Lisboa, 1953
31. Lima Faleiro A., Assunção Teixeira M.: La maladie de Bouillaud parmi les écoliers de Lisbonne. Contemporary Rheumatology. La Haye, 1965.
32. Louyot P., Guanel C., Jung G.: Influence nocive de quelques activités professionnelles sur le rachis et deductions préventives. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa 1967.
33. Mankin M.J.: The pathophysiology of osteoarthritis and its implications in epidemiology. International Symposium on Epidemiology of Osteoarthrosis, Abstract. Paris, 1980.
34. Menkes C.: Sinoviortese Médica na Prevenção das Deformações da A.R. 2º Colóquio Internacional de Reumatologia Preventiva. Lisboa, 1977.
35. Mizraji M.: Uric-Acid. Reducing Substances Therap as Prophylatic Elements in the progressive evolutivity of the gout. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.
36. Mozziconaci P.: Consequências Sociais da Poliartrite Juvenil. 2º Colóquio Internacional de Reumatologia Preventiva. Lisboa, 1977.
37. Nava P., Seda H.: Osteoarthritis of the Spine. Analysis of the age of 1467 patients. Anais do X Congresso da Liga Internacional Contra o Reumatismo. Edizioni (Minerva Médica, Vol. 1, Roma, 1961, P.3.
38. Nava P., Seda H.: Peso corporal e espondilartrose. O Hospital, 62: 1163, 1962.
39. Nava P., Seda H.: A acção de peso corporal nos reumatismos (estudo de 1000 casos). Brasil Médico 80: 227, 1966.

40. Nava P., Seda H., Penido P. et al: Postura corporal e reumatismos. Estudo do assunto em 1369 reumáticos portadores de defeitos posturais. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.
41. Nesterov A.I., Astapenko M.G.: Clinical-Imunological Aspects of Sero-Negative Arthritis. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.
42. Orloff S.: Lombalgias e osteomalácia: excreção de Fosfoetanolamina e Hipofosfatasia como sinal precoce. 2º Colóquio Internacional de Reumatologia Preventiva. Lisboa, 1977.
43. Pap L., Guerra Y.: Sur les altérations cliniques et radiologiques de la colonne vertébrale chez les porteurs de fardeaux. Anais do X Congresso da Liga Internacional Contra o Reumatismo. Roma, 1961.
44. Pinheiro, G.C.: Gota. In Reumatologia, ed. H. Seda, Editora Cultura Médica, Rio de Janeiro, 1971, P. 661.
45. Rothermich N.: Classificação das osteoartroses com base para a terapêutica preventiva 2º Colóquio Internacional de Reumatologia Preventiva. Lisboa, 1977.
46. Rubens-Duval A., Viliaumey J.: L'arthrose vertébrale d'origine sportive. Méthodes préventives. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.
47. Ryckwaert A., Guerin CL.: Les Rhumatismes Inflamatoires Chroniques (polyarthrite et spondylarthrite mesures préventives(. La Santé de l'Homme. 203: 20, 1976.
48. Schiavetti L., Bonito G., Bray E. et al: Les Dysplasies de la hanche et les altérations métaboliques du connective auriculaire dans la prévention de la coxarthrose. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.
49. Seda H.: As artroses dos pés. Brasil Médico 79: 147, 1965.
50. Seda H.: Contribuição à profilaxia das artroses. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.
51. Seda H.: A participação do peso corporal e da postura corporal na fisiopatologia da osteoartrose da coluna. Revista Brasileira de Reumatologia 18: 243, 1978.
52. Sèze S., Sèze M.: Prévention des Rhumatismes Chroniques. Conclusion. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.
53. Sèze S.: Prophilaxie des Rhumatismes et prévention des invalidités rhumatismales. La Santé de l'Homme, 203:2, 1976.
54. Silberberg R.: Responseof articular condrocytes to systemic stimulations. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.
55. Sokoloff L.: Etiologia da doença articular degenerativa e a sua Prevenção. 2.º Colóquio Internacional de Reumatologia Preventiva. Lisboa, 1977.
56. Sokoloff L.: Comparative pathology of degenerative joint disease. Internacional Symposium on Epidemiology of osteoarthrosis. Paris, 1980.
57. Solomon L.: Somatotype, bone status, disc degeneration and polyarticular disease in patients with osteoarthritis of the hip. Abstracts. Internacional Symposium on epidemiology of osteoarthrosis. Paris, 1980.
58. Strasser T., Rotta J.: La lutte contre le Rhumatisme Articulaire Aigu et les cardiopathies rhumatismales. Aperçu des activités de L'OMS. "R" 3:4, 1973.
59. Strasser T.: A prevenção reumatológica vista pela OMS pelo seu representante. 2.º Colóquio Internacional de Reumatologia Preventiva. Lisboa, 1977.
60. Strasser T.: La fiebre reumática y la cardiopatia reumática en el decinio de 1970. Crónica de la OMS 32: 19, 1978.
61. Taranta A.M.D., Wafaa El-Sadr M.D.: The spectrum and the specter of Rheumatic fever in the 1980s Clinical Immunology Update. E. C. Frankin, Elsevier, New York, 1979, p. 183.

62. Taranta A.: Nova epidemiologia da F.R. Sua história natural mudada pela Sociedade e pela Medicina. 2º Colóquio Internacional.de Reumatologia Preventiva Lisboa, 1977.
63. Teixeira, M.A.: Premiers essais de Rhumatologie préventive dans le domaine des rhumatismes chroniques. Ninth Internacional Congress on Rheumatic Diseases. Programme Vol. 2 — Amendments. Toronto, 1957.
64. Teixeira M.A.: La prévention des Rhumatismes Chroniques (continuation de nos tentatives pour l'organiser). Atti del X Congreso della Liga Internazionale Contro il Rheumatismo. Edizioni Minerva Médica. Roma, 1961.
65. Teixeira M.A.: The Prevention of Chronic Rheumatic Diseases. Archives of Interamerican Rheumatology 4: 363, 1961.
66. Teixeira M.A.: Farinha Tavares J.: Os extractos de cartilagem óssea na prevenção e tratamento das artroses. Jornal do Médico 41: 495,1966.
67. Teixeira M.A.: Prévention des Rhumatismes Chroniques. Introduction. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.
68. Teixeira M.A., Coelho., Raposo M. et al: Os defeitos de posição forma e estrutura ósteo-articular e a prevenção das artroses. Simpósio sobre Prevenção dos Reumatismos Crónicos. VI Congresso Europeu de Reumatologia. Lisboa, 1967.
69. Teixeira M.A., Faleiro L., Palminha J. et al: Reumatismos da Infância e Juventude em algumas Escolas Portuguesas. Actas Reumat. Port. 1: 7, 1973.
70. Teixeira M.A. Relvas M., Milheiro J.: A radiografia ósteo-articular e a prevenção das artroses. Acta Reumat. Port. 1:7, 1973.
71. Teixeira M.A.: Prevenção e terapêutica da gota úrica Acta Reumat. Port. 2: 143, 1974.
72. Teixeira M. A et al: Defeitos ósteo-articulares encontrados em 12.341 crianças e jovens escolares e a prevenção das artroses. Acta Reumat. Port. 3:117, 1979.
73. Teixeira M. A., Salgueiro J., Valença Rodrigues J.: Some aspects of Present-day Preventive Rheumatology. Current Medical Research and Opinon, 6 supl. 2:9, 1979.

RÉGLES DE PUBLICATION

1. La Rédaction reçoit des travaux cliniques ou de recherche de cette specialité ou d'autres qui en soient lieés. Elle se réserve le droit d'accepter seulement des articles encore inedits.
2. Les articles publiés et les textes des communications présentées aux scéances scientifiques de la Société, ou organisées sous son patronage, demeure propriété de la l'«Acta». La Rédaction se réserve le droit d'autorizer son insertion, total ou partielle, dans d'autres publications.
3. Les opinions émises dans les articles signés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.
4. Les articles peuvent être redigés en portugais, français, anglais ou espagnol, en trois exemplaires, dactylographiés double interligne, sur une seule face du papier, avec des marges larges.
5. Les titres seront presentés en portugais, français et anglais (ou espagnol, ou allemand); le(s) nom (s) de l'auteur (ou des auteurs) et leur(s) titre(s) académique(s) et professional(s); l'organisme d'où le travail ets issu ou celui auquel l'auteur appartient et le nom de son directeur; localité et pays.
6. Le texte doit être précédé d'un résumé, bref mais précis en portugais, français et anglais (ou espagnol, ou allemand).
7. Chaque article donne droit à cinq figures au maximum; au delà ce nombre la Rédaction se réserve le droit de les faire payer par son prix. Les photographies doivent être si net pour permettre la réproduction; les graphiques et les dessins, éxecutés avec de l'encre noire sur du papier blanc, sur des feuilles séparées, notés à l'envers, la légende dactylographiée et l'ordre numérique.
8. Les références bibliographiques, selon l'index medicus: surnom (en maiuscules), nom et prénom de l'auteur (ou des auteurs); titre, nom de la publication ou de l'auteur; localité; volume; numero; page; anée. On doit respecter l'ordre alphabétique du dernier nom de l'auteur (ou du premier auteur).
9. Chaque auteur a le droit de 25 tirés à part gratuits. Au delà ce nombre, elles seront débitées par son prix, si en sont demandées en avance.
10. La Rédaction se charge de la correction des épreuves.
11. Pour la citation bibliographique: *Acta Reuma. Port.*, volume, tome, page et année.
12. On demande l'échange. Exchange solicited. Se solicite el cambio. Man bitted um Austausch.

NORMS OF PUBLICATION

1. The Editing Committee accepts scientific articles on clinical aspects or on research of this speciality or allied ones. It reserves the right to accept only inedit works.
2. Published articles and texts of the papers presented during the scientific sessions of the Society or in those it organizes, are a property of the «Acta». The Editing Committee reserves the right of authorising their insertion, either partial or total in other publications.
3. The doctrine explained in published articles os of the exclusive responsability of their authors.
4. The articles can be written in Portuguese, French, English or Spanish. Typewritter in three copies with double spacing, on one side of the paper and with wide margins.
5. They should be refered with the title in Portuguese, French or English (or Spanish, or German); the author(s) name(s) and this (their) academic and professional titles; the institution where the work has been done or where the author works and of the director's name; place and country.
6. A brief and precise abstract should preeced the article in Portuguese, French and English (or Spanish or German).
7. Each article confers a right to five pictures, maximum; the further pictures will be paid by the author. Photographs must be neat enough to permit reproduction. Graphs and drawings should be neade with black ink, on white paper; sach picture on a separate sheet, marked on the black its clear typewriter legend and numbered.
8. Bibliographic reference, according the index medicus; name capital letters, author('s) noun and pronoun; title,name of publication or editor; place; volume; number; page; year. Alphabetic order of author's list name (or that of the first author) should be observed.
9. 25 copies will be provided free to the author of each paper. Additional copies will be charged at cost price, if required soon enough.
10. The Editing Committee is responsable for correcting prools.
11. For a bibliographic reference: *Acta Reuma. Port.*, volume, number, page and year.
12. Exchange solicited. On demande l'échange. Se solicite el cambio. Man bitted um Austausch.

D

Exmo.(s) Colega(s) / Senhor(es):

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia tem o prazer de vos enviar as suas publicações: «ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA» (revista de documentação médica reumatológica) e «BOLETIM INFORMATIVO» (noticiário de informação reumatológica, do País e do Estrangeiro).

São ambas publicadas trimestralmente (Março, Junho, Setembro e Dezembro) e distribuídas aos Membros da Sociedade e, tanto quanto possível, a Instituições médicas e científicas, nacionais e estrangeiras (Ligas e Centros de Reumatologia e afins; Faculdades de Medicina; Universidades e Centros de Investigação; Sociedades Médicas e Científicas; Hospitais e Serviços Clínicos; Revistas e Jornais Médicos), com permuta de publicações e de planos de investigação e de actividade científica, clínica e social.

A Sociedade agradece os nomes e endereços de Instituições deste tipo existentes no País.

Cônscia de que os problemas criados pelas doenças reumatismais transcendem o âmbito médico e devem também interessar toda a comunidade, a Sociedade distribui o seu »Boletim Informativo» também a Entidades oficiais e particulares, a Meios de Informação (Imprensa TV e Rádio) e a Laboratórios de produtos químicos farmacêuticos, em Portugal.

Gratos pela vossa cooperação, subscrevemo-nos com as mais cordiais saudações.

*

Cher(s). Collègue(s) / Monsieur (Messieurs).

La Société Portugaise de Rhumatologie est très heureuse de vous remettre ses publications «ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA» (revue de documentation médicale rhumatologique) et le «BOLETIM INFORMATIVO» (bulletin d'information rhumatologique du Pays et de l'Étranger).

Ces deux publications trimestrielles (mars, juin, septembre, décembre) sont distribuées aux Membres de la Société et, tant que possible, à quelques Instituitions médicales et scientifiques du Pays et l'Étranger (Ligues et Centres de Rhumatologie ou alliés; École de Médecine; Universités et Centres de Recherche Scientifique; Sociétés Médicales et Scientifiques; Hôpitaux et Services Cliniques; Revues et Journaux Médicaux), avec l'échange de publications et de plans de recherche et d'activité scientifique, médicale et sociale.

Nous serions très reconnaisants de nous faire parvenir les noms et les adresses de ces Instituitions chez vous.

En vous remerciant d'avance votre coopération, nous vous prions d'agréer l'assurance de nos sentiments les plus distinguées.

*

Dear Colleague(s) / Sir(s)

The Portuguese Society of Rheumatology is very good to send you the publications: The «ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA» (review of medical documentation) and the «BOLETIM INFORMATIVO» (bulletin on rheumatological information).

Both publications, appearing every three months (March, June, September and December) are distributed to the Members of the Society and, as much as possible, to the medical and scientific institutions from our own country or foreign ones — Leagues and Centres of Rheumatology or allied ones; Medical Schools; Universities and Centres of Scientific Research; Medical and Scientific Societies; Hospitals and Clinical Units; Medical Reviews and Newspapers.

We intend to exchange publciations and information about the plans of research and of scientific, medical and social activity or connected subjects. We will thank you very much to your giving us the names and adresses of those institutions in your Country.

Thanking you for your cooperation, with kind regards.

Mobilisin®
creme

Terapêutica anti-reumática directa

- **ANTI-INFLAMATÓRIO**
  Estabiliza a membrana dos lisossomas impedindo a libertação de enzimas.
  (Inibe os enzimas lisossómicos e a hialuronidase)

- **REGENERADOR DO TECIDO CONJUNTIVO**
  Intensifica a circulação sanguínea.
  Normaliza a viscosidade, permeabilidade e propriedades higroscópicas, activando o metabolismo tecidular.

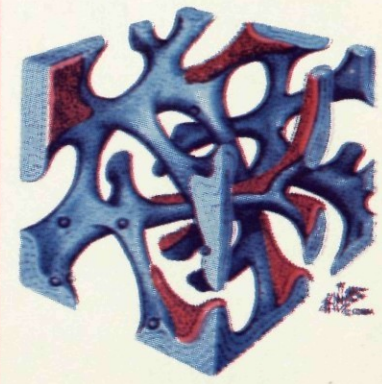
- **ANTÁLGICO**
  Pela combinação dos seus princípios activos.

Apresentação:

40 g — 340$00 (S.N.S. 50%)
100 g — 744$00
custo do tratamento/dia: 14$00

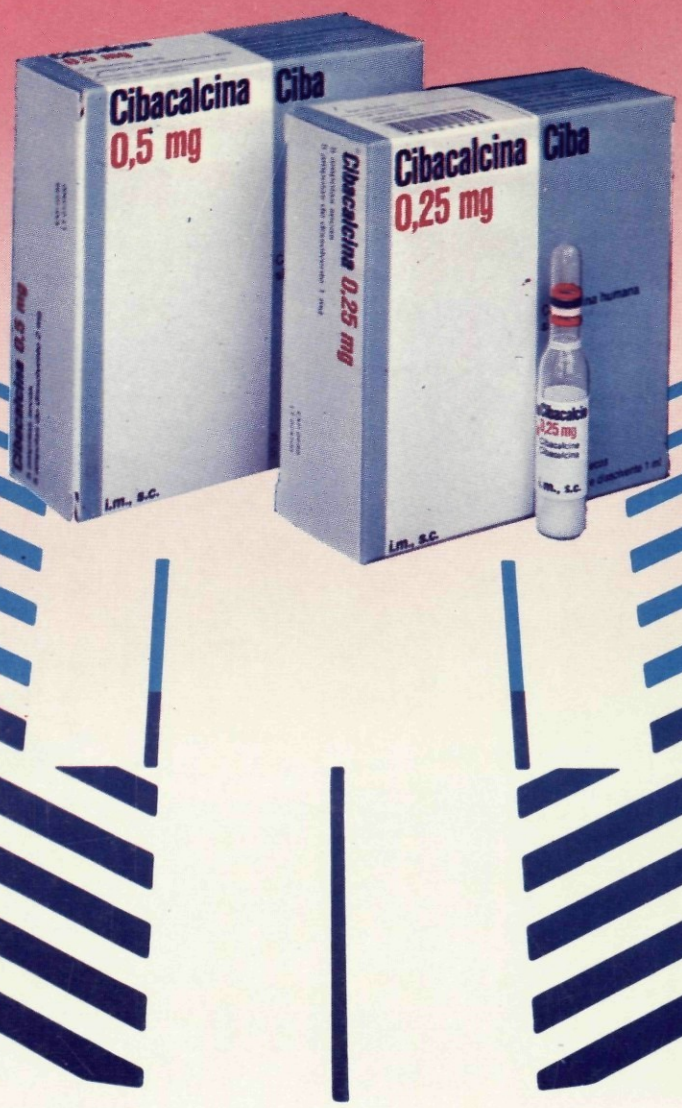
LUITPOLD-WERK MÜNCHEN
Alemanha Federal

LUITPOLD DE PORTUGAL
LISBOA



®CIBACALCINA

CALCITONINA
HUMANA DE SÍNTESE
PARA
O TRATAMENTO
DA OSTEOPOROSE



Apresentação	P.V.P.	P. Comp.
5 ampolas a 0,25 mg (50 UMRC)	2.662$00	532$00
5 ampolas a 0,50 mg (100 UMRC)	4.814$00	963$00

Comparticipação 80%

Informação adicional
disponível em CIBA-GEIGY
DIVISÃO FARMA: Av. 5 de Outubro, 35-2.º
1000 LISBOA

CIBA–GEIGY