

1.º Trimestre - 1974



ACTA

REUMATOLÓGICA  
PORTUGUESA

3

Sociedade  
Portuguesa de  
Reumatologia

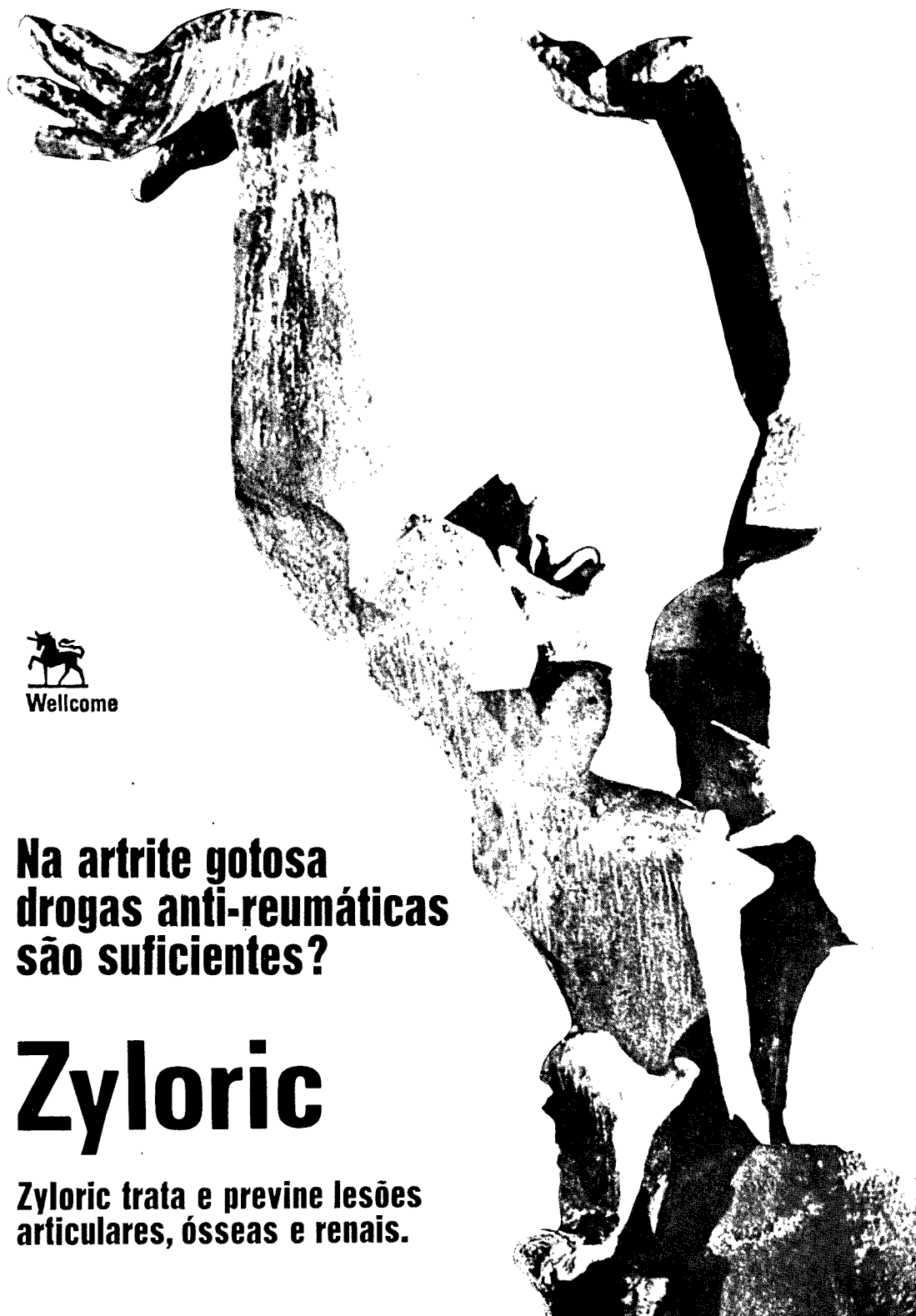


Wellcome

**Na artrite gotosa  
drogas anti-reumáticas  
são suficientes?**

# Zyloric

**Zyloric trata e previne lesões  
articulares, ósseas e renais.**





# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. II — Tomo 1

1974 — 1.º Trimestre

N.º 3

## Sumário

### Editorial

P. Barceló ... .. 5

### Artigos Originais

#### — Progressos Recentes em Reumatologia

J. Mendonça da Cruz ... .. 15

#### — Reumatologia e Endocrinologia

Iriarte Peixoto ... .. 27

#### — Tratamento das Doenças Reumáticas com as lamas argilo-calcáreas, cloretadas, radioactivas dos Cucos

J. Neiva Vieira ... .. 35

#### — As Artropatias das Hemocromatoses Primitivas

M. Viana Queirós, J. Caldeira, Odete André e P. Eurico Lisboa ... 51

Referatas ... .. 63

### EDIÇÃO E PROPRIEDADE:

Sociedade Portuguesa de Reumatologia (Liga Portuguesa contra o Reumatismo)

### REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

Sociedade Portuguesa de Reumatologia — Rua de Dona Estefânia, 187 - 189 — Lisboa - 1  
Telefs. 57 23 26 - 4 07 64

### COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:

Empresa Tipográfica Casa Portuguesa, Sucls., Lda. — Rua das Gáveas, 109 — Lisboa - 2

**Publicação trimestral** (1.º, 2.º, 3.º e 4.º trimestres). 4 números = 1 vol.

**Distribuição:** Aos Membros da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. A Instituições de Reumatologia ou afins, nacionais e estrangeiras (Ligas de Reumatologia; Bibliotecas e Arquivos de Faculdades de Medicina, de Centros Científicos, de Sociedades Médicas, de Hospitais e Serviços Clínicos; a Revistas e Jornais Médicos, com permuta), sempre que possível e ao critério do Director e Conselhos Científico e de Redacção.

**Direcção:** Secretário-Adjunto — Yolanda Vieira Guerra.

**Conselho Científico** (o da Sociedade): Alfredo Franco, A. Cortez Pinto, Ayres de Sousa, E. Moradas Ferreira, J. Lobato Guimarães, J. Amaro d'Almeida, José Botelho, J. Emídio Ribeiro, José Farinha Tavares, José Mendonça da Cruz, L. Monteiro Baptista, Luís de Pap, Robert Pereira Martins, Rui Proença, Vasco Chichorro, V. Pena de Carvalho e Víctor Santana Carlos.

**Conselho de Redacção:** A. Lopes Vaz, A. Robalo Cordeiro, Daniel Serrão, Fernando da Fonseca, Georgette Banet, J. Vieira Lisboa, J. Neiva Vieira, M. Assunção Teixeira, Maria Adelaide Vahia e Renato Trincão.

### **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, noutra publicação.
- 3 — A doutrina dos artigos publicados é da exclusiva responsabilidade dos autores.
- 4 — Os artigos devem ser redigidos em português, podendo, porém, sê-lo em 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; nome do(s) autor(es) e seus títulos académicos e profissionais; instituição 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.
- 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, executados a tinta preta e em papel branco ou vegetal; em folhas separadas, anotadas no verso, a respectiva legenda, dactilografada e explícita, e a ordem numérica.
- 8 — As referências bibliográficas, conforme o index medicus; apelido (maiúsculas), nome e pronomes do(s) autor(es); título; nome da publicação ou editor; localidade; volume; número; 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.
- 11 — Para citação bibliográfica: *Acta Reuma. Port.*, vol., tomo, pág. e ano.
- 12 — Solicita-se permuta.

## Sommaire

### Editorial

P. Barceló .....	5
------------------	---

### Articles Originaux

#### — Recents Progrès en Rhumatologie

J. Mendonça da Cruz .....	15
---------------------------	----

#### — Rhumatologie et Endocrinologie

Iriarte Peixoto .....	27
-----------------------	----

#### — Traitement des Maladies Rhumatismales avec les peloïdes argilo-calcaires, chlorurées radioactives de Cucos

J. Neiva Vieira .....	35
-----------------------	----

#### — Les Arthropaties des Hémochromatoses primitives

M. Viana Queirós, J. Caldeira, Odete André e P. Eurico Lisboa .....	51
---	----

Referatas .....	63
-----------------	----

## Contents

### Editorial

P. Barceló .....	5
------------------	---

### Original Articles

#### — Recent Advances in Rheumatology

J. Mendonça da Cruz .....	15
---------------------------	----

#### — Rheumatology and Endocrinology

Iriarte Peixoto .....	27
-----------------------	----

#### — The treatment of Rheumatic Diseases with radioactive sodium-chlorid Muds argillaceous calcareous of Cucos

J. Neiva Vieira .....	35
-----------------------	----

#### — The Artropaties of primary Hemochromatosis

M. Viana Queirós, J. Caldeira, Odete André e P. Eurico Lisboa .....	51
---	----

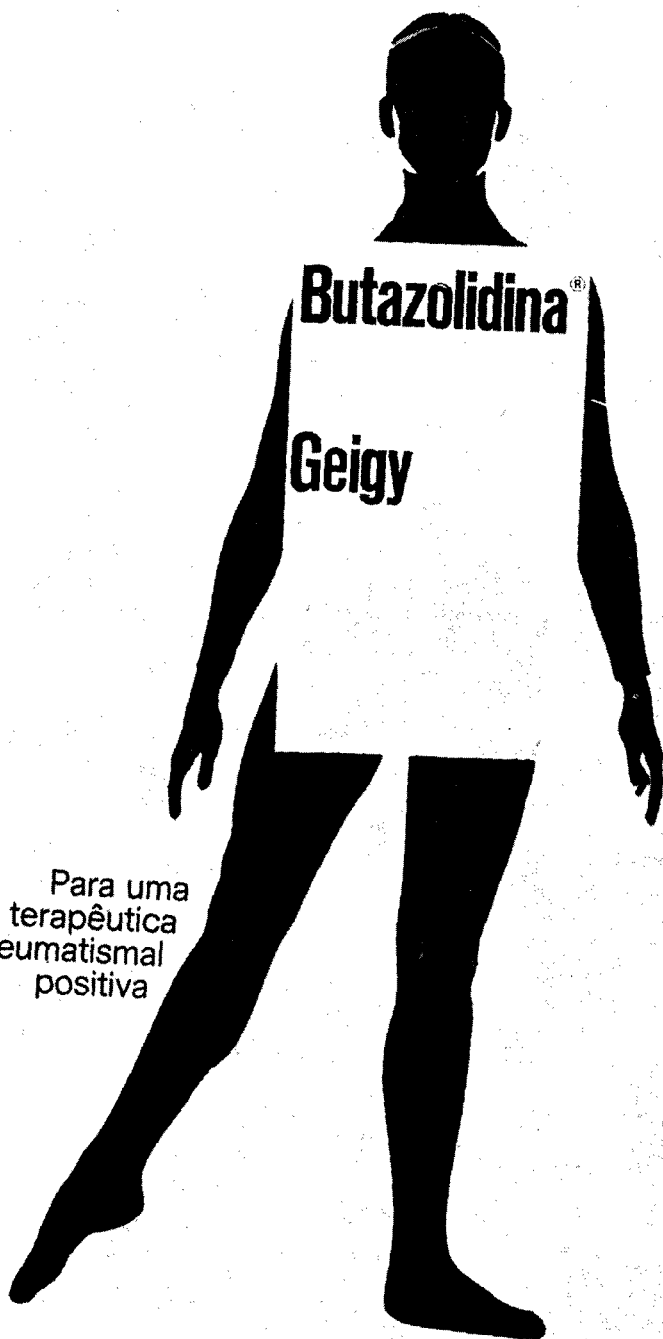
Referatas .....	63
-----------------	----

## RÈGLES DE PUBLICATION

1. La Rédaction reçoit des travaux cliniques ou de recherche de cette spécialité ou d'autres qui en soient liées. Elle se réserve le droit d'accepter seulement des articles encore inédits.
2. Les articles publiés et les textes des communications présentées aux séances scientifiques de la Société, ou organisées sous son patronage, demeurent propriété de l'«Acta». La Rédaction se réserve le droit d'autoriser son insertion, totale 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 doivent être rédigés en portugais; ils peuvent encore être rédigés en français, anglais ou espagnol, en trois exemplaires, dactylographiés double interligne, sur une seule face du papier, avec des marges larges.
5. Les titres seront présentés 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 professionnel(s); l'organisme d'où le travail est 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 nettes pour permettre la reproduction; les graphiques et les dessins, exécutés 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 majuscules), nom et prénom de l'auteur (ou des auteurs); titre; nom de la publication ou de l'auteur; localité; volume; numéro; page; année. 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 solicita el cambio. Man bittet 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 is of the exclusive responsibility of their authors.
4. The articles should be written in Portuguese; they may be written, however, in French, English or Spanish. Typewritten in three copies with double spacing, on one side of the paper and with wide margins.
5. They should be referred with the title in Portuguese, French and English (or Spanish, or German); the author(s) name(s) and his (their) academic and professional titles; the institution where the work had been done or where the author works and of the director's name; place and country.
6. Each article must comprise a short, clear summary 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 made with black ink, on white paper; each picture on a separate sheet, marked on the back its clear typewritten legend and numbered.
8. Bibliographic reference, according the index medicus; name capital letters, author's(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 responsible for correcting proofs.
11. For a bibliographic reference: *Acta Reuma. Port.*, volume, number, page and year.
12. Exchange solicited. On demande l'échange. Se solicita el cambio. Man bittet um Austausch.



Para uma  
terapêutica  
anti-reumatisal  
positiva

# PENICILINA G BENZATINA NA TERAPÊUTICA DAS INFECÇÕES ESTREPTOCÓCICAS E NA PREVENÇÃO E PROFILAXIA DA FEBRE REUMÁTICA

Nas infecções estreptocócicas das vias respiratórias superiores está indicada a terapêutica pela penicilina que, no entanto, deve estender-se, sem interrupção e com níveis adequados, durante dez dias, de molde a conseguir-se a erradicação do agente patogénico e, consequentemente, evitar-se tão graves sequelas, com a febre reumática e a glomerulonefrite.

Segundo C. Walker (*The Practitioner*, VI, 204, Fevereiro de 1970), a percentagem de falências com a terapêutica oral é extremamente alta e os casos de febre reumática que aparecem estão frequentemente relacionados com a falta de recurso ao médico perante uma infecção da garganta, ou com terapêuticas inadequadas, ou com falta de cumprimento do esquema estabelecido, por parte do doente. Uma das maneiras mais simples de eliminar este último inconveniente consiste na administração de uma só injeção de 1 200 000 U. de penicilina benzatina, que proporciona níveis adequados para dez dias de terapêutica, como se pretende.

O **Rheumatic Fever Committee of the Council on Rheumatic Fever and Congenital Heart Disease** da **American Heart Association** afirma num relatório de 1971 (*Prevention of Rheumatic Fever, Circulation* 1971, 43, 938-988): A administração de penicilina G benzatina de larga acção é recomendada como terapêutica de eleição, para assegurar um tratamento contínuo durante um período de tempo suficiente. Por contraste, a terapêutica oral depende muito da cooperação do doente.

A **Organização Mundial de Saúde**, por intermédio das suas **Comissões de Peritos**, na **Prevenção da Febre Reumática** (*Technical Report Series* n.º 342) e **Infecções Estreptocócicas** (*Technical Report Series* n.º 394) recomenda os seguintes esquemas posológicos:

**INFECÇÕES ESTREPTOCÓCICAS** — Penicilina G Benzatina: 1 200 000 U. em injeção única (600 000 — 900 000 U. nas crianças); Associação de Penicilina G Benzatina (600 000 U.), Penicilina G Potássica (300 000 U.) e Penicilina G Procaínica (300 000 U.): 1 200 000 U. em injeção única (600 000 — 900 000 U. em crianças).

**PROFILAXIA DA FEBRE REUMÁTICA** — Adultos: 1 200 000 U., em injeção única, de 3 em 3 semanas; crianças: 1 200 000 U., em injeção única, uma vez por mês.

Em Portugal, PENADUR \*, penicilina G benzatina Wyeth, tem dado os melhores resultados no tratamento das infecções estreptocócicas e na luta contra a incidência da febre reumática.

Tem as seguintes apresentações:

PENADUR \* LA 600 — Caixas de 1 frasco-ampola, contendo 600 000 U. de penicilina G benzatina.

PENADUR \* 6.3.3 — Caixas de 1 frasco-ampola, contendo 600 000 U. de penicilina G benzatina, 300 000 U. de penicilina G procaínica e 300 000 U. de penicilina G potássica.

Outras informações, versões portuguesas dos relatórios da O. M. S. e demais bibliografia, podem ser pedidas para o Instituto Pasteur de Lisboa, Av. Marechal Gomes da Costa, Lote 9, Lisboa - 6.

\* Marca registada.



# EDITORIAL (\*)

*Mis queridos amigos y consocios.*

*Hace unos días recibí una extensa carta del Dr. Robert Pereira Martins, Secretario-general de la Sociedade Portuguesa de Reumatologia, en la que con entusiasmo e ilusión, me informaba de la serie de realizaciones de esta Sociedad y esbozaba planes futuros.*

*Desde el comienzo de su actuación, la joven Sociedad ha mostrado una singular vitalidad; prueba de ella es la aparición de su Boletim Informativo, la fundación y publicación del Acta Reumatológica Portuguesa y la organización del próximo Congreso Nacional de Reumatología a celebrar en Coimbra; además desde su fundación se ha integrado a la vida reumatológica internacional, prestando una activa colaboración a las Ligas Internacional y Europea contra el Reumatismo.*

*Esta explosión de actividad podría parecer insólita a los que no conocen ciertos aspectos de la Medicina Portuguesa; pero a los que desde hace muchos años seguimos con constante y afectuosa atención las actividades médico-reumatológicas portuguesas, las realizaciones actuales nos parecen naturales y lógicas. Ellas no son el producto de una improvisación, a la que los latinos son tan propensos; ellas son la traducción de un terreno generosamente abonado por la labor sostenida y tenaz de una serie de pioneros de la Reumatología Portuguesa, entre los que debe destacarse la figura del Dr. Assunção Teixeira. Por esta razón deseo expresar en nombre propio y de la Liga Internacional contra el Reumatismo con cuya Presidencia me honro, toda la admiración, respeto y afecto al Dr. Assunção Teixeira, a cuya labor incansable, constante y tan eficaz, se debe en gran parte, el desarrollo de la Reumatología Portuguesa; a él se debe la organización y actividad del Instituto Portugués de Reumatología que durante muchos años ha sido el mejor exponente reumatológico portugués y que ha mantenido una relación inter-*

---

(\*) «Carta abierta a los miembros de la Sociedade Portuguesa de Reumatologia y a los lectores del Acta Reumatológica Portuguesa» — Prof. Pedro Barceló, Presidente de la Liga Internacional contra el Reumatismo.

nacional de gran valor; a Teixeira se debe la organización del inolvidable Congreso Europeo de Reumatología celebrado en Lisboa. Igualmente deseo expresar el agradecimiento de la Liga Internacional contra el Reumatismo a todos aquellos que durante muchos años han colaborado, individual o colectivamente, al desarrollo de la Reumatología en Portugal.

En su carta el Dr. Pereira Martins me pedía que colaborase en el Acta Reumatologica Portuguesa enviando un trabajo; ya en una carta precedente indiqué al Dr. Pereira Martins que expresara a la Junta de la Sociedad Portuguesa de Reumatología y a la Dirección del Acta Reumatologica que me sentía muy honrado con su petición y que esperaba que en el futuro esta colaboración sería continuada. Después de reflexionar sobre el modo de iniciar esta colaboración, creí que lo mejor sería dirigirme a los colegas portugueses por medio de una «carta abierta», en la que explicara llanamente la evolución del «movimiento reumatológico mundial», cuya más genuina expresión es la historia de la Liga Internacional contra el Reumatismo, ya que esta Liga representa la síntesis y vía de contacto e intercomunicación de todos los que se interesan activamente por la Reumatología; estos datos creo que serán útiles para las jóvenes generaciones reumatológicas, ya que aparte del interés de conocimiento, pueden deducirse provechosas lecciones. Además en una segunda parte, deseo aportar una serie de datos que revelan la importancia médico-económico-social de las Enfermedades Reumáticas y pueden servir para intruir a las autoridades sanitarias y mostrar la necesidad que a escala nacional se establezca una organización eficaz de Lucha contra las Enfermedades Reumáticas.

#### BREVE HISTORIA DE LA LIGA INTERNACIONAL

En el Congreso Internacional de Fisioterapia (Berlín, 1913) se aprobó la propuesta del Dr. van Breemen de crear un Instituto Internacional para la Investigación de las Enfermedades Reumáticas, con el fin de reunir los trabajos de diversos Países, trabajos destinados a su presentación en el Congreso que debía celebrarse en San Petersburgo en 1917; la primera gran Guerra Mundial interrumpió cualquier proyecto y actividad.

En 1925 (París) en la reunión de la Sociedad Internacional de Hidrología Médica, diversos miembros de esta Sociedad, aglutinados por la acción de van Breemen, acordaron constituir un «Comité Internacional contra el Reumatismo». Después de un viaje de van Breemen a Checoslovaquia y de diversas reuniones celebradas en Londres, se llegó a «la formulación de las funciones y fines de este Comité». Tales fueron: a) actuar como un Organismo central consultivo en una campaña internacional contra el Reumatismo; b) estimular y ayudar a la creación de Comités Nacionales contra el Reumatismo, aunque sin interferir ni entorpecer la libertad de tales Comités; c) preparar y poner en circulación informaciones generales, estadísticas y otros trabajos y para este fin, utilizar los Archivos de la Hidrología Médica así como de otras Revistas apropiadas para ello.

*En la reunion de la Sociedad Internacional de Hidrologia Médica (Paris 1927) se constituyó el Comité Internacional de Reumatismo que quedó formado de la forma siguiente:*

- Dr. R. Fortescue Fox, Presidente (Londres)*
- Dr. J. van Breemen, Secretario (Amsterdam)*
- Jhr. Mr. van Lennep, Tesorero (Amsterdam)*
- Dr. Dietrich, Director ministerial (Berlin)*
- Dr. G. Kahlmeter (Estocolmo)*
- Dr. I. Gunsburg (Amberes)*
- Dr. H. Forestier (Paris)*
- Dr. Jansen (Copenague)*
- Dr. F. Korman (Lugano)*
- Dr. L. Schmidt (Piestani)*
- Dr. A. Strasser, Consejero de Estado (Viena)*

*La «divisa» del Comité fué; «todas las enfermedades de importancia social deben ser combatidas en su origen y no en su terminación».*

*Vemos como los «pioneros» de la Reumatología tuvieron ideas muy claras respecto a lo que debía ser su acción; sin duda alguna esta claridad de ideas permitió un rápido y brillante desarrollo del movimiento reumatológico.*

*Adelantándose a todas las naciones, en Bélgica se funda en 1926 la Liga Belga contra el Reumatismo. En el curso de los años 1927 y 1928 se crean Comités Nacionales en diversos Países europeos (Austria, Bélgica, Checoslovaquia, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, Alemania, Países Bajos, Hungría, Noruega, URSS, España, Suecia). Además se funda otro en USA.*

*El Comité Internacional inicial, es reorganizado en 1928 bajo el nombre de «Liga Internacional contra el Reumatismo». Su primer Presidente fué el Dr. Fortescue Fox (Inglaterra), actuando como Secretario General y Director de la Oficina de Consultas el Dr. van Breemen (Amsterdam).*

*Para esta joven Liga una de las tareas mas importantes para obtener una acción eficaz era el lograr «cambiar las ideas dominantes en muchos Países entre la clase médica y de las autoridades», inculcandoles las nuevas ideas en sus aspectos médicos y sociales, poniendo en evidencia la «necesidad» de una «Lucha contra las Enfermedades Reumáticas». Para realizar esta labor el Secretariado de la Liga Internacional procuró estimular la recolección de datos en los más diferentes Países, con el fin de demostrar palpablemente la importancia médico-económico-social de las enfermedades reumáticas. Por esta época deben destacarse los trabajos de Kahlmeter (Suecia), Zimmer (Alemania), el «rapport» del Ministerio de la Sanidad en Gran Bretaña, el de Danicscjewsky (Rusia), etc.*

Rapidamente van Breemen se convierte en la «pieza clave» de esta actividad; ahora ya con la perspectiva de los años, puede afirmarse que van Breemen es «el abuelo de la Reumatología»; todos debemos prestarle tributo de admiración y reconocimiento.

La joven Liga rapidamente inicia su actividad internacional con el I Congreso Internacional de Reumatología celebrado en Budapest en octubre de 1929. Por esta misma época se inicia la publicación del Órgano Oficial de la Liga Internacional; el «Acta Rheumatologica».

La serie de Congresos Internacionales se continúa de forma ininterrumpida: Lieja (1930), Paris (1932), Moscou (1934), Lund (1936), Oxford-Londres (1938). Este último Congreso significa la culminación de la primera década de existencia de la Liga Internacional; con este motivo se edita un número conmemorativo del Acta Rheumatologica (Fig. 1).

En tanto todo esto acaece en Europa, América no está dormida o desfasada; ya hemos dicho que se había constituido una Sociedad Reumatológica en USA. Estimulado por van Breemen, el argentino Anibal Ruiz Moreno, emprende una cruzada de proselitismo reumatológico con el fin de crear Sociedades Reumatológicas en la América Latina. En 1937 se funda la Liga Argentina y en 1940 la Liga Uruguaya. Los constantes contactos de Ruiz Moreno con R. Pemberton (USA) cristalizan, de manera que Ruiz Moreno actuando como Presidente Provisional declara en el 31 de Mayo de 1944 como fundada la Liga Panamericana contra el Reumatismo.

La Segunda Gran Guerra Mundial, interrumpe la actividad de la Liga Internacional; en otoño de 1939 es cerrada la Oficina Central de la Liga y el último número del Acta Rheumatologica aparece en diciembre de 1939.

Acabada la Guerra y restañadas en parte las heridas por ella producidas, se reemprende la actividad reumatológica internacional. Se reúne un nuevo Congreso en Copenhague, tratándose de la organización futura; se reinicia la actuación de la Liga Internacional y de las Ligas Continentales Panamericana y Europea.

Ya en 1949 se reanudan los Congresos Internacionales; se celebra el Congreso en New-York. En este Congreso, el norteamericano Hench, futuro Premio Nobel, comunica sus primeros estudios clínicos sobre la «cortisona». La serie de Congresos no se interrumpe; así se celebran cada cuatro años los siguientes Congresos en Ginebra, Toronto, Roma, Mar de Plata, Praga y Kyoto. La actividad de la Liga se mantiene en alto grado; se fundan y adhieren a la Liga nuevas Sociedades Nacionales. Por los años 60 se constituye y se funda una nueva Liga Continental: de la unión de una serie de Ligas Nacionales de Asia y del Pacífico, nace la SEAPAL.

En los últimos años se empiezan a fundar Ligas o Sociedades Nacionales en África; ello permite asegurar que en un futuro no muy lejano podrá fundarse una Liga Continental Africana, con lo que la Liga Internacional trabaja tenazmente.

Durante muchos años la Liga Internacional ha trabajado principalmente en los campos científico y profesional; no obstante el convencimiento de la importancia sócioeconómica de las Enfermedades Reumáticas, hace que en su actuación se acentue progresivamente su preocupación en el «aspecto social».

# ACTA RHEUMATOLOGICA

## COMMEMORATION NUMBER

### LIGUE INTERNATIONALE CONTRE LE RHUMATISME

MEMBERS OF THE COUNCIL



1928

Prof. Dr. R. Pemberton  
Dr. J. van Boven  
Dr. Mathieu-Picard Weil

Prof. Dr. M. Koutchalovsky  
Dr. R. Fortescu Fox  
Prof. Dr. B. Proszk

Doz. Dr. G. Kahlmeter  
Prof. E. Gumbart  
Doz. Dr. E. von Pap

1938

ANNO X, No 36-37, MARCH-MAY, 1938

*Gracias a esta continuada y vigorosa labor realizada desde la fundación de la Liga Internacional a partir de 1928, los logros obtenidos han ido en constante aumento; puede afirmarse que la Reumatología ha llegado a su mayoría de edad. Ello viene demostrado por múltiples hechos; reconocimiento de la Especialidad en muchos Países, aunque no en todos; incorporación de Reumatólogos como «expertos» a las actividades de la OMS, con la que la Liga mantiene una cordial colaboración, aunque es deseable ampliarla e intensificarla; creación en diversos Países de Cátedras y Escuelas de Reumatología, aspecto de la enseñanza que requiere se perfeccione y amplíe; creciente número de Instituciones Especializadas en Reumatología, no solo dedicadas a los aspectos clínicos si no a la Investigación; gracias a los que trabajan en estas instituciones la Reumatología ha incorporado a la Medicina una serie de nuevos conocimientos teóricos y prácticos de gran importancia general; aumento del número de Revistas Especializadas que canalizan la actividad reumatológica y son las principales vías de intercomunicación e información.*

*En conjunto puede decirse que al reflexionar sobre los logros obtenidos debemos sentirnos satisfechos; pero sin embargo aunque la cosecha es abundante, está lejos de alcanzar el fin ideal. Precisa que todos y en especial los dirigentes, mantengan su espíritu tenso y alerta, para que con una acción constante nos acerquemos cada día más a la perfección. Para lograr esta perfección, aparte de resolver los problemas científicos ligados al conocimiento de las causas y la forma de combatir las Enfermedades Reumáticas, precisa que la clase médica y en especial los «responsables sanitarios de los Países» tengan una idea clara de la importancia socio-económica de las Enfermedades Reumáticas; por esto aportamos algunos datos demostrativos.*

#### DATOS SOBRE LA IMPORTANCIA SOCIOECONÓMICA DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

*La mayor parte de las enfermedades calificadas como reumáticas, son afecciones crónicas, es decir persisten largo tiempo o tienden a las recidivas, provocando modificaciones estructurales tisulares y trastornos funcionales, dando lugar a lesiones permanentes con la consiguiente reducción funcional y originado invalideces temporales o definitivas. Todo lo dicho es causa no solo de graves problemas en el plano individual y familiar, sino que debido a su enorme difusión en las más diversas esferas sociales, llega a originar un verdadero problema sócio-económico en el ámbito nacional. Esta afirmación que puede parecer excesiva y exagerada para el profano y aún a ciertos técnicos sanitarios y administrativos poco conocedores del problema, se apoya en datos y estudios irrefutables.*

*Como ya en 1954 señalaba el Comité de Expertos de la OMS en Enfermedades Reumáticas, las Enfermedades Reumáticas Crónicas se situán en «primer lugar» en todas las estadísticas sobre las enfermedades crónicas. Asimismo el análisis de los datos de las Compañías Aseguradoras de Enfermedad, así como de las estadísticas referentes a las causas de «absentismo*

en el trabajo», indican que las enfermedades reumáticas ocupan el primer lugar en todos los aspectos.

Como demostración de lo afirmado reportamos solo algunos datos entresacados del «Year Book» publicado en 1961 por la ILAR. Kahlmeter ya señalaba en 1923 que en Suecia la séptima parte de la invalideces eran debidas al Reumatismo y que entre unos 7 millones de habitantes, existían unos 50,000 inválidos permanentes por la citada causa; ya en esta época se destinaron al cuidado de los reumáticos, 6 Servicios Clínicos con 50 camas cada uno. Edström en otra encuesta sueca (1946) halla una frecuencia de Reumatismo en la proporción del 14 por 1000, existiendo una proporción de inválidos reumáticos del 6,6 por mil.

En Dinamarca en 1945 existían unos 7000 reumáticos hospitalizados. En Polonia en 1957 la morbilidad de las enfermedades reumáticas alcanzó la cifra de 143,000 individuos, en tanto se dieron 85,000 casos de tuberculosis y 25,000 de tumores. Se calculó que en 1958 la pérdida de jornadas de trabajo debido al reumatismo, se elevó al 4,9 por 100.

En USA se calcula que sufren reumatismo 10 millones de personas (Wolsey I. D.; Public Health Reports 67, n.º 6, 505, 1952). Se demuestra que los casos debidos a reumatismo «serían tan numerosos como los casos de cancer, cardiopatías, diabetes y tuberculosis reunidos» (The National Health Survey, Sickness and Medical Care Service, Bull. n.º 6, Public Health Service, Washington, 1958). Mas de 300,000 personas resultarían afectadas anualmente por reumatismo. El número de jornadas de trabajo perdidas por año debido al reumatismo sería de 97 millones (segundo lugar después de las enfermedades mentales y a igual altura que las cifras correspondientes a las cardiopatías). El 26 % de los 10 millones de reumáticos, se ven obligados a cambiar de profesión debido a su enfermedad reumática.

Como afirmaba Kellgren al presidir la Reunión de los Expertos de la OMS dedicada a los problemas de la poliartritis reumatoide (Roma, 1963), el interés por las enfermedades reumáticas no deja de crecer, reflejandose ello en las campañas organizadas para el estudio de ellas en los más diversos Países. Un ejemplo de lo que venimos afirmando, es lo ocurrido con el estudio de la epidemiología de la poliartritis reumatoide, una de las enfermedades reumáticas más frecuentes e invalidantes y por tanto de grand interés médico-social.

Como indica Logan (1963), el estudio de la epidemiología de una enfermedad se realiza siguiendo especialmente tres métodos: estudio de la mortalidad, estudio de la morbilidad general o empleo de ciertas técnicas especiales para la enfermedad estudiada.

Para la poliartritis reumatoide (esto puede aplicar-se a cualquier tipo de reumatismo) el estudio de la mortalidad se ha revelado de escaso interés. El estudio de los certificados de defunción de personas afectas por esta enfermedad, revela que raramente se cita a la misma como causa de óbito. Para la mayor parte de los países con estadísticas de cierto valor, la proporción es la del 1 al 2 por 100,000.

Los estudios sobre la «morbilidad general» suministran datos de más valor. Este estudio puede hacerse utilizando las estadísticas hospitalarias, las

de la Seguridad Social y de las Compañías de Seguros, las de los Archivos de los médicos generales, etc.

Un ejemplo de lo que decimos se halla en el informe de Logan (Reunion de la OMS, Roma, 1963); en Inglaterra y concretamente en el País de Gales, el examen de los Archivos de un grupo de médicos generales realizado en los años 1955 y 1956, señaló que en «toda la población, 1 de cada 15 personas estaba afecta de alguna forma de reumatismo» y que «entre los reumáticos, 1 de cada 15 estaba afecto de poliartritis reumatoide», lo que corresponde a un 5 % de frecuencia global. No se observó diferencia alguna en la frecuencia con respecto a la situación geográfica, clase social, así como entre los trabajadores manuales y no manuales. Ningún caso se observó entre los mineros, en tanto que en ellos eran muy frecuentes las artrosis y los reumatismos musculares.

En España Salvatierra (Granada) revisó el Archivo General de las Historias del Hospital clínico de la Facultad de Medicina; Entre las 19148 historias de enfermos hospitalizados acumuladas durante 10 años, halló un 7,4 % calificados como reumáticos; los reumatismos degenerativos representaban el 37,6 %, la poliartritis reumatoide el 4,1 %, la espondilitis anquilosante el 1,1 %, la fiebre reumática el 7,9 %, la lumbociática el 7,9 %, los transtornos estáticos el 11,2 %, los reumatismos metabólicos el 2,3 %, los reumatismos infecciosos el 11,2 % y las cervicobraquialgias el 4,2 %. Al estudiar Salvatierra las «invalideces» de la provincia de Granada, vió que entre 3334 inválidos, 793 lo eran por reumatismo, lo que representa un 25,5 % de la cifra de invalidez total, con un índice de 103 por cada 100,000 habitantes. Solo en la provincia de Granada se perdían 95560 días de trabajo anualmente. Cifras similares en muchos aspectos se observan en los trabajos estadísticos de diversos autores españoles (Usobiaga, Muriach, Cirera-Volta y Molinas Mató, Meana Negrete, Pastor Freixas). Los datos citados revelan que con estos estudios, de relativo poco coste económico para ser realizados, se puede tener una idea bastante clara de la frecuencia y proporciones de los diversos tipos de reumatismo, de las diversas categorías de la población afectada, de la repercusión de las enfermedades reumáticas sobre la invalidez y en el absentismo en el trabajo y hasta en la eficacia de los tratamientos empleados.

No obstante si nos anima un criterio científico riguroso, debemos declarar que los datos reunidos por los procedimientos citados, son poco finos y discriminados y solo constituyen una especie de «cuadro de brocha gorda», ya que aunque bien orientados en líneas generales, están faltos de la delicadeza y precisión necesarias para conocer datos exactos y poder calibrar el problema de las enfermedades reumáticas en toda su complejidad.

En la actualidad y con el fin de obtener estudios epidemiológicos más perfectos, se exige realizar campañas especiales en grupos restringidos de población, centrandó el estudio a una entidad clínica determinada, empleando personal especializado y adecuadamente preparado, personal que utilizara «normas» y «criterios» clínicos bien definidos y métodos de diagnóstico apropiados (clínicos, radiológicos, laboratorio). Para realizar estos «estudios de población» la OMS ha elaborado unos «criterios diagnósticos» (Bull. on Rheumatic Diseases, New-York, noviembre de 1962) de suma uti-



lidad, pues nos permiten recojer datos con criterios constantes y uniformes. La obtención de estos «criterios» en los más diversos campos y en las más diversas enfermedades, es un requisito que cada día es más necesario para los estudios epidemiológicos de valor científico.

Gracias a estos nuevos modos de trabajar en los estudios epidemiológicos se han podido realizar investigaciones de valor en ciertas masas de la población, en determinados centros urbanos y rurales, entre ciertos grupos de profesionales, en grupos étnicos precisos que viven en zonas geográficas bien delimitadas etc. De esta forma estamos en posesión de datos epidemiológicos de valor sobre la poliartritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artrosis, gota, etc. Por ellos conocemos interesantes aspectos sobre la herencia, influencia familiar, ciertas condiciones ambientales, así como datos sobre la incidencia sobre la morbilidad general, causas de invalidez, absentismo en el trabajo.

Todos estos datos han demostrado palpablemente que «las enfermedades reumáticas constituyen un problema médico-económico-social de suma gravedad e importancia». Ello ha sido el motivo que progresivamente en estos últimos decenios, una serie de Países hayan organizado una «Lucha contra las Enfermedades Reumáticas a escala nacional».

En esta Lucha tienen que tenerse en cuenta una serie de facetas para que ella tenga la debida eficacia. En esta Lucha existen dos aspectos o elementos esenciales; a) formación del personal médico y auxiliar necesario; b) puesta en marcha de la organización sanitaria donde el personal especializado pueda realizar su labor.

A) La formación del personal médico y auxiliar, es pieza fundamental. Esta formación tiene que iniciarse durante el período de estudios del futuro médico, haciendo que en el plan de estudio se preste la debida atención, teórica y practicamente, a la enseñanza de la reumatología y enfermedades del aparato locomotor.

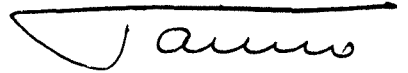
Precisa que para la Especialización del post-graduado existan Instituciones especializadas dotadas del personal docente en número suficiente y utilladas con los medios adecuados para llevar a cabo la enseñanza especializada. La tarea de formar un Reumatólogo no es fácil debido a la serie de muy variados conocimientos y técnicas que este especialista debe poseer para poder ser considerado como tal. El Reumatólogo aparte de los conocimientos médicos propios de la Especialidad, debe poseer sólidos conocimientos en Ortopedia, Radiología, Terapéutica Física, Anatomíapatólógica y de Laboratorio, solo para citar algunos de ellos más interesantes. La adquisición de este conjunto de conocimientos requiere mucho tiempo y necesita una sistematización bien estructurada. Esta formación no puede lograrse en los Servicios de Medicina ni de Ortopedia. Por esto es necesaria la fundación y puesta en marcha de Centros o Servicios Reumatológicos con todos los medios para realizar la delicada función de la enseñanza especializada. Otra de la ventaja de estos Servicios Especializados, es su posibilidad de realizar una «labor de investigación», labor esencial si se desea obtener un

*progreso efectivo en nuestros conocimientos, no solo teóricos sino prácticos en la curación y recuperación del reumático. Esta «desiderata» ya ha sido alcanzada, en número creciente, en diversos Países de los diferentes Continentes.*

*B) La organización sanitaria; ella debe consistir en la «creación de una Lucha contra las Enfermedades Reumáticas a escala nacional»; la gravedad y amplitud del problema creado por las enfermedades reumáticas, requiere una organización estatal; es imposible que sea resuelto por la acción de individuos o grupos, aunque les anime el mayor entusiasmo.*

*Muchos Países han comprendido perfectamente la importancia del problema de las enfermedades reumáticas y han creado de manera eficiente una Lucha estatal contra las mismas.*

*Es difícil trazar un esquema que puede ser aplicado íntegramente a cada uno de los Países; cada País tiene características propias que obligan a crear organizaciones peculiares. No obstante hay normas generales que pueden guiar la organización de esta Lucha. El requisito esencial es que «los responsables oficiales sanitarios» lleguen a convencerse de la necesidad de resolver el problema y tomen las medidas necesarias. Para llegar a convencerlos los reumatólogos tienen que luchar pacientemente con un trabajo constante para llegar a crear la mentalidad oficial conveniente; afortunadamente los reumatólogos individualmente, así como las Ligas Nacionales, Continentales e Internacional, poseen las dotes suficientes para llegar a lograr los fines deseados.*



P. Barceló

analgesia  
em horas

mobilidade  
em dias

tolerância  
durante anos



# NAPROSYN<sup>®</sup>

## anti-reumático não hormonal

Rápida e potente acção analgésica e anti-inflamatória associadas a excepcional tolerância



**DUAS ADMINISTRAÇÕES POR DIA:**

Uma de manhã, outra à noite  
(comprimidos ou supositórios).

Frascos com 30 comprimidos  
Caixas com 12 supositórios



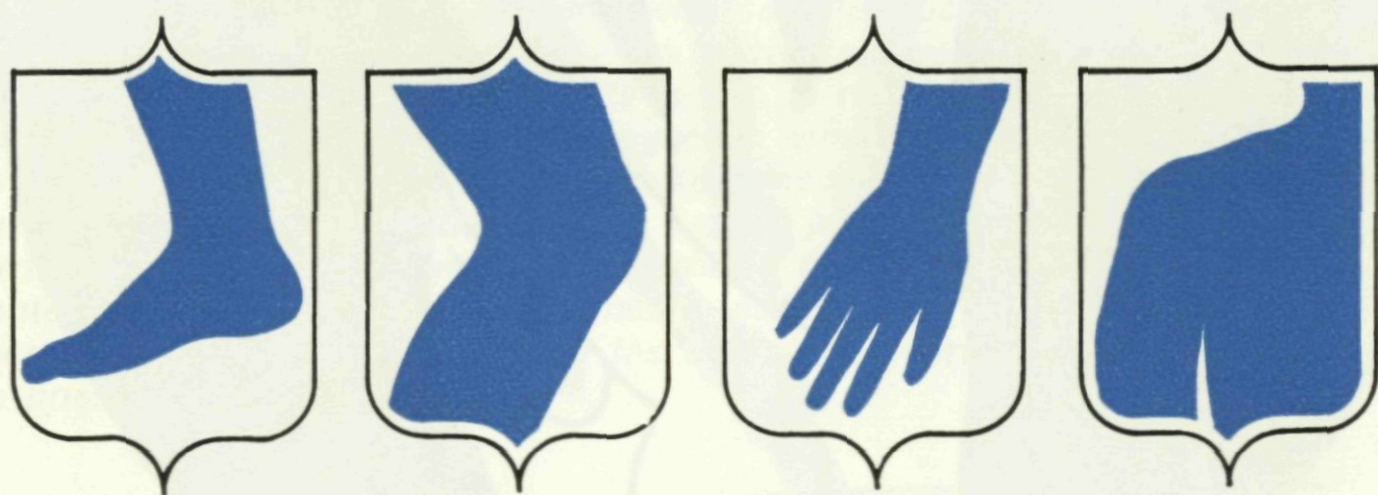
preparado e distribuído em Portugal por:

Laboratórios Medicamenta s.a.r.l. Lisboa

NAP A-mod 2, /4

**no tratamento da inflamação**

**colchicine**



**da gota ao reumatismo**

**ROUSSEL**

LABORATÓRIOS ROUSSEL, LDA.

Rua João de Deus, 19

VENDA NOVA — AMADORA

**ARTIGOS ORIGINAIS****PROGRESSOS RECENTES EM REUMATOLOGIA (\*)**

J. MENDONÇA DA CRUZ

**Resumo:** *O Autor descreve os mais recentes progressos no campo das doenças articulares; estes significam — na sua opinião — o interesse da Reumatologia como um dos mais importantes capítulos da Medicina.*

*A poliartrite crónica evolutiva é considerada uma doença de patogenia infecciosa e (ou) auto-imunológica; a descrição da «roseta reumatóide» de Delbarre é considerada um auxiliar de diagnóstico importante para identificar a doença.*

*Sob o ponto de vista terapêutico, o autor descreve o possível mecanismo de acção de vários medicamentos contra o Reumatismo, compreendendo o tratamento immunossupressor e os tipos cirúrgico, químico e por radiação da sinovectomia.*

*O autor termina com a enumeração dos mais recentes medicamentos anti-reumáticos e as condições de tratamento dum doente reumático na Inglaterra, França e Estados Unidos da América.*

Tentarei na minha exposição descrever sucintamente o que tem sido o extraordinário progresso nesta especialidade médica, nos aspectos da patologia, da fisiopatologia e da terapêutica e terminarei com um esboço descritivo sobre a organização médico-social da luta contra os reumatismos em países mais evoluídos.

★

Antes de mais poderá estranhar-se que doenças conhecidas desde a distante antiguidade — como são os reumatismos — só muito recentemente tenham merecido o grande interesse e a aturada investigação dos médicos,

---

(\*) Alocução presidencial na sessão solene de abertura do ano académico de 1973-1974 da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (30-10-1973).

do que tem resultado o progresso é a publicação explosiva dos novos conhecimentos adquiridos neste sector médico.

Para além da promoção do conhecimento médico em geral, o motivo básico deste aumento de interesse terá de encontrar-se na transformação de individual para social da Medicina: com efeito, como é ponto assente para todos, os reumatismos representam, pela sua frequência e pela sua preponderância entre todas as causas de absentéismo e de incapacidade profissional, a doença social por excelência — os reumatismos são um flagelo social que urge conhecer profundamente para melhor se combaterem. Certamente que estes esforços serão premiados, como tem acontecido com outros flagelos sociais, como é, por exemplo, o caso das doenças infecto-contagiosas.

Pois que traduz também a importância que é imperioso dar-se à Reumatologia, vem os países mais progressivos propondo modificações na educação médica em Reumatologia. A necessidade destas modificações acaba de ser salientada no recentíssimo Congresso Mundial de Reumatologia de Kyoto, encerrado em 6 do corrente mês: ali se afirmou que, duma maneira geral, continua a faltar no curso médico — mesmo nos Países onde a Reumatologia é uma especialidade já reconhecida há longo tempo — a aprendizagem duma rotina satisfatória para um breve mas esclarecedor exame dum doente osteo-articular. O recém formado sabe em geral fazer um exame clínico completo e perfeito dum doente cardíaco, mas é incapaz de colher em minúcia os detalhes da semiologia articular dum doente reumático.

Esta incapacidade impede-o, por exemplo, de apreciar fundamentadamente o resultado objectivo do programa terapêutico instituído, obrigando-o a basear a sua apreciação sobre a eficácia ou ineficácia do tratamento em dados inseguros, em que predominarão a apreciação subjectiva do doente (tão susceptível de erros!) e o laboratório. Por outro lado, torna-se assim aleatória a comparação seriada de resultados, pois é de facto impossível comparar dados objectivos, se eles não tiverem o mesmo significado para diversos observadores; só um exame correcto pode — por exemplo num joelho — determinar quantitativamente a actividade inflamatória articular e permitir, através duma avaliação comparativa periódica, pelo mesmo ou outro observador, conclusões sobre o tratamento instituído.

Sem um exame articular detalhado, que — tenho a ousadia de afirmar — nenhum recém-formado sabe efectuar porque lhe não é ensinado, as dificuldades de diagnóstico acentuam-se e os resultados terapêuticos deixam de poder ser comparados, e portanto, avaliados.

Vários programas de treino em doenças articulares, têm sido propostos em diversos países para actualizar o recém-formado e o médico geral no conhecimento básico da fisiopatologia da doença, do seu diagnóstico e do seu tratamento.

Referimos, por exemplo, e por simples curiosidade, que os americanos Plotz e Diamond descreveram um curso post-graduado em que o estudante lê uma história clínica preparada, chega a um diagnóstico, defende-o na base dos achados descritos na ficha clínica e constatáveis no doente e propõe o tratamento. Um computador fornece a informação adequada para cada resposta do estudante, considerando-se a lição completada quando o diagnós-

tico correcto e a sua defesa correcta, bem como o adequado tratamento, são atingidos.

Na nossa descrição focaremos sobretudo a AR (artrite reumatoide), pois a sua frequência (cerca de 1 % da população mundial sofre de AR) e os aspectos, misteriosos e desconhecidos ainda hoje, da sua patologia, justificam a distinção.

A AR deve ser considerada uma doença de fronteiras mal definidas, que por vezes se confunde com outras collagenoses; a sua individualização representa apenas uma tentativa artificial de sistematização. Com efeito, e por exemplo, a vasculite reumatóide confunde-se com as lesões vasculares da periarterite nodosa e a existência de casos de AR com fenómeno LE aproxima-a do Lupus eritematoso sistémico.

Além disto a AR não tem um quadro clínico específico, nem existe na doença um único sinal físico, achado biológico ou exame laboratorial que seja isoladamente patognomónico; é sobretudo pelo reconhecimento do quadro sintomático e pela evolução crónica da doença, com o aparecimento mais tardio de nódulos reumatoides, com a infiltração da membrana sinovial por linfocitos e plasmocitos, pelos testes positivos para o factor reumatoide, etc., que se chega ao diagnóstico exacto.

A variabilidade do quadro clínico e dos achados laboratoriais justifica várias interrogações. Por exemplo: É esta variabilidade a expressão da resposta individual do doente? Ou, pondo o problema doutra forma: a inflamação articular da AR não é necessariamente o resultado duma noxa iniciadora específica mas, em vez disso, pode o doente reumatoide ser considerado como um meio, um substracto, em que determinado insulto capaz de provocar a inflamação articular é susceptível de pôr em marcha uma série de acontecimentos auto-perpetuantes (self perpetuating?) como é sabido, as ideias acerca da etiologia da AR e dos mecanismos em jogo tem tido popularidade periódica — como sejam os factores psicogénicos, as anormalidades nutritivas, a disfunção endócrina, etc., — para, nos anos mais recentes, duas teorias acerca da etiopatogenia da AR predominarem: um agente infeccioso e a auto-imunidade.

Ao encarar estas duas últimas patogenias, temos de salientar que — desafortunadamente — nenhum agente infeccioso pode ser seguramente invocado para a explicação da AR. Por outro lado, certos achados morfológicos e bioquímicos verificados no metabolismo do tecido conjuntivo patológico da AR fornecem indicações suficientes para se aceitar uma explicação múltipla para a patologia da AR; sendo assim, parece até ser possível explicar a AR sem ter de se recorrer a processos imunológicos.

No diagnóstico laboratorial da AR é aquisição recente em que queremos falar, o teste da «roseta reumatoide», cuja valorização é mérito do Prof. Delbarre, do Hospital Cochin de Paris.

Baseia-se no facto dos linfocitos circulantes de doentes sensibilizados para um antigénio produzirem à sua volta uma roseta de eritrocitos, quando postos em contacto com eritrocitos tratados por um antigénio. Este teste efectua-se isolando os linfocitos circulantes a estudar e fazendo-os contactar com eritrocitos sensibilizados com imunoglobulinas de coelho, como na

reação de Waaler-Rose; o teste considera-se positivo quando há mais de 6 rosetas por 1000 linfocitos.

Este teste da roseta reumatoide é positivo em mais de 73 % de doentes de AR e negativo em 98 % dos controles bem como em 92% dos doentes de osteo-artrose — resultados estes comparáveis com o Waaler-Rose. Por outro lado o teste é positivo em muitos casos de lupus sistémico, de periarterite nodosa e esclerodermia, e negativo noutros reumatismos inflamatórios — em que o Waaler-Rose também é negativo — como a AR psoriática e a doença de Bechterew.

É muito curioso e por isso deve-se acentuar também que em certos casos de AR sero-negativa — em que a única diferença da AR clássica se baseia na negatividade da pesquisa do factor reumatoide pela reacção de Waaler-Rose, bem como na AR juvenil onde o Waaler-Rose é também negativo — o teste da roseta reumatoide é geralmente positivo.

Compreende-se por isso a importância deste teste — fácil de executar — no diagnóstico e classificação das formas sero-negativas e infantis de AR.

Estas diferenças laboratoriais em casos clínicos de AR aparentemente iguais, parecem ser mais uma achega a favor da multiplicidade patogénica desta intrigante doença.

Para facilitar a nossa apreciação do problema da AR, poderá por isso fazer-se uma distinção entre os factores que iniciam o complexo de sintomas que nós rotulamos presentemente de AR e os factores que podem ser fundamentais para o seu desenvolvimento: Adoptando esta orientação, Duthie pensa que a doença seja devida a uma infecção, possivelmente causada por um vírus; a infecção inicial poderia preceder largo tempo o desenvolvimento das alterações articulares persistentes da AR. Os acontecimentos subsequentes poderiam ser devidos a factores exógenos ou endógenos adicionais, factores que tomariam papel importante na patologia inflamatória. Em resumo, para a escola de Edimburgo — a que pertence Duthie — a causa mais verosímil da AR seria uma infecção por uma vírus de baixa virulência mas não necessariamente sempre o mesmo, sendo numerosos os factores iniciantes, coadjuvantes ou ainda «self-perpetuating» da doença.

Para a escola americana de Ziff — que tanto se tem devotado à imunopatologia da AR — o problema fundamental da patogenia da doença consiste em conhecer a resposta imunológica que tem lugar nas camadas mais profundas da membrana sinovial onde colecções de linfocitos levam a cabo uma extensa síntese de gama-globulinas; a identidade do antigénio a que estas colecções de linfocitos respondem é desconhecida.

Ao microscópio electrónico, estas colecções perivasculares de linfocitos — por vezes muito densas — aparecem em algumas regiões como aglomerações quase puras de pequenos linfocitos e noutras áreas podem consistir quase exclusivamente em plasmocitos; pelo facto destes dois tipos de colecções poderem ser contíguas, parece natural concluir-se que os linfocitos se possam transformar em plasmocitos à custa da estimulação por um antigénio.

Qual seria então a identidade deste antigénio iniciador destes fenómenos? Será um agente infeccioso? Se a AR é uma infecção, é então de estranhar que nenhum agente infeccioso tenha ainda sido identificado. É porém também difícil de explicar a síntese muito activa da gama-globulina nas



## Artrite Reumatoide

Imuran®, na dose inicial de 150 - 200 mg diários, reduz consideravelmente a sintomatologia dolorosa e astenia, normalizando em muitos casos o nível de imunoglobulinas séricas, velocidade de sedimentação, taxa de Waaler-Rose, etc. ...

O infiltrado linfocitário sinovial encontra-se, na biópsia, mais ou menos reduzido em todos os casos. O doente pode deixar o leito e exercer certa actividade.

Em alguns casos obteve-se cura completa, mesmo sem auxílio dos corticosteróides, após 2/3 semanas de tratamento. Depois das primeiras melhorias objectivas, pode-se prosseguir a cura com uma dose reduzida, conforme o caso, chegando a 50 mg por dia.

	n.º de casos	n.º de remissões clínicas	% de remissões clínicas
Artrite reumatóide crónica	510	345	67
Artrite reumatóide juvenil	159	82	51

# BRUFEN

(ibuprofen)



Analgésico, anti-inflamatório  
e antipirético não esteroide

## **artrite reumatoide, nas artroses . . .**

Num estudo a longo prazo apresentado no Congresso (\*), foram discutidos os dados recolhidos em mais de 900 doentes. Alguns destes doentes tinham tomado Brufen durante quase 4 anos.

Em relação às terapêuticas anteriores, Brufen proporcionou melhoras mais nítidas em 70 % dos doentes com artrite reumatóide e em 60 % dos artrósicos. Estes resultados foram a tradução da opinião clínica fundamentada quer em elementos subjectivos, quer em critérios objectivos; os resultados baseados na opinião dos doentes quanto à evolução dos seus sintomas foram muito semelhantes.

(\*) VII Congresso Europeu de Reumatologia.



The Boots Company, Ltd. — Nottingham — Inglaterra  
International Division

PARACÉLSIA, Ind. Farm., S. A. R. L.  
PORTO — LISBOA

camadas profundas da membrana sinovial, a não ser que qualquer antigénio exógeno esteja localmente implicado; por este motivo, para Ziff a tentativa de isolamento de um vírus na membrana sinovial reumatóide é provavelmente a mais adequada direcção a seguir para esclarecer a patogenia da AR.

Um outro capítulo que, na evocação dos progressos da Reumatologia, deseja abordar é o da terapêutica anti-reumática:

É de notar que, como de resto sucede também noutros sectores médicos, as capacidades humanas de apreciação dos resultados da investigação terapêutica dos reumatismos parecem ultrapassadas; com efeito, a avaliação em larguíssimas séries de doentes e testemunhas — dos resultados dos tratamentos efectuados é feita, cada vez mais, com o auxílio de computadores para obviar às limitações humanas.

Uma vez posta esta nota curiosa de introdução, vejamos a possível interacção entre drogas anti-reumáticas e o sistema hipofiso-suprenal, pois merece aqui uma referência:

Sabendo-se que qualquer terapêutica química se pode assemelhar a um «stress», é lógico pensar que a resposta do organismo a determinada droga anti-reumática deveria requerer a participação da hipófise e a libertação de ACTH; tem-se porém verificado que, em experiência com ácido acetil-salicílico e fenilbutazona, não existe tal correlação. A acção anti-inflamatória dos anti-reumáticos ocorre independentemente da reacção de «stress» mediada por ACTH, uma vez que a hipofisectomia não abole, nem mesmo diminui a actividade anti-inflamatória destes fármacos; identicamente, o efeito anti-inflamatório dos anti-reumáticos sintéticos também não é abolido pela adrenalectomia.

É assim de aceitar que a explicação da acção terapêutica das drogas anti-reumáticas se tenha de procurar em variadas razões: entre elas citaremos que a acção anti-reumática se pode filiar — nuns casos — na inibição de enzimas catabólicos (enzimas proteolíticos, por ex.), noutros casos na interferência com os mediadores da inflamação (bloqueio dos efeitos da histamina, por ex.), noutros ainda na influência do fármaco sobre os processos anabólicos (inibição do metabolismo tissular dentro do foco inflamatório, induzida por alteração da fosforilização oxidativa, por ex.), além doutras explicações muito mais elaboradas.

Dentro deste campo e pela sua actualidade, merece uma breve nota o tratamento imuno-supressivo.

Este tratamento, no caso das colagenoses, baseia-se na suposição de serem elas doenças por auto-imunização, em que uma reacção patogénica em cadeia desempenha um importante papel no desenrolar da doença. No caso da AR, esta reacção começaria com a formação de substâncias antigénicas no organismo, induzida por uma resposta humoral e celular imunitária, com alterações inflamatórias e proliferativas conduzindo à destruição articular. Cada substância interferindo com esta reacção em cadeia pode funcionar — basicamente — como uma droga imuno-supressiva. Assim, com este fundamento que acabamos de resumir, os corticosteroides, certos agentes cito-tóxicos e a D-penicilamina são usados hoje na prática reumatológica.

Os agentes cito-tóxicos como a ciclofosfamida (Endoxan), o clo-rambucil, a azatioprina (ou Imuran) — os imunossuppressores de que existe maior experiência — são capazes de controlar as fases de actividade inflamatória exaltada na AR. Esta acção também se verifica com grandes doses de corticosteroides, mas com a diferença que na prevenção duma reacção da AR, um tratamento de longo termo não é geralmente necessário, ao contrário do que acontece com os corticosteroides. Quanto mais aguda e menos avançada é a doença, melhores serão os resultados obtidos com os citotóxicos; daqui resulta que os agentes citotóxicos devem ser limitados aos estadios iniciais agudos da AR.

Os imunossuppressivos apresentam, como é sabido, o inconveniente muito sério de poderem provocar graves acções colaterais: a perda dos leucocitos, a potencialidade carcinogénica e a infecção, duma maneira geral são os mais comuns. Por isto, o seu uso deve ser maduramente ponderado em doenças sem prognóstico fechado e, uma vez usados, é obrigatório o mais apertado apoio clínico e laboratorial para despiste precoce de intolerância grave.

Na explicação da acção das drogas imuno-supressivas temos de ter presente que esta designação implica apenas um certo modo de acção do fármaco, que pode não ser o mais importante: — com efeito, nada nos garante que estas drogas actuem pelo seu efeito anti-proliferativo geral, pelas suas propriedades citocidas ou mesmo pela sua capacidade inibitória para a fase celular da reacção inflamatória.



Como forma de obviar a evolução desfavorável da AR, justifica um breve apontamento a sinovectomia, quer ela se obtenha por cirurgia, por meios químicos (sinoviortese) ou por irradiação. A sinovite crónica conduz à destruição da cartilagem e do osso subjacente: a eliminação do «pannus» sinovial da AR significa pois uma forma de parar ou pelo menos frear este processo destrutivo articular.

A melhor indicação deste tratamento é referida àqueles casos iniciais de AR em que há apenas uma ou duas grandes articulações predominantemente comprometidas — um ou dois joelhos por exemplo.

Com a sinovectomia ou a sinoviortese pretende-se eliminar a maior parte ou todo o tecido sede da inflamação reumatoide e, graças à remoção deste tecido patológico, extirpar a doença. Contudo este efeito preventivo da sinovectomia e da sinoviortese não corresponde ao que de facto se passa na prática, pois tecidos diferentes da membrana sinovial podem ser também sede do processo reumatoide e de importância relevante para explicar porque se mantém a progressão da doença, apesar da remoção cirúrgica ou química da sinovial mais lesada.

Certos reumatologistas mais conservadores, Hartmann e Renner, advogam as vantagens da roentgenterápia para obter na AR efeitos análogos aos obtidos com processos terapêuticos muito mais agressivos (como é o caso dos citoestativos e da sinovectomia). Desafortunadamente porém, o efeito benéfico dos Raios X na AR — que parece explicar-se sobretudo pela des-

truição das células locais enriquecidas de lisosomas com grande actividade enzimática, incluindo os linfocitos — é habitualmente de curta duração.

A sinoviortese é geralmente efectuada injectando ácido ósmico dentro da cavidade articular. Muito recentemente Tanaka e Hirotani, reumatologistas japoneses, efectuam a sinoviortese injectando intrarticularmente os isótopos radioactivos  $AU^{198}$  e  $Y^{90}$  (yttrium 90); a melhoria dos doentes assim tratados é superior a 95 % na estatística destes autores, parecendo assim que esta nova sinovectomia por radiação é superior às efectuadas por meios químicos ou cirúrgicos. O que vimos de referir fundamenta o conceito de ser a sinovectomia um franco progresso no tratamento da AR, cuja utilização pode ter lugar em qualquer articulação diartrodial — isto é com membrana sinovial — quer se trate de joelhos, das tíbio-társica, das coxo-femurais dos cotovelos ou das mãos.

Continuando na descrição dos progressos recentes verificados no arsenal terapêutico dos reumatismos — não nos detendo na cirurgia correctiva articular, em que as actuais artroplastias totais da anca e do joelho e as correcções ortopédicas da mão reumatoide, bem mereciam citação demorada — passemos uma vista de olhos sobre os novos medicamentos anti-reumáticos:

Alguns velhos medicamentos mantêm um interesse tão actual, que o seu lugar continua insubstituível. É por exemplo, o caso da Colchicina que, apesar do seu conhecimento ser superior a 15 séculos, mantêm inalterada a sua predominância nas quatro seguintes indicações básicas:

- 1) Artrite gotosa aguda suspeitada mas não confirmada; o benefício da Colchicina — só verificável na crise gotosa aguda — permite o diagnóstico «ex-juvantibus» da gota.
- 2) Como preventivo da crise gotosa — sempre que se receia que um eventual «stress» possa vir a provocar uma crise de gota.
- 3) Como protector contra a crise aguda de gota provocada pelos uricosúricos ou o allopurinol.
- 4) Nas crises atípicas ou irregulares de gota, onde a droga, apesar da sua veterania, mantêm todo o prestígio.

Dos novos medicamentos não esteroides que invadem o arsenal dos fármacos anti-reumáticos — ainda não disponíveis entre nós — merecem referência:

O Fenoprofen.

O Tolectin ou Tolmetin (1 metil 5 - toluylopirrol 2 - ácido acético) de acção analgésica e anti-inflamatória muito semelhante às da indometacina, usado na dose de 600 - 800 mgs/dia. A droga não tem acção benéfica na gota, mas o seu uso parece esperançoso na AR e espondilartrite reumatóide.

O Voltaren, o Sudoxicam, a Percluzona, a Azapropazona, o Mepirizol são outros novos anti-reumáticos não esteroides em estudo e introdução

na prática reumatológica. Ainda mais recentes descobertas com potente acção anti-inflamatória são:

O Naproxen (metoxi - naftil) ácido propiónico.

O Alclofenac, comparável com ligeira vantagem à indometacina e à fenilbutazona.

Por último citamos o composto 19583 RP — com o nome registado de «Ketoprofene» que parece virá a constituir o melhor tratamento da doença de Bechterew, pois é extremamente bem tolerado e acerca do qual foram já dados a conhecer no Congresso de Kyoto trabalhos espanhóis, franceses, noruegueses, ingleses e americanos. O Ketoprofene, considerado o melhor anti-inflamatório da actualidade através das consultas que fizemos, é o L (3 benzoil-fenil) ácido propiónico e usa-se na dose diária de 150 mgs.

Para encerrar julguei de interesse mostrar um breve panorama de que são os cuidados médicos e sociais presentemente prestados a um doente de artrite em 3 países estrangeiros.

Para melhor apreciação recordemos que os reumatismos, quer inflamatórios quer degenerativos são na maioria das vezes doenças de evolução crónica, que implicam uma luta permanente e uma recuperação também permanente; só à custa desta persistência de cuidados se pode pois evitar ou protelar a incapacidade que paira sobre todo o doente de reumatismo. Estas considerações concedem aos reumatismos aspectos muito particulares no que se refere à necessidade de meios adequados de tratamento.

Em termos sociais, a incapacidade significa que o doente inválido se torna um peso morto, não aproveitado, para a colectividade; além de se tornar um zero na produção — e pondo de lado a natural angústia que a invalidez justifica para o próprio doente — terá de passar a ser um encargo para todos os indivíduos válidos.

Daqui a conclusão fácil de «custar menos tratar os reumatismos que suportar a sobrecarga da sua invalidez».

As indispensáveis infraestruturas para tratamento ambulatorio ou em regimen de internato, bem como para readaptação à capacidade funcional máxima que a doença poupou — infraestruturas cuja carência entre nós implica soluções urgentes — têm de ser postas em funcionamento por pessoal médico e auxiliar cabalmente treinado e especializado, em número suficiente para atender todos os que carecem de cuidados reumatológicos. Informemo-nos do que é preciso fazer pela leitura das respostas inglesa, francesa e americana a uma carta que o Prof. Toshio Kodama da Universidade de Okayama, Japão enviou a entidades oficiais responsáveis pela Reumatologia nestes países.

Nesta carta do Prof. Kodama dizia-se que os doentes de artrite reumatoide além dos tratamentos prestados por médicos, cirurgiões ortopédicos e outros, careciam também de imprescindível auxílio social. Uma vez que, em cada país, as condições de tratamento reumatológico eram diferentes, seria de interesse conhecer estas condições com o fim de as uniformizar da melhor maneira no futuro. Continuava a carta com o pedido de informações sobre associações médicas e de doentes existentes no País solicitado a responder, bem como sobre sistemas e leis governamentais em vigor no País

interrogado. Por último pedia-se informações sobre os estabelecimentos em que o doente de reumatismo é tratado e que formas de auxílio social eram fornecidas para suportar o seu tratamento e reabilitação.

Passamos a descrever a resposta da Grã-Bretanha: — O Serviço Nacional Britânico suporta todas as despesas médicas do doente, que depois de ser visto por um clínico geral pode requerer ou ser enviado a uma consulta especializada de Reumatologia; caso deseje, o doente pode também ter tratamento privado, contribuindo o Seguro Nacional de Saúde para cada trabalhador da seguinte forma: — entidade patronal £2,26 e empregado £0,88 semanalmente.

Quando hospitalizado, os respectivos custos são pagos na totalidade pelo Serviço Nacional de Saúde; os custos do Centro de Reabilitação são também cobertos pelo Serviço Nacional de Saúde, nestes custos se incluindo o transporte do doente ao Centro.

Se incapacitado, o paciente tem direito aos benefícios dum Seguro Nacional do Departamento de Saúde e Segurança Social, podendo ser admitido para um Hospital de Doentes Crónicos, embora se aconselhem sempre os esforços necessários para manter o doente em casa e activo.

Na Inglaterra, embora em cada distrito haja habitualmente um Hospital Geral com um Departamento de Reumatologia, existem poucos hospitais exclusivamente devotados às doenças reumáticas. Existem 25 Centros de Reabilitação na Grã-Bretanha: nestes, o doente pode ser inscrito como fisicamente diminuído, registo que lhe pode facilitar a obtenção dum emprego adequado, para o que várias firmas comerciais aceitam uma pequena parte de empregados a partir deste registo.

As modificações domésticas para facilitação da vida diária do doente — como modificações na casa de banho para facilitar a toilette geral do incapacitado — são suportadas pelo Departamento do Serviço Social local.

Se o doente inválido ultrapassou os 60 anos a autoridade local pode admiti-lo num recolhimento adequado; se é mais jovem pode acolher-se numa casa para jovens doentes crónicos, se bem que o número destas não seja ainda suficiente.

A resposta da França foi a seguinte:

Em França a Reumatologia é uma especialidade individualizada carecendo de 3 anos de estudo depois do fim da graduação. O ensino é feito nas Cadeiras de Clínica Reumatológica (2 em Paris; 1 em Marseille, Lyon, Montpellier, Bordeaux, Toulouse, Nantes, Lille, Nancy e Grenoble). Existem serviços especializados de Reumatologia na maioria das grandes cidades francesas.

Os reumatologistas franceses estão agrupados numa Sociedade de Reumatologia e no que respeita ao Seguro Social o reumatismo crónico faz parte da lista de doenças de longa duração podendo beneficiar do reembolso total (isto é 100 %) de todo o auxílio clínico-terapêutico carecido.

Se o doente sofre de invalidez acentuada, pode requerer uma pensão de invalidez e se necessita duma pessoa suplementar para o ajudar na sua vida doméstica de todos os dias — o encargo desta pessoa auxiliar é tomado pela Segurança Social; o doente inválido e sem recuperação possível pode

também, se preferir, ser admitido num estabelecimento para doentes crónicos. Existem em França serviços especializados de Reumatologia — 7 em Paris e 15 na Província —, além de reumatologistas em todas as cidades. As despesas do Centro de Reabilitação ou da Casa de Repouso são suportadas pela Segurança Social; não se prevê no sistema francês a reconstrução de casas de banho no lar do inválido.

Quanto à América do Norte, onde, como se sabe, não há Serviço Nacional de Saúde foi respondido que «três quartos das escolas médicas americanas têm uma secção de Reumatologia pertencendo ao Departamento de Medicina». O auxílio para os problemas sociais do artrítico é fornecido através da poderosa e rica Arthritis Foundation que associa todos os esforços voluntários para a luta contra o reumatismo nos Estados Unidos — auxílio que é prestado da forma mais singular por vezes, como seja a responsabilização dum benemérito por todas as despesas efectuadas anualmente por determinada cama dum Serviço de Reumatologia...

O auxílio suplementar provém dos vários ramos dos Serviços de Saúde governamentais sobretudo Institutos Nacionais de Saúde e do Serviço Social de Reabilitação do Departamento de Saúde, Educação e Bem Estar (Health, Education and Welfare Department).

Embora haja uma legislação especial para todos os indivíduos de mais de 65 anos — o chamado Medicare — mediante o qual o cuidado com o doente externo ou hospitalizado é coberto pelos Fundos Federais, na América do Norte os doentes com menos de 65 anos têm de basear sobretudo em seguros privados os cuidados médicos de que carecem; estes seguros como seja a «Blue Cross» — garantem um período anual de hospitalização, que varia conforme o prémio pago.

Apesar de se afastar do Seguro Social adoptado noutros Países, o sistema americano — apoiado fortemente pela Arthritis Foundation — protege inteiramente o doente artrítico incapacitado. Tive a oportunidade de poder apreciar, pessoalmente e por diversas vezes, a eficácia e a extensão deste apoio da organização americana na luta anti-reumática.

Quando, no caso dum determinado doente de artrite reumatoide — Ronald Hickey era o seu nome — cujas despesas de hospitalização, tratamento, readaptação e terapêutica ocupacional haviam sido excepcionalmente elevadas, a minha surpresa me levou a perguntar quanto teria sido o seu montante, foi-me respondido: «Certamente muito elevado, mas hoje Ronald Hickey é feliz, auto-suficiente e poderá devolver à colectividade através do imposto profissional referente à actividade que foi preparado para exercer, tudo quanto com ele se gastou!»

## R É S U M É

L'auteur décrit les plus récents progrès dans le champ des maladies articulaires; ces avances signifient — dans son opinion — l'intérêt de la Rhumatologie comme un des plus importants chapitres de la Médecine.

La polyarthrite chronique évolutive est considérée une maladie de pathogénie infectieuse et/ou auto-immunologique; la description de la «rosette rhumatoïde» de Delbarre est considérée une aide diagnostique importante pour identifier la maladie.



Sous le point de vue thérapeutique, l'auteur détaille le possible mécanisme d'action de plusieurs médicaments contre le rhumatisme, comprenant le traitement immunosuppresseur et les types chirurgicaux, chimiques et par radiation de la synovectomie.

Le travail termine avec l'énumération des plus récents médicaments anti-rhumatismaux et les conditions de traitement d'un malade rhumatisant dans l'Angleterre, la France et les États Unis de l'Amérique du Nord.

### SUMMARY

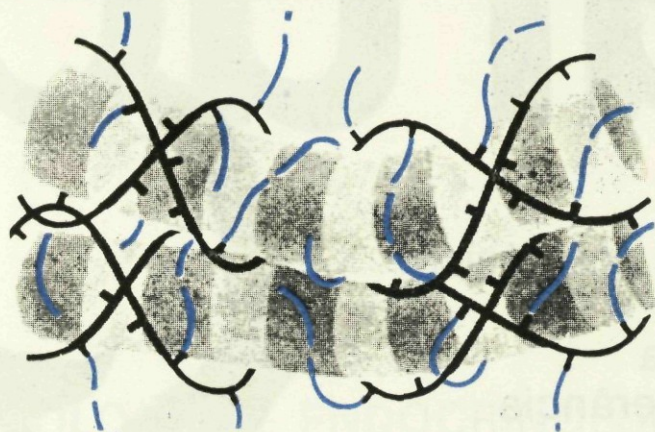
The author describes the most recent advances in the field of the articular diseases; this progress means — in his opinion — the interest of Rheumatology as one of the most important fields of the Medicine.

Rheumatoid arthritis is focused as an illness of infectious and/or auto-immunologic pathogeny; the description of Delbarre's «rheumatoid rosette» is made and its interest as a diagnostic help discussed.

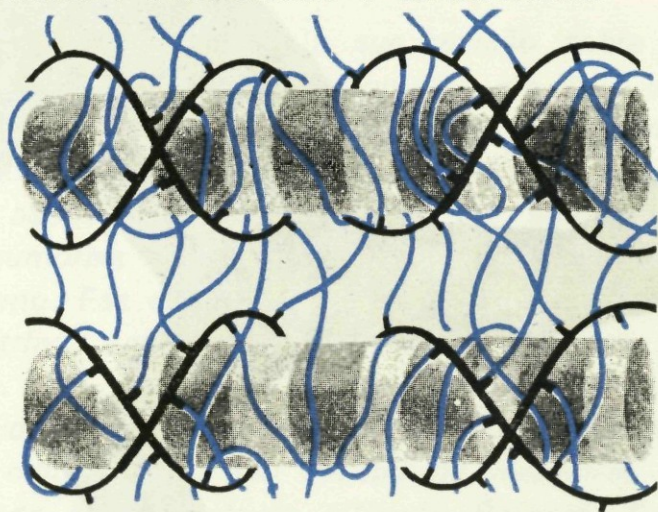
Under the therapeutic point of view, the author explains the possible mechanism of action of the several anti-rheumatic drugs, including the immune-suppressive treatment and the types of synovectomy: surgical, chemical, radiation synovectomy.

The article ends with the description of the new anti-rheumatic drugs and the conditions of treatment of the rheumatic patient in England, France and U. S. of North America.

# O PROCESSO ARTRÓSICO



A artrose é um desequilíbrio metabólico entre a capacidade de síntese do condrocito e o catabolismo dos glicosaminoglicanos. A perda dos glicosaminoglicanos provoca um colapso da estrutura das fibras colagênicas: a cartilagem degenera e perde as suas propriedades mecânicas: elasticidade e consistência.



**RUMALON** como regulador do metabolismo do condrocito, restabelece a síntese da condromucoproteína e opõe-se à sua degradação. A cartilagem artrósica recupera a sua hidrofília, solidez e resistência.

# RUMALON<sup>®</sup>

Terapêutica de fundo da artrose

Posologia: 2 ml em dias alternados durante 6 a 8 semanas

Apresentação: Caixas com 5 e 25 ampolas de 1 ml

Robapharm

PHARM  
ROBAPHARM  
PHARM

Um progresso na terapêutica dos processos inflamatórios

# Carudol

Anti-inflamatório  
Anti-reumático  
com marcada acção analgésica

O máximo de eficácia  
com o máximo de tolerância



---

eficácia terapêutica superior à da fenilbutazona

---

tolerância digestiva excepcional  
(superior à dos anti-inflamatórios não esteróides)

---

não provoca retenção hidrosalina

---

respeita a fórmula sanguínea

---

#### Apresentação

Cápsulas a 300 mg	Embalagens com 20 e 50
Supositórios a 425 mg- Adultos	Embalagem com 12
Supositórios a 125 mg- Crianças	Embalagem com 12

Preparado por Unifarma em colaboração com

Boehringer  
Ingelheim



Representação em Portugal:

Av. António Augusto de Aguiar, 104-1.º -Lisboa 1  
Delegação no Norte: Rua João das Regras, 120-Porto

34/73/P

## REUMATOLOGIA E ENDOCRINOLOGIA (\*)

IRIARTE PEIXOTO (\*\*)

**Resumo:** O A. divide a sua revisão sobre relações entre Reumatologia e Endocrinologia em três capítulos: a) Aspectos históricos; b) Conceito de reumatismos endócrinos; c) Considerações críticas.

No aspecto histórico começa por analisar os conceitos humorais dos hipocráticos mais tarde adoptados por Galeno. Faz depois um breve esboço da evolução das doutrinas patogénicas dos reumatismos até aos nossos dias.

Estuda depois o conceito de «Reumatismos endócrinos» cujo âmbito não cessou de alargar-se desde a criação da Endocrinologia (Claude Bernard, Brown-Séquard). Recorda as teorias tiroideia, paratiroideia, hipofisária, supra-renal e hipo-ovárica. Resume os trabalhos de Hench e Kendall e a doutrina de Selye para o qual os reumatismos poderiam integrar-se dentro do esquema da síndrome geral de adaptação.

Finalmente termina fazendo considerações críticas que o levam a recordar os trabalhos de Marañon segundo os quais não possuímos dados teóricos, experimentais ou clínicos que autorizem a afirmar que uma perturbação hormonal possa por si só determinar qualquer das formas habituais dos reumatismos. Quando muito as alterações hormonais poderiam facilitar a acção das causas directamente patogénicas.

Termina defendendo um critério antropológico no estudo dos reumatismos, posição esta que coincide com a adoptada pela Liga Portuguesa contra o Reumatismo.

---

(\*) Comunicação apresentada em 30-10-1973, na sessão solene de abertura do ano académico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

(\*\*) Professor de Medicina e Director de Serviço de Clínica Médica dos Hospitais Civis de Lisboa.

Vamos tentar, no desempenho da grata e honrosa missão que nos foi cometida, rever sucintamente algumas das relações entre a Reumatologia e a Endocrinologia.

Lembramos a este propósito que a Reumatologia é um capítulo da Medicina com remotos antecedentes. Sabemos, à luz dos achados paleontológicos, que as afecções reumáticas afligiram já os nossos antepassados hominídeos.

Desde os alvares da civilização o Homem mostrou particular interesse por entender e remediar as afecções articulares. Uma boa capacidade locomotora, uma perfeita integridade da maravilhosa faculdade de preensão eram seguramente nessas épocas, mais do que hoje, condições indispensáveis de sobrevivência.

Os etnógrafos descrevem nas culturas mais primitivas práticas para tratar as afecções osteo-articulares e também cerimónias e discursos mágicos para exorcizá-las.

A Endocrinologia é uma ciência moderna embora possamos considerar como proto-endocrinológicas a doutrina dos quatro humores dos hipocráticos e a terapêutica com extractos de órgãos de animais, muito difundida em toda a Antiguidade.

No estudo das relações entre Reumatologia e Endocrinologia fixar-nos-emos em três pontos:

- a) *Aspectos históricos;*
- b) *Conceito de «reumatismos endócrinos»;*
- c) *Considerações críticas.*

#### a) **Aspectos históricos**

No apogeu da Civilização Grega, quando desponta a medicina científica, encontramos já conhecimentos reumatológicos e ortopédicos muito avançados.

Os Hipocráticos estudam sobretudo a podagra (à letra, armadilha que prende o pé). A podagra (a gota actual) é distinguida da artrite (hoje, reumatismo articular agudo). As circunstâncias do aparecimento da podagra, sua preferência pelo sexo masculino e relação com os excessos alimentares são claramente descritas nessa época.

Patogenicamente a podagra é então considerada como resultante de um humor alterado que se gera no cérebro e, não podendo sair naturalmente pelos emunctórios, vai fluir e acumular-se num lugar de menor resistência, em geral no dedo grande do pé.

Se admitimos, como já dissemos, que a teoria dos humores representa uma antevisão da doutrina endocrinológica, podemos encontrar aqui a primeira relação entre a Reumatologia e a Endocrinologia.

Depois da conquista da Grande Grécia os médicos romanos interessam-se pela podagra sem todavia fornecerem novos subsídios para a com-

preensão e tratamento da doença. Além da doutrina humoral surgem outras explicações, como a teoria dos poros laxos ou estritos, dos metódicos (91 A. C.) e depois a do arrefecimento do calor inato defendida pela seita dos pneumáticos (50 A. C.). Muito mais tarde (201 D. C.) o grande Galeno ressuscita a teoria hipocrática dos humores, distinguindo fluxão gotosa, sanguínea, biliar, atrabiliária e pituitária.

Pode afirmar-se que a grande contribuição dos Romanos neste campo foi a utilização para o tratamento, das estâncias termais, das quais existem numerosos vestígios do nosso país.

Depois da queda de Roma, Bisâncio torna-se a Capital das Artes e das Ciências e é a um médico bisantino que se deve a aplicação do Hermodacto ou Cólchico de Outono no tratamento da podagra, terapêutica que após um longo período de esquecimento, renasceria e viria a manter-se nos nossos dias.

O termo «gota» só surge no Século IX, adoptado pelos médicos a partir da linguagem popular. Com efeito o povo falava de «gota podagra», «gota palazina», «gota caduca». A palavra «gota» aparece nos escritos de Santa Hildgard, abadessa de Bingen, morta em 1179.

O salernitano Archimateus explica o significado: «chama-se gota porque provém de humores correndo pouco a pouco, como gota a gota nas diversas partes» (1010).

Cabe a Baillou entre o Século XVI e XVII o mérito de vulgarizar o termo reumatismo no seu «Liber de Rheumatismo et pleuritide dorsali» estabelecendo de novo uma separação entre diferentes afecções reumáticas. O radical «rheo» — em corro — evoca ainda o velho conceito de surto fluxionário incidindo sobre as articulações e eventualmente noutros pontos do organismo.

Para Baillou o reumatismo pode produzir-se no hábito externo por transbordamento fora das veias de detritos vindos das partes internas podendo por vezes localizar-se nas articulações. Engloba pois o reumatismo dos músculos, do tecido fibroso, dos nervos e o reumatismo articular agudo.

A Clínica e a investigação do presente século na esteira dos trabalhos precursores de Sydenham (1685), Cullen (1785) Bouillaud (1838) e Garrod (1848) conseguem uma diferenciação apurada das muitas variedades do reumatismo. Os segredos metabólicos da gota são-nos amplamente desvendados, o reumatismo articular agudo ou doença de Bouillaud é explicado por uma sensibilização a determinados componentes bacterianos, as artropatias degenerativas são objecto de estudo minucioso e a artrite reumatóide, de diferenciação relativamente recente, e longamente confundida com os reumatismos infecciosos, é depois incluída nas doenças do colagénio.

Há um momento na História da Reumatologia, em que as lacunas dos conhecimentos patogénicos são preenchidos por hipóteses hormonais. Merece pois ser analisada com certo pormenor a doutrina dos «reumatismos endócrinos».

## b) Conceito de «Reumatismos endócrinos»

A Endocrinologia moderna foi criada no Século passado a partir dos trabalhos geniais de Claude Bernard (1855) completados e difundidos pelo seu sucessor no Colégio de França, Bronw-Séquard (1899).

Se a descoberta da noção dos «incretas» e o nome de secreção interna se devem ao génio de Claude Bernard a popularização do conceito é obra de Bronw-Séquard ao anunciar aos 72 anos ter «rejuvenescido com extractos glicerinados de testículos».

Os clínicos do começo do século XX viveram sob a influência do rápido desenvolvimento da nova disciplina médica. A identificação, isolamento e síntese das diferentes hormonas sucedeu-se a um ritmo vertiginoso. A verificação da extraordinária acção dos «incretas» ao nível dos vários tecidos, particularmente do tecido ósseo e articular, fez naturalmente pensar que os hiper ou hipofuncionamentos de certas glândulas pudessem ser responsáveis pelo génese de alguns reumatismos.

*Surgem então a doutrina tiroideia difundida por Pende e Leopold-Levy, a paratiroideia por Opper, a hipofisária de Massalongo e a supra-renal de Curschman. Strauss e Menge entre outros insistem na etiologia hipovovárica de certos reumatismos.*

Veremos adiante que o edifício dos reumatismos endócrinos não pôde resistir a uma análise mais judiciosa da casuística em que se baseava.

Porém, por volta dos anos 40 surgiram duas ordens de trabalhos que vieram pôr de novo com acuidade as relações da Reumatologia e Endocrinologia; referimo-nos aos trabalhos de Selye sobre o «síndrome geral de adaptação» e os de Hensch e Kendall referentes ao tratamento da artrite reumatóide pela cortisona.

Os trabalhos de Selye pretendiam demonstrar que certas doenças de etiologia até então mal elucidada seriam doenças de adaptação ao «stress» nas quais um desregramento das reacções adaptativas fisiológicas teria papel decisivo.

O organismo responderia ao «stress» com uma secreção mediada por uma activação hipotalamo-hipofisária de hormonas corticais das quais umas, as mineralocorticóides teriam uma acção inflamatória ou proflogística e outras as glicocorticóides uma acção anti-inflamatória ou antiflogística.

Nem sempre a alteração hormonal seria de natureza quantitativa. Muitas vezes tratar-se-ia de um condicionamento periférico à acção duma hormona quantitativamente normal.

Durante as suas experiências Selye pôde produzir em animais certas doenças que imitavam doenças humanas do colagénio: artrites, cardites, pericardites, etc.

A outra descoberta que contribuiu para levantar de novo o problema das relações entre Reumatologia e a Endocrinologia foi de natureza clínica.

Hensch, da Clínica Mayo, observou a melhoria da artrite reumatóide quer com o aparecimento da icterícia, quer pela gravidez. Pensou que uma substância X a investigar seria responsável pela melhoria verificada. Dado que tanto na icterícia como na gravidez circulam esteróides em grande quantidade teve a intuição de que tal substância X pudesse ser um esteróide.



# **DOLOVIN**

INDOMETACINA

**PODEROSO ANTI-REUMÁTICO NÃO HORMONAL**

SUSPENSÃO ORAL A 5 mg/ml — FRASCO DE 60 ml

DRAGEIAS A 25 mg — FRASCO DE 24

SUPOSITÓRIOS A 100 mg — CAIXAS DE 6 E 12



LABORATÓRIOS ATRAL



**ÁCIDO ÚRICO!...**  
**ÁCIDO ÚRICO!...**  
**ÁCIDO ÚRICO!...**  
**ÁCIDO ÚRICO!...**

**ÁCIDO ÚRICO!...**

**BAIXAS SIGNIFICATIVAS  
RÁPIDAS E SEGURAS!**

**AMPLIVIX**

(Benziodarona)

### **BIBLIOGRAFIA ESPECÍFICA**

- Nivet, M., e Col. — Soc. Med. Hosp. Paris, 1965, 116, 1187  
Delbarre, F., e Col. — Soc. Med. Hosp. Paris, 1965, 116, 1193  
Delbarre, F., e Col. — Presse Medicale, 1965, 73, 2725  
Richet, G., e Col. — Presse Medicale, 1966, 74, 1247  
J. L. Medvedowski — Gazette Medicale de France, 1966, n.º 13  
Richet, G., e Col. — Rev. Franc. Et. Clin. et Biol., 1966, II, 396
- 

APRESENTADO POR LABORATÓRIO **H I G I E N E**  
SOB LICENÇA EXCLUSIVA DO LABORATÓRIO LABAZ — FRANÇA

Como Kendall trabalhava em química de esteróides no mesmo edifício da Clínica Mayo, Hench lembrou-se por volta de 1940 de ensaiar no tratamento dos reumatismos entre outros compostos o composto E ou cortisona do córtex supra-renal.

Porém a pouca cortisona que existia era objecto de investigação para fins militares pois constava que na Alemanha os aviadores de «Lufftwaffe» a estavam utilizando como euforizante.

Só em 1948 o composto E foi aplicado no tratamento da artrite reumatóide. Os resultados foram como se sabe espectaculares.

Tinha-se aberto um caminho novo para o combate às situações inflamatórias agudas e crónicas. A nova arma não tardou em ser utilizada com êxito no tratamento das colagenoses, doenças crónicas pulmonares, nefropatias, hemopatias, etc., constituindo uma excelente terapêutica anti-inflamatória inespecífica.

Selye quis ver nas descobertas de Hench e Kendall uma confirmação das suas teorias patogénicas do reumatismo.

### c) Considerações críticas

Apesar dos enormes progressos no sentido de compreender a acção fisiológica das hormonas sobre o tecido conjuntivo em geral e o tecido ósseo e cartilágneo em particular, a posição actual dos investigadores em relação ao papel das hormonas na etiopatogenia dos reumatismos é de prudente reserva.

O «reumatismo da menopausa», por exemplo, deve ser interpretado mais como uma doença plurifactorial em que intervêm factores genéticos, degenerativos e evidentemente, também endócrinos.

Marañón ocupou-se de maneira ímpar desta forma de reumatismo. Designou-o mais propriamente por síndrome doloroso do climatério e distinguiu a forma raquiálgica, a osteomuscular e a artropática. Já em 1951 o Mestre de Madrid punha em relevo que a patogenia deste síndrome era complexa, contribuindo para ele a osteoporose, fenómenos degenerativos articulares pré-senis e uma especial receptividade aos estímulos dolorosos próprios dessa época. Descreveu particularmente as formas artropáticas das mulheres obesas com ou sem lipomatose mas o que interessa acentuar é que lhes atribuiu sempre uma patogenia complexa e não simplesmente hipoovárica.

No que se refere aos reumatismos hiperparatiroides cumpre-nos dizer que esta noção constitui uma curiosidade histórica. Na nossa experiência o que acontece por vezes é que um hiperparatiroideu na fase prequística, osteoporótica é diagnosticado de reumático. Portanto é aconselhável em todos os reumatismos estudar a calcémia, a fosforémia e a calciúria.

Quanto aos hipotiroideos temos observado certa frequência de artroses nos doentes hipotiroideos acima dos quarenta anos mas também aqui não se pode falar de reumatismo hipotiroideu. A melhoria da mobilidade articular

dos insuficientes tiroideus sob a acção da terapêutica se deve à diminuição da infiltração dos tecidos periarticulares.

Há artropatias dos hiperpituitários explicadas pelo crescimento exagerado das estruturas osteo-articulares e agravadas por uma provável acção inflamatória da hormona do crescimento sobre o tecido conjuntivo. Mas isto não justifica a aceitação duma doutrina hiperpituitária dos reumatismos.

No que se refere às relações do córtex supra-renal com o reumatismo devemos fazer notar que embora tenhamos casos de artroses em insuficientes supra-renais nada nos autoriza na clínica a falar de um reumatismo hipocortical.

No quadro aposto o hipersupra-renalismo as dores reumatóides devem-se em geral à osteoporose.

Os trabalhos de Selye fornecem-nos uma base doutrinária para dar conta da melhoria ou agravamento dos reumatismos pelo «stress» inespecífico. Todavia, no estado actual do conhecimento, a doutrina do «stress» não explica a génese de afecções como a artrite reumatóide ou as artropatias degenerativas.

Também a grande descoberta de Hench e Kendall sobre a acção anti-inflamatória da cortisona não nos autoriza a postular uma teoria hipocortical dos reumatismos.

De resto não se encontraram até hoje nos reumatismos crónicos ou agudos quaisquer sinais bioquímicos concludentes de insuficiência supra-renal.

As doses em que a cortisona necessita de ser aplicada na artrite reumatóide e a fugacidade das remissões mostram-nos bem que ela actua aqui não como uma hormona mas como um verdadeiro fármaco.

São perfeitamente actuais as palavras de Marañón a este respeito:

«Não há nenhum dado teórico, experimental, clínico nem terapêutico que autorize a afirmar que uma perturbação hormonal, seja qual for, pode dar como resultado a inflamação de uma ou várias articulações.

Quando muito, a endocrinopatia pode criar um estado de predisposição para que se fixem nela as etiologias directas da artropatia.»

E perfilhamos também a sua posição, já depois das descobertas de Hench e Kendall, expressa nas seguintes palavras: «O aparecimento das artropatias não é um fenómeno directamente devido à perturbação hormonal mas esta representa só modificações humorais e talvez teciduais que podemos designar como «reacção reumática» que ao produzir-se facilita a acção das causas directamente reumatogénicas.»

As considerações críticas expostas representam naturalmente uma reacção contra uma extensão exagerada do conceito clínico de «reumatismos endócrinos».

É evidente que nada nos garante que novos factos, por exemplo a extensão dos conhecimentos sobre o mecanismo de acção das hormonas ao nível da periferia (tecido cartilágneo, tecido ósseo), não nos obrigue a modificar radicalmente de um momento para o outro a posição que hoje adoptamos.

#### d) Considerações finais

No decurso deste breve estudo sobre relações entre dois importantes capítulos da Medicina foram citadas muitas descobertas empíricas e muitas teorias patogénicas.

Umas e outras só adquirem verdadeira significação quando ponderadamente avaliadas pelo médico e seguidamente postas ao serviço do Homem Enfermo considerado como ser livre, digno, responsável.

Permitimo-nos abordar aqui este critério correntemente designado por «critério antropológico» porque sabemos que é nesta linha de rumo que decorrem as actividades da Liga Portuguesa contra o Reumatismo.

De nada serve cultivar a Ciência se perdermos de vista a única meta onde ela toma significação — o Ser Humano.

Esquecer ou falsear esta premissa é dar razão à inquietante profecia do estruturalista Michel Foucault segundo a qual a prazo não distante, por uma modificação radical das disposições fundamentais do saber, o conceito do Homem, aquisição recente e precária, virá a desaparecer «como se apaga ao subir da maré uma figura efémera desenhada na areia».

#### RÉSUMÉ

Le A. divise sa révision sur les rapports entre la Rhumatologie et l'Endocrinologie en trois chapitres: a) Aspects historiques; b) Concept de rhumatismes endocriniens; c) Considérations critiques.

L'aspect historique commence par analyser les concepts humoraux des hypocratiques adoptés plus tard par Galène. On procède ensuite à une brève esquisse de l'évolution des doctrines pathogéniques des rhumatismes jusqu'à nos jours.

On étudie ensuite le concept le «Rhumatismes endocriniens» dont l'étendue n'a cessé de croître depuis la création de l'Endocrinologie (Claude Bernard, Brown-Séquard). On rappelle les théories thyroïdienne, hypophysaire, supra-rénale et hypoovarienne. On résume les travaux de Hench et de Kendall et la doctrine de Seyle d'après lequel les rhumatismes pourraient s'intégrer dans le schéma du syndrome général d'adaptation.

Finalement, on termine en faisant des considérations critiques qui portent à évoquer les travaux de Marañón selon lesquels on ne possède point de données théoriques, expérimentales ou cliniques qui autorisent à affirmer qu'une perturbation hormonale puisse, en elle-même, déterminer une quelconque des formes habituelles des rhumatismes. Les altérations hormonales pourraient, tout au plus, faciliter l'action des causes directement pathogéniques.

On termine en défendant un critère anthropologique dans l'étude des rhumatismes, position qui coïncide d'ailleurs avec celle qui est adoptée par la Ligue Portugaise contre le Rhumatisme.

# Celesdepot®

(fosfato dissódico de betametasona + acetato de betametasona)

Pela primeira vez, foi possível incluir num único medicamento (Celesdepot), em condições de estabilidade, estes dois ésteres de betametasona.

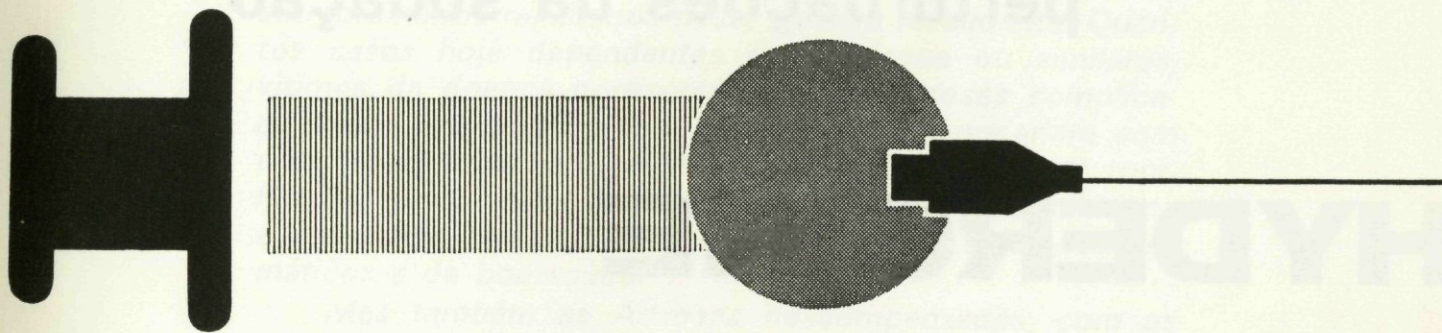


fosfato dissódico de betametasona (3 mg/ml)



acetato  
de betametasona  
(3 mg/ml)

agora numa só



FRASCOS DOSE MÚLTIPLA DE 2 ml

® Marca registada

SCHERING CORPORATION USA



# **HYDERGINE<sup>®</sup>**

**EM REUMATOLOGIA**

**Síndrome cervical =  
osteocondrose de vértebras cervicais  
+ hiperexcitabilidade simpática**

dores da espádua e braço  
cefaleia, hemicrânia  
perturbações da sensibilidade  
dores do tipo Ménière  
estados pseudo-anginosos  
e asmáticos  
perturbações da sudorese

## **HYDERGINE<sup>®</sup>**

1 a 2 ampolas diárias  
nas 3 primeiras semanas  
mais 30 gotas 3 vezes por dia  
durante vários meses.



## TRATAMENTO DAS DOENÇAS REUMÁTICAS COM AS LAMAS ARGILO-CALCÁREAS, CLORETADAS, RADIOACTIVAS DOS CUCOS

J. NEIVA VIEIRA (\*)

**Resumo:** *Estudam-se os resultados obtidos com esta terapêutica numa série de 494 doentes (139 casos de Reumatismo Vertebral Degenerativo, 89 de Gota, 79 de Artrite Reumatóide, 70 de Artrose dos Joelhos, 52 de Artrose Coxo-femural, 32 de Fibrosite, 13 de Artroses das Mãos, 9 de Pés Dolorosos, 6 de Poliartroses e 5 de Espondilite Reumatóide).*

*O banho geral de lama, sudação e uso da água medicinal «per os» modificam o terreno gotoso, baixam a hiperuricemia, diminuem a frequência das crises agudas e melhoram as articulações comprometidas na Gota Crónica.*

*As cataplasmas de lama a temperaturas elevadas aplicadas nas articulações dos doentes de Artrite Reumatóide, seguida de banho de imersão em água medicinal onde o doente executa movimentos facilitados pela impulsão da água e pelo calor, são uma terapêutica de extraordinários resultados nesta doença invalidante. Quantos casos hoje dependentes da cortisona ou similares, vítimas da doença cortisónica, das numerosas complicações que resultam do seu uso prolongado, poderiam com uma terapêutica bem orientada de início, à base de tonificação geral, analgésicos e sais de ouro ou antimaláricos e sobretudo terapêutica termal deste tipo, estar assintomáticos e de boa saúde.*

*Mas também as Artroses descompensadas, com as articulações inflamadas e em que se assiste impotente à degenerescência das cartilagens, muito beneficiam com este tratamento: desinflamam, deixam de ser dolorosas,*

---

(\*) Director Clínico da Estância e Membro da International Society of Medical Hydrology.

*ampliam-se os movimentos, melhora a circulação local e atrasa-se ou suspende-se a degenerescência.*

*Quanto à Fibrosite é clássico o conhecimento do benefício que lhe traz o calor aplicado sob qualquer forma; as cataplasmas de lama são um dos meios mais eficazes de fazer esta aplicação que se pode assim fazer em superfícies extensas e a que se segue a mobilização da região comprometida, num banho de imersão em água medicinal.*

*Deduz-se dos resultados terapêuticos obtidos na Estância Termal de Cucos que é a única estação de lamas medicinais convenientemente estudada em Portugal, a necessidade de chamar a atenção dos clínicos para o seu dever de prescreverem, nos doentes reumáticos, curas termais deste tipo que superam todas as outras terapêuticas em uso ou são complemento valioso da terapêutica medicamentosa.*

*Seguem-se dados estatísticos referentes aos 494 doentes estudados, com algumas considerações a propósito dos resultados, frequência das doenças e oportunidade da cura termal; análise da água dos «Cucos Moderno» realizada pelo Professor Herculano de Carvalho; análise da radioactividade da mesma água feita pelo Professor Charles Lepierre e análise das «Lamas dos Cucos» realizada pelo mesmo Professor.*

*Ficamos assim a conhecer as propriedades químicas e físicas dos meios terapêuticos usados na Estância Termal de Cucos: águas e lamas; a técnica de utilização e a posição desta terapêutica entre as outras utilizadas no Reumatismo, a excelência dos resultados, sem poder no entanto separar e definir a acção de cada um dos elementos que se conjugam nesta cura termal.*

Estudo clínico de 494 doentes reumáticos, duma série de 505 doentes assistidos na Época Termal de 1969.

Nesta série de 505 doentes trataram-se nas Termas do Vale dos Cucos (Figs. 1 e 2) pela primeira vez 191; fizeram segundo ano de tratamento 118; recorreram a este tratamento termal 3 a 10 épocas 177 doentes e tratam-se nos Cucos há mais de 10 épocas termais 19.

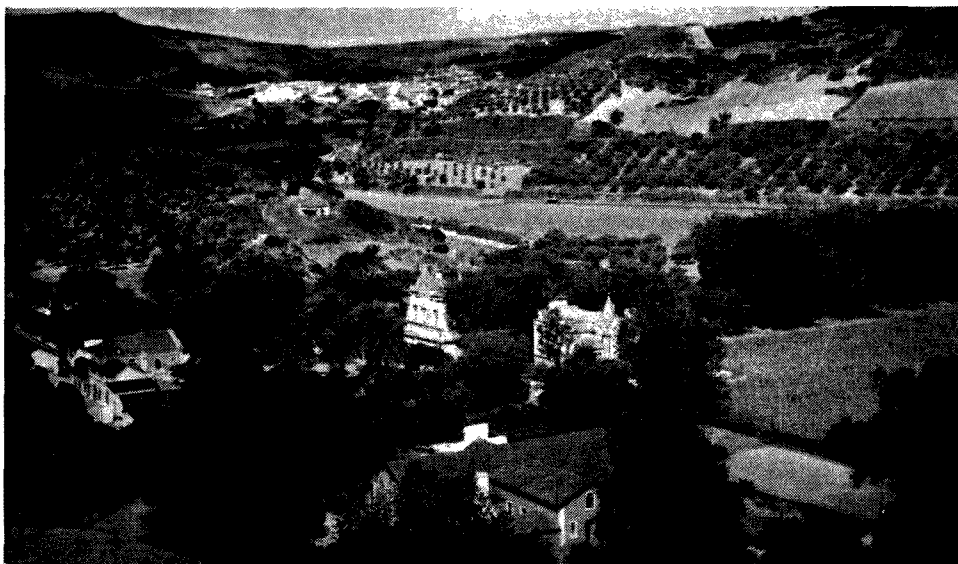
É claro que repetem o tratamento nas Termas os doentes que nelas melhoram e é já um índice de êxito terapêutico a elevada percentagem de doentes que voltam nos anos seguintes a repetir a cura termal.

Por outro lado os resultados nesse grupo de doentes são naturalmente mais favoráveis do que nos que frequentam as Termas pela primeira vez: voltam os que melhoram; a percentagem de bons resultados nos doentes que frequentam as Termas pela primeira vez não se pode ainda avaliar dado tratar-se de doenças de evolução arrastada em que se julga o benefício em função da evolução da doença o que só nos anos seguintes é possível avaliar.





*Jardim e Balneário*



*Termas dos Cucos — Vista geral*

## Distribuição dos doentes desta série pela idade e pelo sexo:

10 a 20 anos	3	2 mulheres e	1 homem
21 a 30 anos	8	6 mulheres e	2 homens
31 a 40 anos	26	14 mulheres e	12 homens
41 a 50 anos	88	35 mulheres e	53 homens
51 a 60 anos	152	77 mulheres e	75 homens
61 a 70 anos	165	86 mulheres e	79 homens
71 a 80 anos	53	26 mulheres e	27 homens
81 a 90 anos	10	3 mulheres e	7 homens
Total	505	249 mulheres e	256 homens

## Classificação por doenças dos doentes desta série:

1 — Reumatismo vertebral degenerativo	139 casos (47-H e 92-M)	27 %
2 — Gota	89 casos (82-H e 7-M)	18 %
3 — Artrite Reumatóide	79 casos (26-H e 53-M)	16 %
4 — Artrose dos joelhos	70 casos (22-H e 48-M)	14 %
5 — Artrose coxo-femural	52 casos (42-H e 10-M)	10 %
6 — Fibrosite	32 casos (17-H e 15-M)	6 %
7 — Artroses das mãos	13 casos (1-H e 12-M)	3 %
8 — Pés dolorosos (artroses, insuficiência dos arcos, etc.)	9 casos	
9 — Poliartroses	6 casos (2-H e 4-M)	
10 — Espondilite Reumatóide	5 casos (5-H e 0-M)	1 %
11 — Outras doenças do aparelho locomotor	3 casos	
12 — Outras doenças	8 casos (restant. casos)	5 %
Total	505 casos	

Numa série de 505 doentes houve um número aproximado de mulheres e de homens: 249 mulheres e 256 homens.

Na distribuição por doenças verifica-se nítido predomínio masculino na gota, espondilite reumatóide e artrose coxo-femural e nítido predomínio feminino na artrite reumatóide, artrose dos joelhos, mãos e poliartroses e reumatismo vertebral degenerativo.

Boa tolerância para este tipo de tratamentos:

Em 10.702 tratamentos efectuados neste grupo de doentes só 8 vezes foi chamado o médico para examinar e assistir doentes durante ou logo após o tratamento.

Todos os doentes incomodados eram mulheres: em 2 casos havia baixa de tensão arterial (baixa da máxima, num caso de 16 para 10 e noutro de 18 para 11); em 3 casos tratava-se de crises de ansiedade em neuróticas e em 3 outros casos de ligeiro mal-estar de origem digestiva.

Não houve um único caso de lipotímia e o quadro de mal-estar acima referido em 8 doentes não apresentou gravidade, nem os doentes interromperam os tratamentos.

É de acentuar a boa tolerância tanto mais que se trata de uma série onde há 63 doentes com mais de 70 anos e 380 com mais de 60.

## CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Consideramos *bons resultados* os que o doente classifica de bons ou de óptimos e o exame objectivo confirma esta afirmação; consideramos *discreta melhoria* os que o doente classifica de razoáveis.

Não recorrem os doentes reumáticos portugueses às Termas, na maioria dos casos, senão numa fase avançada da doença e depois de terem esgotado o recurso aos outros meios terapêuticos o que mais valoriza os resultados obtidos.

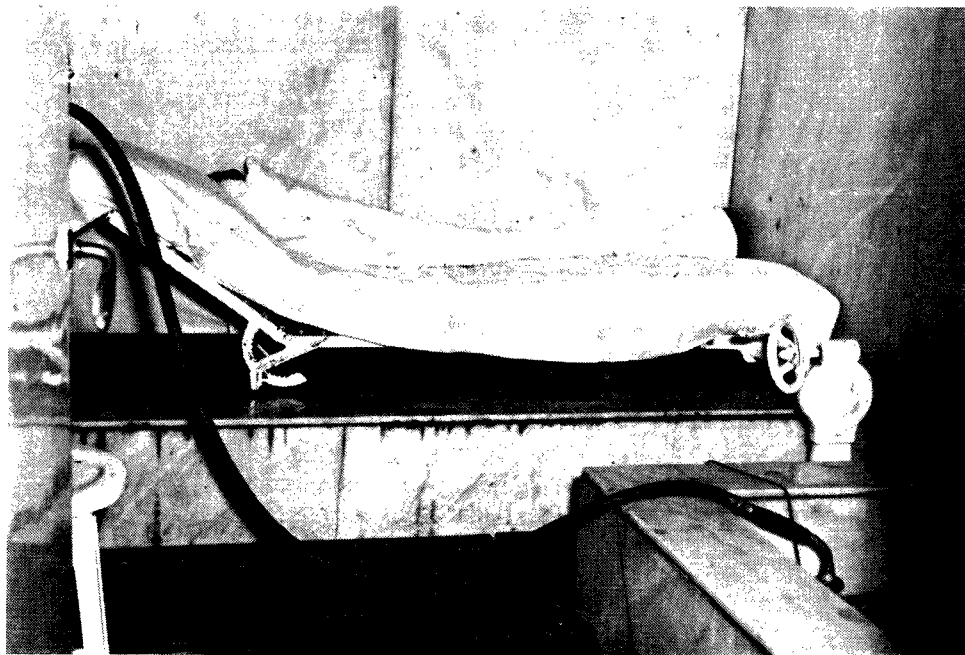
1) — **Reumatismo Vertebral Degenerativo** (Espondilose, discartrose e artrose interapofisária que se manifestam por síndromas como a ciática, neuralgia cervico-braquial, lumbago e outras manifestações dolorosas em relação com o território da coluna comprometido onde se descompensou o processo artrósico e há inflamação e compressão da raiz nervosa respectiva).

1.º Ano de Tratamento nos Cucos .....	54 casos
Bons resultados .....	29 casos — 64,5 % (sem considerar os resultados desconhecidos)
Discreta melhoria .....	11 casos
Mesmo estado .....	4 casos
Agravamento .....	1 caso
Resultado desconhecido ..	9 casos
Vários Anos de Tratamento nos Cucos .....	85 casos
Bons resultados .....	82 casos — 96 %
Discreta melhoria .....	3 casos

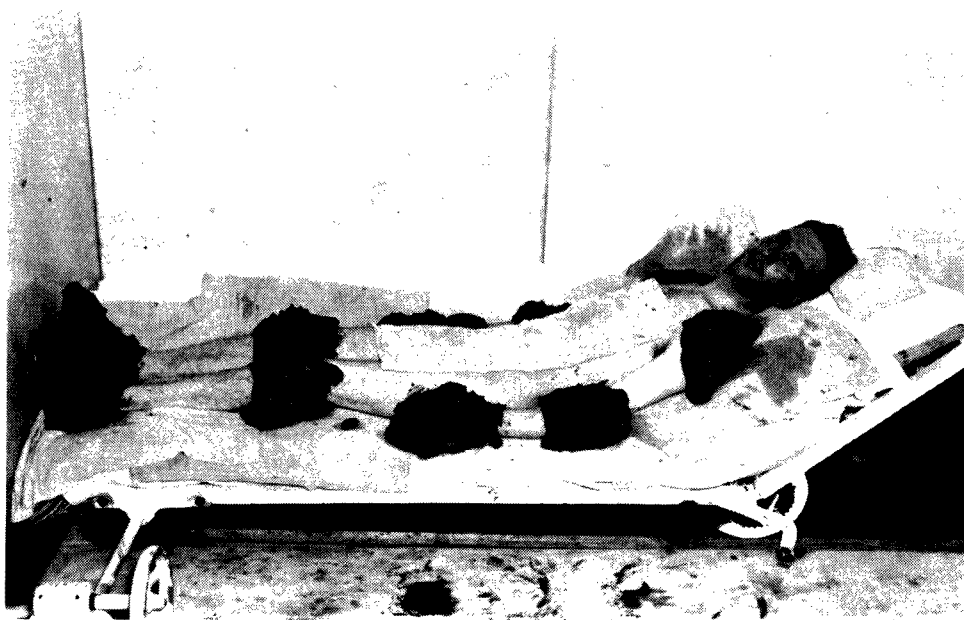
Tratam-se com cataplasmas de lama (Figs. 3 e 4) que envolvem a coluna e os membros durante 20 minutos a 45° C a que se segue um banho de imersão em água medicinal durante 20 minutos a 38° C onde praticam exercícios adequados. O tempo, a temperatura e a extensão da região envolvida são adequados à resistência do doente e à região comprometida.

Os doentes não só vêm resolvida mais rapidamente a crise dolorosa que atravessam como têm menos crises no ano a seguir ao tratamento ou deixam de ter crises. Medimos em dias de trabalho perdidos os resultados obtidos e assistimos a uma recuperação de grande valor social.

Não são de aconselhar estes tratamentos no caso de hérnia do disco recente e muito dolorosa que beneficia nesta fase sobretudo de imobilização, analgésicos e anti-inflamatórios e onde as manobras balneares podem agravar a situação.



*Gabinete de banhos de lama — Balneário dos Cucos*



*Cataplasmas de lama — Balneário dos Cucos*

## II) — Gota

Não separamos os casos de gota crónica dos de gota aguda. Esta última é mais acessível à terapêutica termal e observa-se, em grande número de casos, a inversão do esquema evolutivo de Hench: passam as crises a ser mais raras e menos intensas até desaparecerem ou tornarem-se muito espaçadas. Na gota crónica assiste-se à melhoria da função articular comprometida pela deposição de uratos e inflamação consequente.

1.º Ano de Tratamento nos Cucos .....	27 casos
Bons resultados .....	19 casos — 70 %
Discreta melhoria .....	2 casos
Mesmo estado .....	1 caso
Desconhecido .....	5 casos
Vários Anos de Tratamento nos Cucos .....	62 casos
Bons resultados .....	61 casos — 98 %
Mesmo estado .....	1 caso

O tratamento habitual é o banho geral de lama durante 20 minutos a 39° C subindo a 40° C gradualmente em virtude da banheira de madeira que contém a lama estar num banho-maria a 50° C, seguido de sudação em cama durante 30 minutos ingerindo o doente 600 cc. de água mineral para compensar o que sua, em doses parciais de 200 cc. Nos doentes menos resistentes provoca-se a sudação com cataplasmas parciais.

Apesar dos progressos recentes na terapêutica da gota: uricosúricos, inibidores da xantina-oxidase, anti-inflamatórios poderosos como a fenilbutazona e a indometacina; do uso desse medicamento misterioso que é a colchicina que é usada em terapêutica desde os tempos de Bisâncio — e ainda hoje não conhecemos o seu mecanismo de acção ao dominar e ao prevenir as crises agudas gotosas; dizemos que apesar desta vasta e eficaz gama terapêutica de que dispomos, a terapêutica termal do tipo da usada nos Cucos continua a ser única terapêutica que modifica o terreno do doente e permite diminuir o uso de medicamentos que só actuam quando presentes e em nada alteram a evolução habitual da doença uma vez suspensa a medicação.

## III) — Artrite Reumatoide

1.º Ano de Tratamento nos Cucos .....	20 casos
Bons resultados .....	14 casos — 70 %
Discreta melhoria .....	3 casos
Mesmo estado .....	1 caso
Agravamento .....	1 caso
Resultado desconhecido .....	1 caso

Vários Anos de Tratamento nos Cucos .....	59 casos			
Clinicamente curados .....	13 casos	} 95 %	{ 22 %	
Bons resultados .....	43 casos			{ 73 %
Discreta melhoria .....	3 casos			

É de notar o elevado número de doentes em que a doença deixou de apresentar actividade e que se consideram, sob o ponto de vista clínico, como curados. Voltam às Termas no receio de reactivação da doença.

O tratamento termal deve ser aplicado fora da crise aguda — nessa fase há que repousar, administrar sais de ouro ou antimaláricos, anti-inflamatórios e tonificação geral e proteger das variações climáticas e excepcionalmente e por curtos períodos recorrer à cortisona ou similares. A oportunidade do tratamento termal é na defervescência da crise aguda onde então os resultados são excelentes.

Outro erro é suspender a cortisona e mandar os doentes para as Termas; vão aí sofrer o «withdrawal syndrom» que atribuem à terapêutica termal. Há que manter a dose habitual e descer gradualmente à medida que a terapêutica termal melhora o doente.

Mas há o dever de mandar os doentes para as Termas numa fase recuperável da doença e não somente os doentes deformados em que à fase inflamatória recuperável sucederam os processos de esclerose e retracção que apenas podem obter alívio discreto; confrange o médico termal a fase avançada da doença em que os doentes são enviados para as Termas, quando o médico assistente esgotou todos os outros meios terapêuticos e aconselha o doente: «Vá tentar as Termas!»

Como pormenor estatístico refere-se que houve 12,7 % de casos de artrite reumatóide com associação de psoríase e 10 % de casos de gota com associação de urolitíase.

#### IV) — Artrose dos Joelhos

1.º Ano de Tratamento nos Cucos .....	29 casos		
Bons resultados .....	24 casos — 83 %		
Discreta melhoria .....	1 caso		
Mesmo estado .....	1 caso		
Desconhecido .....	3 casos		
Vários Anos de Tratamento nos Cucos .....	41 casos		
Clinicamente curados .....	3 casos	} 90 %	
Bons resultados .....	34 casos		
Discreta melhoria .....	4 casos		

Consideram-se clinicamente curados os que não apresentam sintomatologia clínica ainda que as radiografias possam revelar sinais de artrose.

UM NOVO ANTI-INFLAMATÓRIO  
DE GRANDE EFICÁCIA  
E EXCEPCIONAL TOLERÂNCIA

# DROXAROL

*bufexamac*

considerado o anti-inflamatório dos tratamentos prolongados, pelo facto de não apresentar toxicidade, tanto por via geral como em aplicação local.

*Apresentado em comprimidos, supositórios e creme*

**LABORATÓRIO VITÓRIA — VENDA NOVA — AMADORA**

# Ultralan oral

MEDICAMENTO DE  
PRODUÇÃO NACIONAL  
25%  
DE PARTICIPAÇÃO  
DO BENEFICIÁRIO

Um novo capítulo  
na corticoterapia:

Nenhum corticoide convencional  
reune simultaneamente  
tantas vantagens:

24 horas de actividade terapêutica

elevada dose limite Cushing

excelente tolerância gastro-intestinal

escasso perigo de osteoporose

Ultralan oral (fluocortolona) é o primeiro corticoide derivado da corticosterona. A sua margem terapêutica – grau de dissociação entre efeitos terapêuticos e acções secundárias – é tão favorável que permite, agora, alcançar os objectivos pretendidos pela corticoterapia, num maior número de doentes.

#### Apresentação:

Comprimidos ranhurados de 5 e 20 mg

Para uma informação mais completa (acção, indicações, posologia, observações e contra-indicações) devem consultar-se os nossos impressos mais detalhados e o prospecto que acompanha a embalagem.

Schering AG  
Berlin/Bergkamen



Schering  
Lusitana, Lda.



É excelente o resultado nas artroses incipientes dos joelhos em que se vê desaparecer a sintomatologia, mesmo em casos muito dolorosos, com as aplicações de lama.

Aqui, como na coxartrose, não há sempre proporção entre as alterações radiológicas e os sintomas dolorosos e inflamatórios. Recordo que Forestier nos mostrava dois casos de artrose da anca, um com grandes alterações radiológicas que fazia alpinismo e outro com alterações incipientes que estava praticamente imobilizado pela dor.

O que se disse também se aplica à espondilose.

#### V) — Artrose Coxo-femural

1.º Ano de Tratamento nos Cucos .....	20 casos
Bons resultados .....	12 casos — 60 %
Discreta melhoria .....	4 casos
Mesmo estado .....	2 casos
Desconhecido .....	2 casos
Vários Anos de Tratamento nos Cucos .....	32 casos
Bons resultados .....	25 casos — 78 %
Discreta melhoria .....	7 casos

A artrose da anca é muito menos acessível à terapêutica do que a dos joelhos. Os resultados da cirurgia são muito irregulares e nem sempre prolongados; o recurso à injeção intra-articular de derivados cortisónicos e a anti-inflamatórios como a indometacina dá grandes alívios mas é de desaconselhar com caracter permanente pelos riscos que envolve.

A terapêutica termal é um bom elemento terapêutico que mantém estacionária a doença em muitos casos e desinflama, permitindo uma vida e uma função aceitável em muitos doentes. Veja-se o elevado número de doentes que continuam a frequentar as Termas há vários anos.

#### VI) — Poliartroses

Houve 6 casos de poliartroses. Consideramos sob esta rubrica apenas os casos em que foi muito aparente o compromisso artrósico de várias articulações: 2 casos de compromissos dos joelhos e ombros; 2 casos de compromisso de mãos, pés e coluna; 1 caso de compromisso de ancas, ombros, joelhos e mãos e 1 caso de compromisso de ancas, joelhos e mãos.

As artroses são geralmente múltiplas e, se procurarmos sistematicamente sintomas e fizermos exame radiológico extenso, vamos confirmar esta afirmação. Assim o doente que apresenta queixas de artrose dos joelhos pode ter a esboçar-se pequenos nódulos de Heberden e uma espondilose

discreta. Da mesma forma um doente que se queixa de lumbago e não se refere às ancas pode num exame cuidado apresentar queixas mínimas deste sector. Mas só falamos de poliartroses quando há alterações ostensivas e o doente se queixa por igual forma de vários sectores. Este o critério adoptado.

Nos 6 casos de poliartroses que se trataram nos Cucos, 4 trataram-se pela primeira vez e 3 tratam-se há vários anos. Todos beneficiaram com esta terapêutica termal.

## VII) — Artroses das Mãos

1.º Ano de Tratamento nos Cucos .....	7 casos
Bons resultados .....	4 casos
Discreta melhoria .....	2 casos
Mesmo estado .....	1 caso
Vários Anos de Tratamento nos Cucos .....	6 casos
Bons resultados .....	4 casos
Discreta melhoria .....	1 caso
Desconhecido .....	1 caso

As artroses das mãos preferem as segundas articulações interfalângicas: nódulos de Heberden; menos frequentemente as primeiras: nódulos de Bouchard e as articulações trapezo-metacárpicas: rizartroses dos polegares.

Depois dum período doloroso que precede a deformação óssea, o processo estabiliza-se ficando apenas o prejuízo estético e uma certa limitação de movimentos. A análise da formação dum nódulo de Heberden permite-nos compreender a razão por que uma coluna com grandes osteofitos pode não ser dolorosa e tê-lo sido no período da sua formação.

A terapêutica termal, ao desinflamar, domina a dor e tudo leva a crer e, porque a reacção osteofitária é secundária à inflamação, diminuirá o tamanho futuro do osteofito.

As artroses das mãos predominam nas mulheres, são em muitos casos aparentemente hereditárias e são quase sempre uma indicação de poliartrose.

## VIII) — Espondilite Reumatóide

Trataram-se nos Cucos 5 homens: 3 pela primeira vez e 2 tratam-se há vários anos nestas Termas.

Os resultados foram bons: menos dor e mais mobilidade.

Esta doença que é diferente, clínica e anatomopatologicamente, da artrite reumatóide, prefere os homens e dentre estes os de tipo atlético e que é por vezes de carácter hereditário comprovável (nos Cucos tratou-se um pai e tratam-se agora um filho e um sobrinho) continua a ser como a artrite reumatóide um mistério quanto à sua etiologia.

IX) — **Fibrosite**

Incluem-se 5 casos de periartrose do ombro que melhoraram extraordinariamente com esta terapêutica associada à injeção periarticular de derivado cortisónico.

Nos restantes casos de fibrosite com várias localizações observou-se o seguinte:

1.º Ano de Tratamento nos Cucos .....	15 casos
Clinicamente curados .....	5 casos
Bons resultados .....	6 casos
Discreta melhoria .....	3 casos
Desconhecido .....	1 caso
Vários Anos de Tratamento nos Cucos .....	11 casos
Clinicamente curado .....	1 caso
Bons resultados .....	10 casos

X) — **Pés Dolorosos**

São 9 casos que englobam: 4 casos de pés insuficientes com dor, 2 de pés plano-valgus com artroses secundárias, 2 de pés valgus, hallux valgus com bursite reaccional e 1 caso de esporões calcaneanos.

Os pés desinflamaram e ficaram em melhores condições para se proceder à correcção ortopédica.

## CONCLUSÃO

Para um médico, como o autor deste trabalho, que durante muitos anos tratou doentes reumáticos fora do meio termal e que pôde nos últimos anos tratar com recurso às águas e lamas cloretadas radioactivas mais de 6.000 doentes, não restam quaisquer dúvidas de que este tipo de tratamento é da maior eficácia nas situações reumáticas atrás apontadas e de que, se o soubermos conjugar com as medicações poderosas mas nem sempre inócuas nem de resultados persistentes que hoje possuímos, outro será o destino de muitos doentes condenados a uma invalidez que se poderia ter prevenido com o recurso nas fases iniciais da doença ao tratamento termal.

## NASCENTE «CUCOS MODERNO»

Água termal, mesosalina, *cloretada*, *bicarbonatada*, *sulfatada*, sódica, cálcica, magnésica, *radioactiva* (Rádon por litro: 11,3 milimicrocuries — Análise do Professor Charles Lepierre em 1930). Elementos de mineralização secundária que se devem mencionar: fluoreto, lítio e estrôncio.

Análise pelo Professor Herculano de Carvalho em Junho de 1951:

I) — *Caracteres Organoléticos* — Água límpida e incolor, de sabor um pouco salgado. Junto à nascente percebe-se cheiro tenuíssimo a sulfídrico ao qual o paladar também é sensível mas que desaparece imediatamente após a colheita.

II) — *Constantes Físico-Químicas:*

— Temperatura (3/6/51 — 17 h 10 m) .....	30,5°
(No fundo do poço de captagem; no griffon: 37°. O Eng.º Freire de Andrade encontrou 40,1° na emergência na fenda de rocha)	
— PH (21°) .....	7,52
(No buvette 7,12 em 27/11/50)	
— Condutividade eléctrica (18°) .....	490,3.10 <sup>-5</sup> mho.cm <sup>-1</sup>
— Condutividade eléctrica (25.°) .....	571,1.10 <sup>-5</sup> mho.cm <sup>-1</sup>
— Índice crioscópico .....	0,220°
— Peso específico (15°) .....	1,00239
— Índice interferométrico .....	620
— Índice de refração (17,5°) .....	1,333773
— Quociente: $\frac{\text{Cond. (18.º)}}{\text{Interf.}}$ .10 <sup>-7</sup> .....	79
— Alcalinidade .....	5,92 mval/1
— Resíduo seco (180°) .....	3,172,4 mg/1
— Força iónica .....	61,30.10 <sup>-1</sup>
— Coeficientes de actividade:	

$$f_1 = 0,79$$

$$f_2 = 0,40$$

III) *Análise Química:*

a) Aniões

Por 1 litro	mg	mval	% mval	% min.
Cloreto (Cl <sup>-</sup> ) .....	1.577,4	44,483	82,3	47,4
Fluoreto (F <sup>-</sup> ) .....	1,1	0,058	0,1	—
Brometo (Br <sup>-</sup> ) .....	0,35	0,004	—	—
Bicarbonato (CO <sub>3</sub> H <sup>-</sup> ) .....	359,9	5,90	11,0	10,8
Nitrato (NO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ) .....	2,5	0,040	0,1	0,1
Fosfato (PO <sub>4</sub> H <sup>-</sup> ) .....	0,16	0,002	—	—
Borato (BO <sub>2</sub> <sup>-</sup> ) .....	0,75	0,018	—	—
Sulfato (SO <sub>4</sub> <sup>-</sup> ) .....	169,1	3,517	6,5	5,1
<i>Total</i> .....	2.111,26	54,022	100,0	63,4

## b) Catiões

Por 1 litro	mg	mval	% mval	% min.
Sódio (Na <sup>+</sup> ) .....	975,1	42,185	78,1	29,3
Potássio (K <sup>+</sup> ) .....	13,9	0,355	0,7	0,4
Lítio (Li <sup>+</sup> ) .....	3,1	0,450	0,8	0,1
Cálcio (Ca <sup>++</sup> ) .....	153,8	7,675	14,2	4,6
Estrôncio (Sr <sup>++</sup> ) .....	8,0	0,183	0,3	0,2
Bário (Ba <sup>++</sup> ) .....	1,3	0,020	—	—
Magnésio (Mg <sup>++</sup> ) .....	37,7	3,100	5,8	1,2
Ferro (Fe <sup>++</sup> ) .....	0,36	0,013	—	—
Manganés (Mn <sup>++</sup> ) .....	0,04	0,001	0,1	0,1
Alumínio (Al <sup>+</sup> ) .....	0,26	0,030	—	—
<i>Total</i> .....	<u>1.193,56</u>	<u>54,012</u>	<u>100,0</u>	<u>35,9</u>

Vestígios de iodeto (I<sup>-</sup>), amónio (NH<sub>4</sub><sup>+</sup>), arsénio (As) menos que 20 mgrs.), cobre (Cu<sup>++</sup>) e cesio (Cs<sup>+</sup>). Zinco e chumbo nulos em 4 litros.

## c) Substâncias não dissociadas

## 1) Fixas

Por 1 litro	mg	mmol	% min.
Sílica (Si O <sub>2</sub> ) .....	23,0	0,384	0,7
Titânico (Ti O <sub>2</sub> ) .....	0,01	—	—
Mat. orgânica (C <sub>2</sub> O <sub>4</sub> H <sub>2</sub> .20H <sub>2</sub> ) .....	1,6	0,013	—
	<u>24,6</u>	<u>0,397</u>	<u>0,7</u>

2) Ácido carbónico (CO<sub>2</sub>)

20,0                      0,517                      10,2 cm<sup>3</sup>

## d) Resumo da análise química

Aniões .....	2.111,3	63,4
Catiões .....	1.193,5	35,9
Substs. não dis. ....	24,6	0,7
	<u>3.329,4</u>	<u>100,0</u>

## e) Análise bacteriológica (colhida na Buvette)

Título colibacilar: maior que 100.

Conclusão: água bacteriologicamente muito pura.

## PELOIDE DOS CUCOS

O Peloide dos Cucos é uma *lama cloretada radioactiva*, hipertermal, contendo biogeleias e amadurecida sobre o «griffon» das nascentes.

As lamas dos Cucos são formadas por aluviões argilo-calcáreos e areias arrastadas pelas águas, sais das águas minerais e detritos orgânicos, na sua maior parte produto das algas que nelas vivem.

Resumo da *análise das Lamas dos Cucos* pelo Professor Charles Lepierre:

## Lamas Secas ao ar (Por 1000 gr.)

	9
I) — Água eliminada a 100° .....	24,60
II) — Matérias fixas	
Sais solúveis na água (cloretos; sulfatos de sódio, cálcio, magnésio, sulfato e nitrato de potássio) .....	2,24
Carbonato de cálcio .....	136,98
Fosfato de cálcio .....	2,12
Areia grossa .....	327,70
Argila .....	416,36
III) — Matérias voláteis (ao rubro)	
Matérias orgânicas solúveis na água .....	0,21
Cloreto de amónio .....	0,06
Matérias orgânicas solúveis no álcool .....	1,22
Ácidos húmicos .....	2,74
Matérias húmicas .....	6,43
Água de combinação de argila .....	54,63
Matérias orgânicas não atacadas pelos reagentes .....	24,58
Azoto orgânico .....	0,13
	1.000,00

## SUMMARY

The results attained with the treatment of 494 patients (139 cases of Arthrosis of the Backbon, 89 of Gout, 79 of Rheumatoid Arthritis, 70 of Arthrosis of the Knee, 52 of Arthrosis of the Hip joint, 32 of Fibrositis, 13 of Arthrosis of the Hands, 9 of Foot Lesions, 6 of Polyarthrosis and 5 of Rheumatoid Spondylitis) were investigated.

The general mud bath, the sweating and the use of medical waters «per os» change the gouty constitution deminish the hyperuricemie as well as the frequency of acute crises and improve the joints which were affected by the chronic gout.

The hot mud packs on the joints of patients with Rheumatoid Arthritis which are followed by a bath with medical water in which the patient carries out casier movements caused by the buoyancy of the water and heat are a therapy with remarkable results in this illness which leads so often to disablement.

How many cases of this illness which depend today on cortison or similar drugs, victims of cortison disease, of the numerous complications caused by its long use, could be healthy and without symptoms following a well arranged therapy applied at the beginning of the illness, based on a general tonification, analgesics and gold salts or antimalarian drugs and above all a thermal therapy of this kind.

But also the descompensated arthrosis with inflamed joints which we are powerless to contemplate the degeneration of the cartilage, are much improved by this treatment; the inflammation recedes, the pain disappears, the movement get larger, the local blood circulation gets better and the degeneration gets more slowly or stops.

With respect to Fibrositis, the improvement is know which is caused by the applied heat in any form; the mud packs are one of the most efficient means of this application which can be made on large surfaces and which is followed by a medical water bath mobilising the areas affected.

The therapeutic results attained in Cucos Thermal Bath, the only well studied mud bath station in Portugal, demand the attention to be drawn by the general practitioners to their advantages, prescribe this kind of rheumatic thermal cure which are a valuable addition of the drug therapy or even surpasses other therapies.

Statistic statements about 494 studied case histories follow, with some comments about the results, the frequency of the illness and the expediency of the thermal cures; the analysis of the waters of Cucos by Professor Herculano de Carvalho, the analysis of the radioactivity of the same waters and of the Cucos mud by Professor Charles Lepierre.

In this way we got to know the chemical and physical properties of the therapeutic means which are applied in the Cucos thermal bath: water and mud, the technique of its application and the position of this therapy among the other ones applied in Rheumatism, the excellent results without however being possible to separate the affect of each of the elements and to determine them which are joined at this thermal cure.

## ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die Ergebnisse untersucht, die mit dieser Behandlung in einer Reihe von 494 Kranken (139 Fällen von Arthrosen der Wirbelsäule, 89 von Gicht, 79 von primär Chronischer Polyarthritits, 70 von Arthrosen der Knie, 52 von Arthrosen der Hüftgelenken, 32 von Fibrositis: Nerven-Muskel —, tendoperiostitischer Rheumatismus, 13 von Arthrosen der Handgelenke, 9 von Fusschäden, 6 von Polyarthrosen und 5 von Spondylarthritits Ankylopoetica) erzielt wurden.

Das Vollschlammbad, das Schwitzen und die Anwendung des Medizinalwassers «per os» verändern das gichtige Terrain, setzen die Hyperurikämie herab, vermindern die Häufigkeit der akuten Krisen und bessern die bei der chronischen Gicht in Mitleidenschaft gezogen en Gelenke.

Die heissen Schlammpackungen auf die Gelenke der Kranken mit primär chronische Polyarthritits, denen ein Vollbad mit Medizinalwasser folgt, in dem der Kranke durch den Auftrieb des Wassers und durch die Wärme erleichterte Bewegungen ausführt, sind eine Therapie mit aussergewöhnlichen Ergebnissen bei dieser Krankheit, die so häufig zur Invalidität führt.

Wieviele Fälle dieser Krankheit, die heute von Cortison oder ähnlichen Medikamenten abhängig sind, Opfer der Cortison - Krankheit, der zahlreichen Komplikationen die durch seinen langen Gebrauch bedingt sind, könnten mit einer von Anfang an gut orientierten Therapie auf der Basis einer allgemeinen Tonifizierung, schmerzstillender Mittel und Goldsalze oder Antimalariamittel und vor allem einer Thermaltherapie dieses Typs ohne Symptome und gesund sein.

Aber auch die diskompensierten Arthrosen mit den entzündeten Gelenken, bei denen wir machtlos der Degenerierung des Knorpelgewebes zusehen müssen, werden durch diese Behandlung sehr gebessert: die Entzündung geht zurück, die Schmerzen verschwinden, die Bewegungen werden weiter, der örtliche Kreislauf bessert sich und die Degenerierung wird langsamer oder hört ganz auf.

Was die Fibrositis betrifft, so ist überall die Besserung bekannt, die in irgendeiner Form angewandte Wärme ihr bringt; die Schlamm-packungen sind eines der wirksamsten Mittel dieser Anwendung, die man so auf grossen Oberflächen machen kann und der dann in einem Medizinalwasser — Vollbad die Mobilisierung der in Mitleidenschaft gezogenen Zone folgt.

Den therapeutischen Ergebnissen, die im Cucos - Thermalbad erzielt wurden, das die einzige in Portugal gut studierte Schlamm-badstation ist, muss die Notwendigkeit entnommen werden, die Aufmerksamkeit der praktischen Ärzte auf den Vorteil zu lenken, bei den Rheumatikern Thermalkuren dieser Art zu verschreiben, die eine wertvolle Ergänzung der medikamentösen Therapie sind oder selbst die anderen Therapien übertreffen.

Es folgen statistische Angaben über 494 studierte Kranke mit einigen Betrachtungen über die Ergebnisse, die Häufigkeit der Erkrankungen und die Zweckmässigkeit der Thermalkuren; die Analyse des Wassers von «Cucos Moderno» durch Professor Herculano de Carvalho; die Analyse der Radioaktivität desselben Massers und die der Cucos-Schlämme durch Professor Charles Lepierre.

Auf diese Weise lernten wir die chemischen und physikalischen Eigenschaften der therapeutischen Mittel kennen, die im Cucos - Thermalbad angewandt werden: Wasser und Schlamm; die Technik ihrer Anwendung und die Stellung dieser Therapie unter den anderen beim Rheuma angewandten, die ausgezeichneten Erfolge, ohne das es jedoch möglich ist, die Wirkung eines jeden der Elemente zu trennen und zu bestimmen, die bei dieser Thermalkur zusammentreffen.





NO REUMATISMO ...

... **Basireuma** ...  
em *Prageias*

ASSOCIAÇÃO DE PREDNISOLONA + FENILBUTAZONA

*Porque ...*

- ...COM A PREDNISOLONA E A FENILBUTAZONA ASSOCIADAS, OBSERVA-SE UMA ACÇÃO ANTI-REUMATISMAL MAIS INTENSA
- ...A ASSOCIAÇÃO PERMITE POUPAR CERCA DE DOIS TERÇOS DA PREDNISOLONA HABITUALMENTE EMPREGADA
- ...HÁ NORMALIZAÇÃO DOS VALORES SANGUÍNEOS, COMPROVADOS POR DIVERSAS PROVAS, DEPOIS DA TERAPÊUTICA COMBINADA

«Autores consagrados no campo da Reumatologia (P. Barceló, A. Serra Peralba e J. Obach Benach — Barcelona — Espanha), nas suas experimentações clínicas empregaram esta terapêutica em 1249 casos de diferentes enfermidades reumáticas, artrites, espondilites reumatóides, rigorosamente comprovadas pelos mais diversos métodos (hemograma, provas funcionais do fígado, reacções articulares, metabolismo hídrico, pressão sanguínea) tendo obtido os seguintes resultados:

BOM  
81 %

REGULAR  
15 %

NULO  
4 %»

(*Med. Clin.*, 1962, 38, 30)

LABORATÓRIOS BASI — COIMBRA

# «Valium» Roche

## para suprimir os espasmos musculares de origem reumatismal



*Por via bucal*, permite um eficaz tratamento de manutenção; actua imediatamente *por via parentérica* em caso de espasmos musculares agudos. Superioridade sobre todos os outros relaxantes musculares demonstrada por 11 experiências duplamente cegas. Acção farmacológica dupla e original proporcionando ao mesmo tempo um relaxamento psíquico e muscular. Adjuvante dos anti-reumatismais, permitindo reduzir a dose dos agentes analgésicos e anti-inflamatórios. Muito apreciado, por causa da sua segurança e por ser notavelmente bem tolerado.

Valium = Trade Mark

## «Valium» Roche, melhor do que um tranquilizante

ROCHE

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA  
HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARIA  
SERVIÇO DE PATOLOGIA MÉDICA  
CONSULTA DE DIABETES

## AS ARTROPATIAS DAS HEMOCROMATOSES PRIMITIVAS

(a propósito de 7 casos)

M. VIANA QUEIRÓS (\*), J. CALDEIRA (\*\*), ODETE ANDRÉ (\*\*\*)  
e P. EURICO LISBOA (\*\*\*\*)

**Resumo:** *No presente trabalho faz-se o estudo das artropatias das hemocromatoses primitivas tratadas na consulta de Diabetes do Hospital de S. Maria.*

*Numa primeira parte faz-se uma revisão da literatura acerca deste assunto, destacando os autores, particularmente, os aspectos clínico e radiológico da doença. E, assim, apontam na clínica as feições quer degenerativa, quer de natureza inflamatória que as artropatias podem assumir; e na radiologia, que consideram de primordial importância para o diagnóstico, descrevem as alterações quer da placa óssea subcondral, quer as de condrocalcínose articular.*

*Na segunda parte estudam-se sete casos de artropatias de hemocromatose primitiva.*

*Os resultados obtidos são expressos no quadro I do trabalho e nas conclusões, onde os autores salientam a conveniência da realização de um exame radiológico sistemático em todos os casos de hemocromatose e, por outro lado, uma pesquisa de hemocromatose entre os pacientes portadores de artropatias atípicas, nomeadamente nas situações que simulam uma A. R. com serologia negativa, e nos casos de artrose sem osteofitose.*

---

(\*) Interno de Medicina Interna do Hospital de Santa Maria e Médico do Instituto Português de Reumatologia.

(\*\*) Interno de Medicina Interna do Hospital de Santa Maria.

(\*\*\*) Médica da Consulta de Diabetes.

(\*\*\*\*) Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa e Médico-Chefe da Consulta de Diabetes.

## 1. INTRODUÇÃO E HISTÓRIA

A hemocromatose que inicialmente foi objecto da atenção dos gastro-entereologistas, dos cardiologistas e dos endocrinologistas, passou a partir de 1964 a despertar, também, o interesse dos reumatologistas. Data, com efeito, desse ano, a primeira publicação sobre as artropatias da hemocromatose da autoria de Schumacher (20).

Já anteriormente, em 1953, Sheldon (24), numa revisão de doentes com hemocromatose, havia notado depósitos de hemosiderina nas células da membrana sinovial, no tecido conectivo e nas cartilagens articulares sem, contudo, ter mencionado sintomas ou sinais articulares.

Finch e Finch (10), em 1955, noutra extensa revisão desta doença, mencionaram casos de artralguas localizadas ou com carácter migratório entre os sintomas de hemocromatose.

Delbarre (7), descreve a osteoporose de doentes considerados como A. R. atípicas.

Cabe, porém, a Schumacher (20), o mérito da primeira publicação introduzindo a noção de artropatias ligadas às hemocromatoses.

Posteriormente Delbarre (7); Serra, Simon e Sany (21); Mirouze (14); Kra (13); Rodnan (16); Bauer (1); Sèze e col. (23); Hamilton e col. (11, 12); Dymock (9), e numerosos outros autores, confirmaram o conceito introduzido por Schumacher (20).

Este trabalho pretende, a propósito do estudo de sete casos da Consulta de Diabetes do H. S. Maria, apresentar uma revisão deste assunto. O seu objectivo está limitado ao estudo das artropatias da hemocromatose. O estudo da própria hemocromatose e da sua terapêutica pela expoliação férrica será objecto de outro trabalho actualmente em preparação.

## 2. ETIOLOGIA

Trabalhos de Sèze e col. (23) e de Schumacher (2) tornam provável a hipótese das manifestações articulares serem específicas da hemocromatose idiopática.

As relações cronológicas entre a data do aparecimento das manifestações articulares, e a data do começo da hemocromatose, são variáveis.

Segundo Sèze e col. (23), o intervalo livre de tempo que medeia entre o diagnóstico da hemocromatose e o aparecimento das manifestações articulares é pequeno, não deixando, contudo, de assinalar situações em que a hemocromatose surge muitos anos antes das manifestações articulares, e, ainda, os casos menos frequentes, de artropatias a preceder o diagnóstico de hemocromatose.

As lesões articulares surgem, por via de regra, a partir dos 30 anos de idade, o que é sobreponível ao que se verifica nas condrocalcinoses articulares difusas familiares, na ocronose e na doença de Wilson.

### 3. ANATOMIA PATOLÓGICA

Analisaremos, sucessivamente, as alterações histológicas ao nível da sinovial, dos meniscos dos joelhos e das cartilagens articulares.

Na sinovial os pigmentos férricos depositam-se na camada superficial, nos sinovioblastos e, por vezes, nos histiocitos. Num dos casos autopsiados em que havia lesões de condrocalcinose articular, Sêze e col. (23) verificaram, em alguns pontos, a presença de pequenos ilhéus de depósitos de cálcio na camada dos sinovioblastos das vilosidades.

Os estudos histológicos dos meniscos dos joelhos revelaram a existência nestas estruturas, de incrustações de cálcio disseminadas em toda a sua espessura. Por outro lado, os meniscos são sede de importantes alterações degenerativas, caracterizadas, em alguns pontos, pela dissociação dos feixes do colagénio nas suas fibrilhas; e noutros, pela formação de ilhéus de degenerescência condróide.

A cartilagem articular (casos autopsiados) apresenta em toda a sua extensão numerosos depósitos de cálcio lesando, em alguns pontos, a superfície articular. Nas camadas mais profundas verifica-se uma degenerescência fibrillar com desaparecimento da substância fundamental, apresentando-se os condrocitos hipertrofiados, vacuolizados e contendo, alguns deles, granulações acastanhadas de hemosiderina.

Utilizando a técnica da micro-incineração e exames com luz polarizada, identificaram-se os depósitos de cálcio como sendo constituídos por cristais de pirofosfato de cálcio. Para além disso, parece, por vezes, ver-se no seio da substância fundamental, precipitações de fosfato de cálcio.

Estudos histoquímicos (23) revelaram importantes modificações nas zonas superficiais das cartilagens articulares que sofrem a impregnação cálcica. Essas alterações consistem, resumidamente, na diminuição do ácido condroitino-sulfúrico dos mucopolissacarídeos; nas modificações dos condrocitos e no desaparecimento das proteínas da substância fundamental. As fibras do colagénio, pelo contrário, conservam as suas propriedades tinturiais, perdendo, apenas, as suas estriações nas vizinhanças dos depósitos de cálcio.

O ferro, como vimos, encontra-se sob a forma de hemosiderina na sinovial e nos condrocitos das porções superficiais da cartilagem. A técnica da micro-incineração permite, ainda, verificar a existência de pigmentos deste elemento, sob a forma de finas granulações, ao nível dos depósitos de cálcio.

Quanto à osteoporose, parece ser encaracterística.

### 4. FISIOPATOLOGIA

Ao analisarmos as artropatias das hemocromatoses não podemos deixar de reflectir na coexistência de dois tipos de lesões articulares: a condrocalcinose, e as alterações da placa subcondral. Esta associação, seja qual for o seu significado, não é, com certeza, fortuita, visto a encontrarmos noutra situação, o hiperparatiroidismo (2, 16). Enquanto não se conhecer o meca-

nismo responsável por estas alterações, a referida associação permanecerá difícil de compreender.

No que se refere à condrocalcinose articular põe-se o problema de saber se as lesões de necrose são secundárias à calcificação ou, se pelo contrário, a alteração da cartilagem precede a precipitação do cálcio. A diversidade de situações etiológicas em que a condrocalcinose articular se verifica (hemocromatose, hiperparatiroidismo, doença de Wilson, diabetes) joga a favor da segunda hipótese (23).

A primeira ideia que ocorre é a de supor que seja o ferro o agente agressor modificador da cartilagem, o que seria, aliás, confirmado pela presença de hemosiderina na sinovial articular e nos condrocitos das cartilagens. Esta hipótese é, porém, passível de crítica, visto haver situações de hemocromatose primitiva com abundantes quantidades de ferro, e sem sinais articulares.

Por outro lado, trabalhos de Crétin (4) e Past (15) permitiram verificar que no decurso da ossificação, a fixação de ferro ao nível de um substracto orgânico, precede a precipitação de sais de cálcio, podendo, assim, o ferro induzir, por despolimerização, uma alteração dos mucopolissacarídeos e condicionar o aparecimento de locais capazes de fixar o cálcio, em particular ao nível do grupo  $SO_4$  do ácido condroitino-sulfúrico.

Não pode, também, deixar de se admitir que as alterações ao nível das cartilagens articulares, possam ser secundárias a perturbações de outra ordem interessando, por exemplo, a substância proteica.

O facto de só as hemocromatoses primitivas serem capazes de originar lesões articulares, parece provar que a sobrecarga férrica não é, por si só, razão suficiente, tanto mais que o tratamento deplectivo com sangrias parece não ser activo sobre as lesões articulares (11, 13). Na doença de Wilson que pode originar artropatias semelhantes às da hemocromatose, as sobrecargas teciduais de cobre contrastam com uma taxa de cupremia normal ou baixa, sendo as lesões articulares consideradas como consequência da alteração da globulina transportadora, a ceruloplasmina.

Nó entanto nunca foi demonstrada na hemocromatose qualquer alteração qualitativa da transferrina que fundamentasse hipótese semelhante.

A verificação de lesões nas cartilagens articulares de doenças que não dependem da perturbação do metabolismo de metais (casos do hiperparatiroidismo e da ocronose) depõe a favor da possibilidade de uma patogenia para a artropatia da hemocromatose independente do ferro.

Para explicar a osteoporose várias teorias têm sido apontadas. Delbarre (7) atribui-a ao hipoandrogenismo; Seftel (19) a uma carência em ácido ascórbico secundária à siderose; Sebando, Sèze e col. (18) estudando o balanço fosfocálcico nas hemocromatoses com o  $Ca^{45}$ , não encontraram relação entre os transtornos endócrinos e a hemocromatose sugerindo, que a osteoporose pode ser devida, pelo menos em parte, a uma diminuição da absorção intestinal e a um aumento de eliminação urinária do cálcio.

## 5. CLÍNICA

As manifestações clínicas podem assumir quer o aspecto de um reumatismo de natureza inflamatória, quer a feição de um reumatismo degenerativo podendo, em alguns casos, coexistir os dois tipos de queixas, isto é, sintomas do tipo inflamatório numas articulações e do tipo degenerativo, noutras.

Nas primeiras situações, as artralguas têm exacerbação matinal e há tumefacção que pode atingir as mãos, os joelhos, as tíbio-társicas e os ombros. Os surtos, que caracterizam a evolução da doença e cuja duração é variável (de alguns dias a algumas semanas) podem estar separados por intervalos completamente livres de queixas, ou manifestarem-se sobre um fundo doloroso permanente, ainda que atenuado. Estas manifestações clínicas podem levar ao diagnóstico de AR. Entretanto, todos os autores são de opinião que se trata de um reumatismo inflamatório atípico porque, apesar da repetição das crises, não se constituem deformações articulares importantes. Em alguns casos os acessos são mono-articulares; hidrartrose de um joelho ou tumefacção de um tornozelo, por exemplo.

Nas segundas situações, as artralguas têm um ritmo mecânico e são de instalação progressiva, podendo induzir ao diagnóstico de artrose. As coxo-femorais são, particularmente, afectadas.

Como já referimos, há doentes que apresentam simultaneamente queixas de natureza inflamatória, por exemplo, nas mãos, punhos e tíbio-társicas, e dores com ritmo artrósico nas coxo-femorais.

Quanto à osteoporose são por demais conhecidas as dores de agravamento progressivo que provoca, podendo, inclusivamente, originar fracturas.

Finalmente é de salientar a frequência de formas subclínicas em que o doente de nada se queixa e o diagnóstico é puramente radiológico.

## 6. RADIOLOGIA

As imagens radiológicas têm particular importância para o diagnóstico: imagens de osteoporose; imagens de condrocalcinose articular e, finalmente, alterações da placa óssea subcondral. Num mesmo doente pode haver associação de dois ou dos três tipos de imagens.

As imagens de condrocalcinose articular são sobreponíveis às da «condrocalcinose articular difusa», isto é, são imagens de incrustação das cartilagens dos joelhos, das espáduas, das coxo-femorais, dos cotovelos, das tíbio-társicas, dos meniscos dos joelhos, da sínfise pública e, eventualmente, imagens de calcificação peri-articular, sobretudo ao nível das escápulo-humerais. Ao contrário do que acontece na condrocalcinose articular difusa, não se observam calcificações dos anéis fibrosos intervertebrais (23). No entanto, Bywaters, Hamilton e Williams (3) num trabalho incidindo sobre 47 hemocromatoses primitivas, encontraram sete casos (15 %) com calcificação de um ou mais discos intervertebrais.

As alterações da placa óssea subcondral podem evocar à primeira vista a ideia de um processo artrósico; simplesmente o espessamento desta placa óssea não é denso e linear como nas artroses, mas irregular, associando-se à condensação, uma descalcificação microgeódica. O osso suprajacente à placa subcondral apresenta, por vezes, também, imagens microquísticas melhor visualizadas por tomografia. Este tipo radiológico é particularmente nítido ao nível das coxo-femorais e das espáduas. A diminuição da entrelinha articular associa-se às imagens precedentes.

Aos elementos anteriores podem associar-se imagens de calcificações para-articulares próximo das zonas de inserção cápsulo-ligamentosas. Schumacher (20) insiste na predominância destas alterações ao nível das articulações interfalângicas das mãos.

Todos os autores assinalam a ausência de osteofitos, aspecto de extrema valia para o diagnóstico diferencial das situações cuja clínica pode fazer sugerir um processo degenerativo.

Tal como na Anatomia Patológica, também radiologicamente, a osteoporose é incaracterística.

## 7. EXAMES ANALÍTICOS

A V. S., por vezes muito elevada nos surtos inflamatórios agudos está, por via de regra, moderadamente aumentada e, frequentemente, apesar do aspecto inflamatório das articulações afectadas apresenta-se com valores dentro da normalidade, o que constitui mais uma atipia de valor no diagnóstico diferencial com a AR.

Os restantes parâmetros habituais da sero-imunologia das doenças reumáticas (teste do latex; Waaler-Rose; células L. E., etc.) são negativos.

## 8. EVOLUÇÃO

A evolução das artropatias faz-se de modo contínuo, ainda que lento, para o agravamento progressivo. As manifestações inflamatórias podem ter uma evolução cíclica com remissões de variável duração entre os surtos de artrite mono ou poliarticular.

## 9. TRATAMENTO

É sintomático.

As sangrias parecem ter uma acção medíocre sobre as artropatias, sugerindo Kra (13) que o ferro depositado nas sinoviais participa muito pouco no pool férrico, podendo a persistência da hemosiderina apesar das sangrias, ser a responsável por lesões articulares crónicas.



## II

## 1. MATERIAL E MÉTODOS

De vinte doentes de hemocromatose pertencente ao Arquivo do Serviço de Patologia Médica e/ou à Consulta de Diabetes do H. S. Maria, apenas sete eram portadores de artropatias e todos apresentavam a forma primitiva de hemocromatose.

A selecção dos doentes fez-se de acordo com parâmetros que consideramos seguros para o diagnóstico de hemocromatose, isto é, consideramos todos os casos em que uma sideremia igual ou superior a 200  $\gamma$  %, com um coeficiente de saturação de transferrina superior a 80 %, estavam associados, a pelo menos, dois dos seguintes critérios:

- a) Pigmentação melânica típica;
- b) Hepatomegalia;
- c) Diabetes mellitus;
- d) História familiar de hemocromatose.

Em cinco dos sete casos seleccionados o diagnóstico foi confirmado com biópsias hepáticas. Dois dos doentes recusaram este exame. Excluíram-se os restantes 13 casos por não obedecerem a estes parâmetros, ou terem história de hepatopatia alcoólica conhecida e confirmada, que tornava altamente provável a natureza secundária da hemocromatose.

Para cada um dos doentes seleccionados elaborámos um protocolo que, para além da anamnese e do exame objectivo, constou de radiografias sistemáticas (mãos; punhos; ombros; bacia e joelhos) e de exames analíticos (hemograma, V. S., glicemia, azotemia, provas da função hepática, sideremia, capacidade total de fixação plasmática do ferro, uricemia, doseamento do cálcio e do fósforo no soro e na urina das 24 horas, doseamento da fosfatase alcalina sérica, doseamento dos 17-ceto-esteróides urinários, pesquisa do factor reumatóide e de células L. E.) e, como já referimos, em cinco casos, biópsia hepática. Não nos foi, ainda, possível, embora esteja no plano do trabalho que iremos prosseguir, pesquisar a existência de microcristais de cálcio no líquido sinovial das articulações que, eventualmente, venham a apresentar derrame, bem assim biopsar as articulações com lesões de condrocalcinose.

## 2. RESULTADOS

Encontram-se resumidos no Quadro I. Salientamos:

— Síndrome latotrope — Em virtude do trabalho ter sido realizado numa consulta de Diabetes, foram queixas relacionadas com esta doença que sempre motivaram a procura do médico e nunca as queixas articulares. Todos os

CASO	SEXO	IDADE	HEMOCROMATOSSES PRIMITIVAS										ARTROPATIAS						
			Idade do Diagnóstico	Pigmentação cutânea	Hepatomegalia	Diabetes	Osteoporose	Ant. Familiares	Sideremia diagnóstica em $\gamma$ %	Cap. Tot. Fix. Plasm. do ferro	17 ceto-esteróides urinários/24 h	Biópsia hepática confirmadora do diagnóstico	Idade do começo	Interv. de tempo entre diagn. da hemoc. e ap. artro.	Artralgias	Artrites	Condrocálcinose	Alt. da Placa sub-condral	Periart. Calcif. isolada
1 A. M. B.	M	45	44	+	+	+	0	?	260	N. F.	N. F.	+	44	0	+	+	0	+	0
2 J. A. C.	M	59	45	+	+	+	+	?	220	345	N. F.	+	51	6	+	+	+	+	0
3 F. T. O.	M	46	46	+	+	+	0	+	230	290	1,2 mg	+	44	—2	+	+	0	+	0
4 J. A.	M	68	68	+	+	+	0	+	360	300	3,5 mg	+	68	0	+	0	+	+	0
5 A. M. C.	M	59	56	+	+	+	0	?	200	500	4,9 mg	N. F.	59	0	+	+	0	+	0
6 A. H. C.	M	50	49	+	+	+	+	?	200	260	N. F.	+	?	?	+	+	+	0	0
7 M. L. S.	F	36	22	+	+	+	0	+	320	570	13 mg	N. F.	30	8	+	+	0	+	—

N. F. = Não Fez.

QUADRO I

ANTI-ARTRÓSICO ● ANTI-REUMATISMAL

# optidase

ENZIMA REGULADOR DOS PROCESSOS DE OXIDAÇÃO-REDUÇÃO

- Pára a evolução da artrose
- Combate a inflamação e suprime as dores
- Promove a recuperação funcional da articulação atingida \*

\* - Com a condição de que a cartilagem articular não esteja gravemente atingida.

## APRESENTAÇÃO

Caixas com 10 frascos contendo cada um 25.000 unidades de catalase liofilizada e purificada, acompanhados de 10 ampolas de 2 ml. de soro fisiológico, para dissolução extemporânea.

Literatura médica e amostras à disposição dos Exmos. Clínicos



**LABORATÓRIOS AZEVEDOS**  
**MEDICAMENTOS DESDE 1775**  
**LISBOA — PORTUGAL**

(LICENÇA A. CASTAIGNE — LYON)

# Relmus<sup>®</sup>



tiocolquicosido

inflamação

contractura

inflamação



doentes são, pois, diabéticos, com excepção do caso n.º 3 que nos foi enviado pela consulta de Gastroenterologia do Serviço de Patologia Médica do H. S. Maria;

— Seis pacientes são do sexo masculino, oscilando as suas idades entre os 45 e os 68 anos (idade média 54 anos). Faz excepção o caso n.º 7, mulher de 36 anos de idade com uma hemocromatose juvenil de início aos 22 anos;

— A pigmentação cutânea e a hepatomegalia estão presentes em todos os casos;

— Apenas em um caso (n.º 7) nos foi possível confirmar antecedentes familiares de hemocromatose;

— A sideremia teve sempre valores iguais ou superiores a 200  $\gamma$  %;

— Os doseamentos dos 17-ceto-esteróides urinários, quando realizado, revelaram valores inferiores aos normais, salvo no caso n.º 7;

— Com excepção do caso n.º 7, a idade do aparecimento das artropatias oscila entre os 40 e os 60 anos, e sempre sucedendo de vários anos os primeiros sintomas de hemocromatose; excepto no caso n.º 3 em que as artropatias precederam cronologicamente os outros sintomas da hemocromatose;

— A osteoporose apenas foi verificada em dois doentes — casos n.º 3 e n.º 6;

— As artralguas surgiram em 100 % dos casos, e as artrites em 6 dos 7 pacientes. Nos doentes afectados por reumatismo do tipo inflamatório, cinco simulavam uma artrite reumatóide com artralguas e tumefacção das 2.ª e 3.ª articulações metacarpo-falângicas e das interfalângicas proximais. O sexto doente apresentava uma artrose da coxo-femural direita;

— As alterações da placa óssea subcondral estão presentes em cinco casos, encontrando-se em três, lesões de condrocalcinose. Nenhum dos doentes apresentou periartrite calcificante isolada;

— As uricemias estavam dentro da normalidade com excepção do caso n.º 7 (7,4 mg %);

— A pesquisa do factor reumatóide só foi positiva no caso n.º 2;

— A pesquisa de células L. E. foi sempre negativa;

— O tratamento das artropatias tem sido sintomático.

Não possuímos, ainda, elementos suficientes para valorizar as sangrias que têm sido realizadas nos nossos doentes no tratamento das artropatias. Um dos doentes — caso n.º 2 — que tem surtos de artrites com frequência, refere melhoras após as sangrias.

### 3. COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Um trabalho modesto como o nosso, limitado a uma casuística de sete doentes, tem de ser prudente nas conclusões a tirar. No entanto, poderá impressionar termos encontrado em todos os casos artropatias. Não é porém de estranhar se considerarmos a bibliografia actualmente existente (9, 12, 20, 23 ...).

Uma primeira conclusão a tirar seria a de que se impõe um estudo sistemático de todos os hemocromatósicos para o despiste das artropatias.

Por outro lado, dada a importância da hemocromatose, da sua terapêutica específica pela espoliação férrica (sangrias, desferroxiamina...), e a lamentável frequência com que o seu diagnóstico é só tardiamente feito, pela raridade da doença e a desculpável inexperiência dos clínicos em a diagnosticar, julgamos de interesse uma segunda conclusão: devem os reumatologistas estar alerta para a oportunidade de um diagnóstico desta doença perante casos clínicos atípicos, seja síndromes do tipo AR. com serologia negativa, seja em casos de artrose sem osteofitose.

O encontro de hepatomegalia de consistência dura e/ou de uma pigmentação melânica, deve obrigar o reumatologista a requisitar o doseamento da sideremia e da capacidade total de fixação plasmática do ferro. O achado de uma hipersideremia e, mais ainda, de uma saturação da transferrina que ultrapasse os 60 % deve impor a biópsia hepática que, confirmando o diagnóstico, levará ao início da terapêutica espoliadora do ferro cujos resultados preventivos da evolução da doença estão, hoje, consagrados.

#### RÉSUMÉ

Dans le present travail les auteurs font l'étude des arthropaties des hémochromatoses primitives observées à la Clinique de Diabète de l'Hôpital de Santa Maria.

Dans une révision de la bibliographie sur ce sujet, les aspects hystologiques, cliniques et radiologiques de la maladie sont mentionnés.

Dans la clinique les aspects soit dégénératifs, soit d'allure inflammatoire que les arthropaties peuvent assumer; et dans la radiologie considérée de primordial importance pour le diagnostique, décrivent les altérations soit de l'os sous-chondral soit celles de la condrocalcinosose articulaire.

Dans la deuxième partie ils étudient sept cas d'arthropaties des hémochromatoses primitives.

Les résultats obtenus sont énoncés dans les Tableaux I, et dans les considérations finales, où les auteurs détachent la convenience de la réalisation d'un examen radiologique systematique en tous les cas de hémochromatose, et aussi, une recherche de hémochromatose parmi les malades porteurs d'arthropaties atypiques, surtout dans les situations qui semblent une A. R. avec une serologie négative, et dans les cas d'arthroses sans osteophytose.

#### SUMMARY

In the present work the authors study the arthropaties of primary hemochromatosis treated in the out-patients Clinic of Diabetes of the Hospital de Santa Maria.

In a bibliographical revision of the radiological and clinical aspects of the disease are described the degenerative and the inflammatory aspects which the arthropaties can present.

The radiological examination is extremely important for the diagnosis. It shows either the sub-condral or the articular chondrocalcinosis.

In the second section the authors study seven cases of arthropaties in idiopathic hemochromatosis. Results are summarised in Plate I.

Considering that in every case, with no exception, arthropaties were found the authors stress the convenience of a sistematic radiological study in every case of hemochromatosis and, on the other hand, a sistematic search for hemochromatosis among arthritic patients with atypical characteristics namely in syndromes that simulate an A. R. with negative serology and in cases of osteo-arthritis without osteophytes.

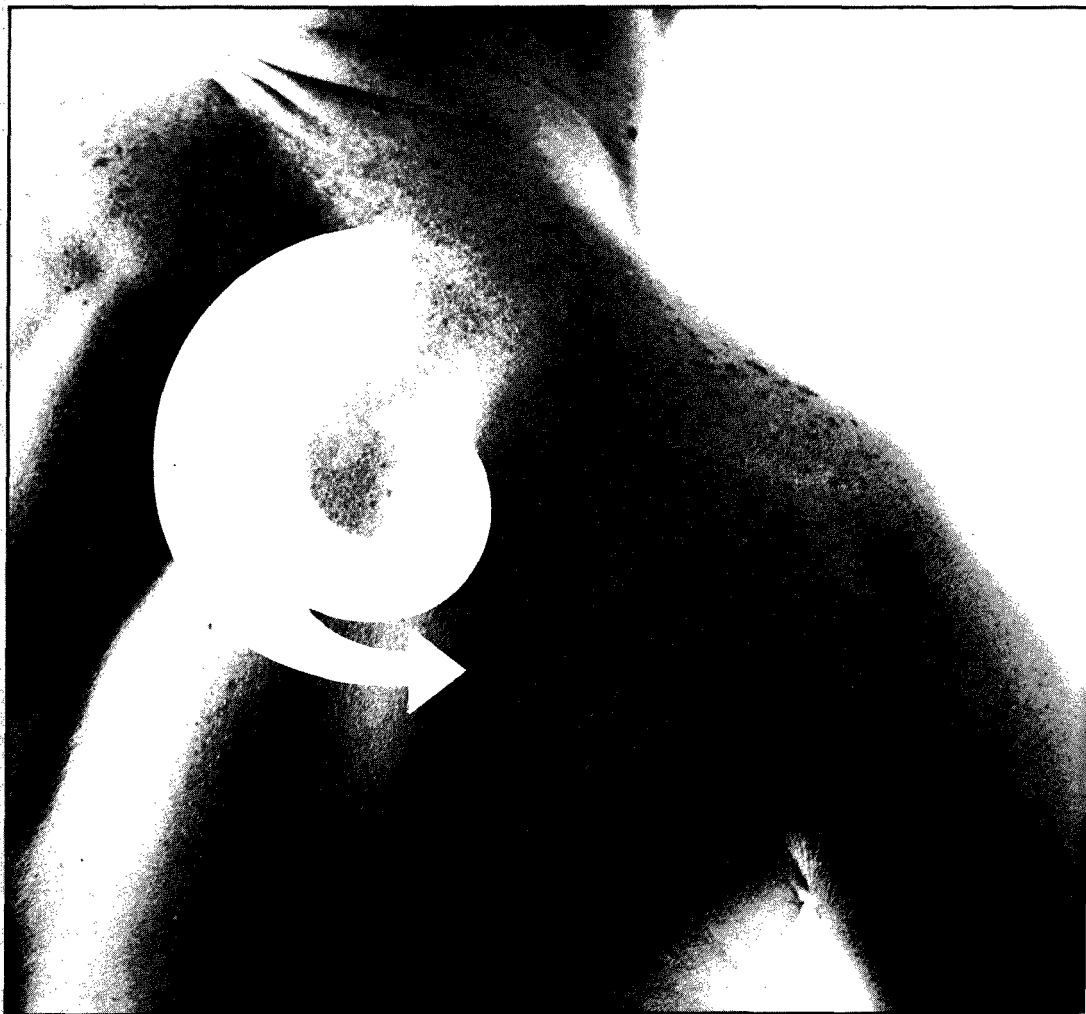
## BIBLIOGRAFIA

1. BAUER, H. and JEFFRIES, G. H. — «Articular chondrocalcinosis in a case of hemochromatosis» — *Acta Med. Scand. Suppl.*, 445, 179 : 434-439, 1966.
2. BYWATERS, E. G. L., DIXON, A. S. J. and SCOTT, T. — «Joint lesions in the hiperparathyroidism» — *Ann. Rheum. Dis.*, 22 : 171-178, 1963.
3. BYWATERS, E. G. L., HAMILTON, E. and WILLIAMS, R. — «The spine in idiopathic Haemochromatosis» — *Annals Reum. Dis.*, 30, 5 : 453-465, 1971.
4. CRÉTIN, A. — cit. Sèze S. in *Sem. Hop.*, Paris, 42 : 2472, 1966.
5. DARNIS, F. — «Les Hémochromatoses» — *La Nouv. Press Med.*, 1, 3 : 159-162, 1972.
6. DARNIS, F. — «Les Hemochromatoses» (à propos de 100 observations) — «Les maladies à dépôts» — *Monographie annuelle de la Société Française de Biologie Clinique*, 23. Ed. Expansion, Paris, 1973.
7. DELBARRE, F. — «Les manifestations ostéo-articulaires de l'hémochromatose» — *Press. Med.*, 72 : 2973-2978, 1964.
8. DESHAYES, J. L., SIMONI, J. C. et GOGNY, J. C. — «Manifestations ostéo-articulaires atypiques chez des hémochromatosiques» — *Rev. Rhum.*, 38, 10 : 649-651, 1971.
9. DYMOCK, W. I., HAMILTON, E. B. D., LAWS, W. J. and WILLIAMS, R. — «Arthropaty of haemochromatosis» — *Ann. Rheum. Dis.*, 29 : 469-476, 1970.
10. FINCH, C. e FINCH, A. — cit. Schumacher in *Arthritis and Rheumatism*, 7, 1 : 41, 1964.
11. HAMILTON, E. — «The Joint Diseases in Hemochromatosis» — *«Modern Trends in Rheumatology»*, 338-347, ed. Butterworths, London, 1971.
12. HAMILTON, E., WILLIAMS, K., BARLOW, A. and SMITH, P. — «The arthropaty of idiopathic haemochromatosis» — *Quart. Journ. Med.*, 145 : 171-182, 1968.
13. KRA, J. e FINCH, C. — «Arthritis with synovial iron deposition in a patient with hemochromatosis» — *New England Journ. Med.*, 268-271, 1965.
14. MIROUZE, J. — «Le devenir des hemochromatoses traitées par saignées répétées» — *Sem. Hop.*, Paris, 42 : 2472, 1966.
15. PAST, L. — cit. Sèze S. in *Sem. Hop.*, Paris, 42 : 2472, 1966.
16. RODNAM, P. — «Arthritis associated with hematologic disorders» — *Bull. Rheum. Dis.*, 16 : 392-395, 1965.
17. RYCKWAERT, A., SOLNICA, J., LANHAM, C. et SÈZE, S. — «Les manifestations articulaires de l'hyperparatiroidie» — *Press. Med.*, 1966.
18. SEBANDO, P., MIRAVET, L., DORFMAN, H., KAHN, M., CHOT, S., BORDIER, P., HIOCO, D. et SÈZE, S. — «A osteopatia de la hemocromatosis. Estudio clínico y Biológico» — *Rev. Clin. Esp.*, 129, 6 : 545-550, 1973.
19. SEFTEL, C. H. — «Iron overload in the Johannesburg Bantu» — *The Glaxo volume*, 33, 1970.
20. SCHUMACHER, R. — «Hemochromatosis and arthritis» — *Arthritis and Rheum.*, 7 : 41-50, 1964.
21. SERRE, H., SIMON, L. et SANY, J. — «A propos de la chondrocalcinose articulaire diffuse» — *Rev. Rhum.*, 32 : 425-430, 1965.
22. SÈZE, S., HIOCO, D., HUBAULT, A., SOLNICA, P., RONAUD, D. et DEGRAVE, D. — «A propos d'une observation d'hémochromatose arthropatique associé a une hypoparathyroidie» — *Rev. Rhum.*, 39,50-54, 1972.
23. SÈZE, S., HUBAULT, A., KAHN, F., WELFING, J., JAFFRES, R., MITROVIC, D. et SOLNICA, J. — «Les arthropaties des hémochromatoses» — *Sem. Hop.*, Paris, 2471-2478, 1966.
24. SHELDON, J. H. — «Hemochromatosis, Londres» — *Oxford University Press*, 1935 — cit. Schumacher in *Arthritis and Rheumatism*, 7 : 41-50, 1964.
25. ZITNAN, D. and SITAJ, S. — «Chondrocalcinosis articulaires» — *Ann. Rheum. Dis.*, 22, 142-170, 1963.





contra as  
dores reumáticas



## REFERATAS

**LA COXARTHROSE** — Delbarre et Coll. (Paris) — Ed. Roger Dacosta, Paris, 1973.

Em edição cuidada e primorosamente ilustrada de Roger Dacosta, de Paris, este livro, o primeiro de uma série de monografias reumatológicas, é uma revisão e actualização dos conhecimentos sobre coxartrose, traduzindo a extraordinária experiência do grupo de especialistas de *l'Institut de Rhumatologie de la Faculté de Médecine de Paris Cochin-Port Royal*, onde, como o assinala F. Delbarre, a coxartrose representa 2% dos doentes hospitalizados.

Em linguagem elegante, sucinta mas muito clara, ao longo das suas 101 páginas, profusamente ilustradas, são analisados em 12 capítulos os diferentes aspectos clínicos da coxartrose.

Depois da introdução de Delbarre, de síntese, sóbria e esclarecedora, e de aviso para o policlínico, Aaron faz uma resenha da *anatomia* da articulação coxo-femural, magnificamente documentada por 16 estampas a cores; Forest, esclarece os *aspectos anatomopatológicos*; Cayla e Rondier, esquematizam o *exame clínico*; Galmiche, Moutounet e Pallardy, apoiados em esquemas e fotografias de radiografias, muito elucidativos, descrevem os diferentes *exames radiográficos* e suas técnicas e as diferentes formas radiológicas da coxartrose; Chouraki, diz-nos da *evolução* e *prognóstico*; e Saporta, das *formas clíni-*

*cas*, cabendo a Delrieu, a descrição da *coxartrose destrutiva rápida*, sua evolução clínica e radiográfica; e a Menkes, a da relação entre a *coxartrose* e as *artropatias metabólicas*; Mery e Simon dão-nos um *diagnóstico diferencial*, muito claro; e Braun e Ghozlan, no *tratamento médico*, assinalam a necessidade de convencer o doente da sua eficácia e da acção predominante das medidas de higiene e de «educação» e «reeducação» e do papel das curas termiais; a *reeducação da coxartrose*, bem documentada graficamente, deve-se a Heuleu, Amor e Hamonet que analisando métodos e técnicas, nos sugerem o que a sua valiosa experiência aconselha; o *tratamento cirúrgico* é-nos descrito por Kerboull, que servindo-se de mais de 40 fotografias e esquemas, nos elucida, sóbria mas muito claramente, sobre as diferentes técnicas cirúrgicas e suas indicações, bem como os resultados a distância, frizando a vantagem da artroplastia total, sem deixar de nos advertir das possibilidades, embora reduzidas, de insucesso.

Obra que muito enriquece a tão vasta e notável bibliografia reumatológica de língua francesa, consideramo-la valiosíssima a todo o médico interessado nos estudos reumatológicos.

R. MARTINS

**DOENÇAS DIFUSAS DO TECIDO CONJUNTIVO** — Luiz Verztman e Domingos de Paola (Rio de Janeiro) — Edição Schering S. A., Rio de Janeiro, 1972.

Luiz Verztman e Domingos de Paola e seus *Colaboradores* dão-nos neste volume de quase 500 páginas documentadas por

mais de 200 magníficas gravuras, uma monografia de elevado valor científico e didáctico.

Compõe-se a obra de 14 capítulos nos quais as diferentes entidades designadas por *colagenoses* são estudadas nos seus diferentes aspectos clínicos, estudo completado por rica informação bibliográfica.

No 1.º, os AA. analisam os conceitos de *doenças difusas do tecido conjuntivo* e a sua evolução.

No 2.º, é feito o estudo dos *tecidos conjuntivos*.

No 3.º, Peter Stastny, desenvolve os conceitos de hipersensibilidade, da estrutura do sistema imunológico e das *doenças auto-imunes*, sua classificação e mecanismos patogénicos.

No 4.º, os AA. e seus Col., dão-nos um estudo muito completo, cuidadoso e actual, da *artrite reumatóide* (semiologia clínica, laboratorial e radiológica; formas clínicas; manifestações articulares e viscerais; critérios de diagnóstico e diagnóstico diferencial; terapêuticas e etiopatogenia).

No 5.º, alguns dos seus Col. analisam a *febre reumática* nos seus vários aspectos.

No 6.º, os AA. e seus Col. estudam o *lúpus eritematoso disseminado* ou *sistémico*, particularmente nos aspectos imunológicos e na etiopatogenia.

No 7.º, são descritas as *polimiosites* e *dermatomiosites*, seu conceito, classificação, clínica, terapêutica e prognóstico.

No 8.º, os AA. e alguns Col. dão-nos um estudo muito completo e actualizado da *esclerodermia*.

No 9.º e no 10.º, são descritas as *angéites necrosantes* e o *síndrome de Sjögren*.

Nos 11.º e 12.º, faz-se a análise dos conceitos de *amiloidose* e *síndrome de deficiência de anticorpos*.

Nos 2 últimos capítulos, os *corticosteroídes* e *imunossuppressores* são estudados na sua acção terapêutica, efeitos colaterais e contra-indicações.

Edição sóbria e elegante da Schering S. A. — que muito louavelmente se propõe dar continuidade à série e a distribuiu, recentemente, aos médicos portugueses — deve figurar na biblioteca de todos os que se interessam pelas colagenoses.

R. MARTINS

**REUMATOLOGIA** — Editor, Hilton Seda — Ed. Cultura Médica, Rio de Janeiro, 1971.

Como afirma Pedro Nava, o grande pioneiro da Reumatologia Brasileira, «Reumatologia» está para os Reumatologistas brasileiros, e nós acrescentaremos para os de língua portuguesa, como o «Comroe» esteve para os médicos de língua inglesa. Não é pois, e ainda, um trabalho perfeito, acabado, mas sê-lo-á, com certeza, em edições futuras. Este livro marca, indubitavelmente, a vitalidade da Reumatologia Brasileira, iniciada praticamente com a fundação, em 1949, da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

Hilton Seda, professor catedrático da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, é o grande catalizador desta magnífica obra edificada com a colaboração de 63 autores, entre os quais se destacam Pedro Nava, Luiz Vertzman, Joaquim Eugénio Rezende e Ismar Chaves da Silveira.

A obra é composta de 2 volumes, com um total de 1372 páginas e 310 fotografias. A bibliografia dos diferentes artigos expendidos é extensa e variada. Como afirma Seda, é difícil analisar um livro cuja matéria abrange um campo tão vasto e de

fronteiras cada vez menos fixas e mais amplas.

Está escrita segundo um plano metódico e muito completo, não deixando de focar todos os assuntos reumatológicos em profundidade, desde a anatomia, a fisiologia, a histologia, a hematologia, a imunologia, a patologia e a terapêutica osteo-articular.

No primeiro volume, Décourt debruça-se sobre a Febre Reumática, mantendo-se fiel à aspirina nas formas sem agressão visceral, e preconizando os corticóides nas formas com cardiopatia. Para a profilaxia, preconiza a penicilina benzatina.

A Artrite Reumatóide é classificada segundo os critérios da A. R. A., e no seu tratamento Klein e Houli não deixam de fazer referência às sinovectomias cirúrgica e química.

A Espondilite Reumatóide, a Artrite Psoriásica, o Síndrome de Reiter e o capítulo consagrado aos Reumatismos da Colite Ulcerosa e da Doença de Whipple, são largamente expostos.

A descrição dos Reumatismos Alergo-Bacterianos e Alergo-Tuberculosos estão

entregues a quem, pela sua autoridade e vivência do assunto, melhor os poderia abordar — Pedro Nava.

Largamente abordadas as colagenoses com destaque para a classificação e caracterização das Angeites Necrosantes por Vertzman e colaboradores.

Seguidamente são analisadas as Artroses, e encaradas estas afecções não como meros distúrbios articulares locais, mas como processos mórbidos que têm de ser inseridos num todo orgânico. Concretizando melhor, e empregando uma frase de Nava, «para obter qualquer resultado duradouro no tratamento da artrose, o especialista tem de se esquecer um pouco que o é, e lembrar-se muito de proceder como clínico geral».

As doenças metabólicas, com particular destaque para a Gota Úrica, são analisadas por Geraldo Pinheiro e Castor Cobra, debruçando-se este último sobre a terapêutica, o que faz de modo extremamente claro e prático.

No segundo volume são evocados, sucessivamente, a Osteoporose, a Osteomalácia, a Doença de Paget, as manifestações

articulares das endocrinopatias e das hemopatias, as Artropatias Tuberculosa e Sifilítica, os Reumatismos Abarticulares, e um sem número de assuntos de extraordinário interesse reumatológico.

Destacamos pela sua clareza, importância e frequência, os capítulos referentes aos defeitos posturais, e às afecções regionais da mão, do pé, do ombro e do punho.

Os últimos capítulos são reservados a aspectos especiais da terapêutica reumatológica: prevenção das deformidades na A. R.; cirurgia da mão reumatóide; cirurgia dos membros inferiores; Medicina Física e de Reabilitação em Reumatologia e, finalmente, as últimas páginas versam as injecções intra-articulares, ilustradas com esclarecedoras figuras, e os Reumatismos Iatrogénicos.

Em síntese, uma obra excelente em que se presente um saudável espírito de equipa, sob a direcção de um homem que lhe consegue transmitir algo da sua imagem e do seu cunho de notável Reumatologista que é.

V. QUEIROS

#### REUMATISMOS NA CLÍNICA INFANTIL HOSPITALAR — Silva Nunes (Lisboa) — *Acta Reuma. Port.*, 1, 2: 25-30, 1973.

A Lisbonne, dans l'Hospital Estefânia ont été hospitalisés 197 enfants en 10 ans (1963 - 1972) avec des maladies rhumatisques aiguës — 2 % de la somme totale des internations.

Le sexe féminin a été plus affecté que le masculin: 54 % contre 46 %.

Dans le cadre clinique on a observé une symptomatologie polyarticulaire dans 86 %, cardite dans 19 % et chorée dans 10 %.

La variabilité du cadre clinique et l'absence de preuves laboratoriales spécifiques, surtout quand une seule des manifestations de la maladie est apparente, peut diffuser le diagnostique. C'est le cas de l'arthrite aiguë d'une autre étiologie, cardite d'origine virale, et polyarthralgies dans la rubéole. Par contre, les arthrites rhumatoïdes juvéniles peuvent atteindre, d'abord, plusieurs articulations, d'ailleurs surtout simétriques et atteignant les articulations de la main.

Également, les anticorps streptococciques ne sont pas spécifiques de la F. R., car ils peuvent exister dans les néphropaties et dans les infections cutanées.

Les séquelles de la F. R. dans l'enfance peuvent affecter le cours de la vie: parmi

197 children with rheumatic diseases have been hospitalized during 10 years (1963 - 1972) in the Lisbon «Estefânia Hospital» — that figure represents 2 % of the whole internement.

Females have been more affected than males — 54 % against 46 %.

The clinical chart has shown polyarticular symptomatology in 86 % of the cases, carditis in 19 % and chorea in 10 %.

Diagnostic can be diffculted by the variability of clinical chart and by lack of specific laboratorial tests, specially when only one of illness manifestations occurs.

That's the case of acute arthritis from another etiology, the viral carditis as well as the polyarthralgies of rubeola. On the other side, the juvenil rheumatoid arthritis can involve in the beginning, several articulations although usually simetric hand articulations. Equally the streptococic antibodies are not especific of R. F. once they can exist in nephropaties and cutaneous infections.

In the childhood the R. F.'s sequels can affect the life course: from 13 millions of

13 millions de soldats americans, 2 % on souffert de cette maladie pendant l'enfance.

Le cours clinique de la maladie a une evolution phasique: l'infection initiale, interphases apparemment silencieuses, terminé par l'inflammation cardiovasculaire.

Le prolongement de l'espace P. Q. dans le E. C. G. est utile dans le diagnostique. L'efficace de la peniciline dans les phases aiguës et prophylactiques et l'action rapide et locale des salicylates geralmente associés aux corticosteroïdes font cesser immédiatement la symptomatologie aiguë de la maladie.

En cas d'intolérance l'eritromicine ou la tetraciclina replaceront la peniciline. Dans la corée on devra associer des calmants: DIAZEPAM et d'autres. Les corticosteroïdes semblent avoir ici une action moins evidente.

La prophylaxie des récidives pendant lesquelles les lesions cardiaques augmentent, doit se faire avec peniciline-benzatine pendant des années — pas moins de cinq.

S. NUNES

american recruits, 2 % have suffered that illness, as children.

The clinical course of the illness has a phasic evolution: initial infection, interphases, apparently silent, based in the cardiovascular inflammation. The enlargement of P. Q. space in E. C. G. is useful for the diagnostic. Penicilin efficacy in the acute and profilatic ending in the fast, local action of the salicylates generally associated with the corticosteroids cesse promptly the acute symptomatology of the illness.

Erithromicin or tetraciclín will replace penicilin in case of intolerance. In chorea, calmatives shall be associated: DIAZEPAM and others. It seems that corticosteroids have here a less evident action.

The prophylaxis of the relapses, when the cardiac lesions increases, shall be carry on with penicilin-benzatin, during several years — not less than five.

S. NUNES

### DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE ET TRAITEMENT CHIRURGICAL DES LOMBALGIES ESSENTIELLES — Symposium de la Société Française de Rhumatologie — *Revue du Rhumatisme*, 40, 12, 699 : 767, 1973 (Dezembro).

A etiologia das lombalgias é extremamente vasta não abrangendo só o disco vertebral mas também todas as partes constituintes do arco posterior vertebral, as quais podem ser alteradas por infecções, tumores, hemopatias, traumatismos, distrofias, etc.

Nas lombalgias muito dolorosas, quando se trata de infecções não tuberculosas, as alterações podem ver-se no arco posterior. Os tumores primitivos podem apresentar um aspecto osteolítico e localizarem-se na apófise espinhosa ou no arco posterior. As metástases são mais frequentes e podem destruir uma apófise transversa ou uma apófise articular antes da destruição da implantação pedicular.

Nas afecções pouco dolorosas pode haver uma lise pedicular, malformações ístmicas,

cas, malformações das apófises transversas, spina bifida, etc.

As lombalgias ocasionadas por uma alteração do segmento móvel podem ser motivadas por cifose, hiperlordose e escoliose.

Há lombalgias motivadas por alterações discais primitivas, repercutindo-se secundariamente sobre o arco posterior — retrolistesis, espondilolistesis.

A radiografia não é mais que um meio de investigação complementar duma semiologia, cuja interpretação está longe de ser clara.

Para M. Lequesne e outros, antes de se propor uma artrodese lombar, após ter falhado o tratamento médico, é necessário o exame psiquiátrico do doente, pois que, mesmo numa lombalgia orgânica, com comportamento psíquico, a operação está sujeita a não ter êxito.

E. GOMES

# LICRAFON

Na vanguarda da terapêutica  
anti-inflamatória

Preparado sob licença de  
Takeda Chemical Industries, Ltd.,  
Osaka - Japão

Seber Portuguesa  
Farmacêutica s.a.r.l.  
Av. Frei Miguel Contreiras, 54, 2º  
Lisboa 5

na vanguarda da terapêutica antálgica e anti-inflamatória



# PANREUMAL

EURO-LABOR

**Artrite gotosa  
implica lesão renal**



**zyloric**

**só Zyloric protege  
o rim**



**Wellcome**



# Mobilidade com o INDOCID

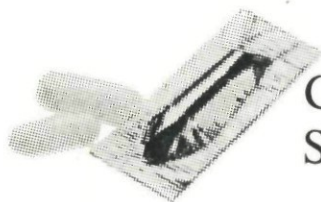
Torna-se imediatamente evidente que o simples lumbago beneficia consideravelmente com tratamento... (INDOCID); em cerca de 85% dos doentes... (verificou-se o desaparecimento total dos sintomas) ou registaram-se melhoras dentro de cerca de 10 dias.

Trabucchi, L. e, Bezza, E.: «O tratamento do lumbago e da lombociatalgia aguda com INDOCID»  
- Minerva Ortop. 20:432-438, Set. 1969.

Pela maioria dos critérios... subjectivos ou objectivos,

**Indocid**<sup>\*</sup>  
(indometacine, MSD)

**Indocid-Duo**<sup>\*</sup>  
(indometacine, MSD)



Cápsulas  
Supositórios

Diminui a inflamação, alivia a dor,  
aumenta a mobilidade.

Nota: Facultam-se informações  
pormenorizadas aos médicos  
sob pedido.

**MSD**

MERCK SHARP & DOHME LIMITADA  
R Barata Salgueiro, 37-1º Lisboa 2 - Portugal

\*Marca registada

