

Abril-Junho 1994



ACTA

REUMATOLÓGICA
PORTUGUESA

Vol. XIX

2

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA

Patologia Da Coluna



Feldene[®] PIROXICAM[®]

Toma Única Diária

RESPOSTA ENÉRGICA
PARA UMA
SITUAÇÃO DOLOROSA

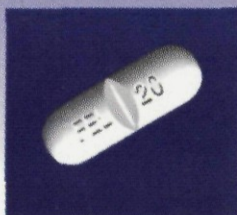


PIROXICAM[®]
Feldene IM

P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
838\$00	587\$/713\$00	251\$/125\$00

(5 ampolas x 1 ml)

RÁPIDO A DISPERSAR
RÁPIDO A ACTUAR



PIROXICAM[®] 20 **Comprimidos Dispersíveis**

P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
2938\$00	2057\$/2498\$00	881\$/440\$00

(30 comp. disp. x 20 mg)

A ALTERNATIVA
À VIA ORAL



PIROXICAM[®]
Feldene Supositórios

P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
1485\$00	1040\$/1263\$00	445\$/222\$00

(12 supositórios x 20 mg)

MODO DE EMPREGO ABREVIADO

Indicações: Artrite reumatóide, osteoartrite, espondilite anquilosante, gota aguda, situações músculo-esqueléticas agudas, e crianças com diagnóstico confirmado de artrite crónica juvenil (Doença de Still). **Posologia:** Artrite reumatóide, osteoartrite e espondilite anquilosante - dose habitual de 20 mg uma vez ao dia no início e na terapêutica de manutenção. A utilização prolongada de doses iguais ou superiores a 30 mg por dia acarretam um risco de reacções adversas gastrointestinais. Gota aguda - 40 mg por dia em toma única ou em tomas divididas até ao máximo de 7 dias. Situações músculo-esqueléticas agudas - 40 mg por dia, em toma única ou em tomas divididas, durante os dois primeiros dias, 20 mg por dia nos restantes dias até perfazer 7 a 14 dias de tratamento. Artrite crónica juvenil em crianças com 6 ou mais anos de idade - Feldene comprimidos dispersíveis utilizando a seguinte posologia: peso inferior a 15 kg - 5 mg, 16 a 25 kg - 10 mg, 26 a 45 Kg - 15 mg, peso superior a 46 kg - 20 mg. **Contra-indicações:** Úlcera péptica activa ou história de ulceração recorrente. Hipersensibilidade ao Feldene, ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. Supositórios - doentes com história de lesões inflamatórias ou hemorragias do recto ou ânus. **Advertências:** Gravidez, lactação. Como acontece com outros AINEs, os doentes idosos devem ser sujeitos a vigilância apertada. **Precauções:** Disfunção renal significativa. Monitorizar doentes com terapêutica anticoagulante concomitante. Não se recomenda o uso concomitante de ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. **Reacções Adversas:** Sintomas gastrointestinais: se ocorrer úlcera péptica ou hemorragia gastrointestinal, suspender a terapêutica com Feldene. Edema, principalmente do tornozelo e "Rash" cutâneo.



Laboratórios Pfizer, S.A.
Apartado 1402 - 1012 LISBOA CODEX

Para mais informações sobre o produto, é favor consultar o Modo de Emprego que será enviado a pedido.
Sede: Porto Zemouto, Coia Seixal • Capital Social: Escudos 850 000 000 • Conserv. Reg. Seixal - Matrícula NR 775



ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

(TRIMESTRAL)

VOLUME XIX — TOMO 2

1994 — Abril-Junho

N.º 71

Sumário

EDITORIAL

Viviana Tavares 43

ARTIGO ORIGINAL

— Aspectos Médico-Sociais
da Artrite Crónica Juvenil, na Consulta
de Reumatologia Pediátrica
do Centro Hospitalar do Funchal
*Carla Dinis, Helena Cabral, Rita Martins,
Lígia Nóbrega, Alberto Quintal* 45

ARTIGO DE REVISÃO

— A História da Reumatologia Francesa
Paulo Clemente Coelho 67

CASO CLÍNICO

— Dois Casos de Doença de Still do Adulto
*Helena Alves, Adélia Simão, Jorge Leitão,
Jorge Crespo, Graça Maia, Eurico Almiro,
Armando Porto* 83

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

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

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

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: Publicações Ciência e Vida, Lda. — Rua Victor Cordon, n.º 24 - 1.º Dt.º — 1200 Lisboa —
Telefs. 342 05 65 - 342 79 89

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

Sommaire

EDITORIAL

Viviana Tavares 43

ARTICLE ORIGINAL

- “Aspects Médico-Sociaux de l’Artrite Chronique Juvénile dans la Consultation de Rhumatologie Pédiatrique du C.H. Funchal”
Carla Dinis, Helena Cabral, Rita Martins, Lígia Nóbrega, Alberto Quintal 45

ARTICLE DE REVISION

- “L’Histoire de la Rhumatologie Française”
Paulo Clemente Coelho 67

CAS CLINIQUE

- “Maladie de Still de l’Adult - 2 cas”
Helena Alves, Adélia Simão, Jorge Leitão, Jorge Crespo, Graça Maia, Eurico Almiro, Armando Porto 83

Contents

FOREWORD

Viviana Tavares 43

ORIGINAL PAPER

- “Social Aspects of Juvenile Chronic Arthritis in the Outpatient Department of the C.H. Funchal”
Carla Dinis, Helena Cabral, Rita Martins, Lígia Nóbrega, Alberto Quintal 45

REVISION PAPER

- “French Rheumatology History”
Paulo Clemente Coelho 67

CASE REPORT

- “Two Cases of Adult onset Still’s Disease”
Helena Alves, Adélia Simão, Jorge Leitão, Jorge Crespo, Graça Maia, Eurico Almiro, Armando Porto 83

FICHA TÉCNICA:

DIRECTOR: Aurora Marques. REDACTOR-CHEFE: Prof. M. Viana Queiroz.

REDACTORES: Drs. Adriano Neto, A. C. Alves Matos, António Vilar, Aurora Marques, C. Miranda Rosa, Jaime C. Branco, João Ramos, J. F. Ribeiro da Silva, J. Espírito Santo, J. Canas da Silva, J.A. Melo Gomes, J. Teixeira da Costa, M.ª Cristina Catita e Mário Bexiga.

CONSELHO CIENTÍFICO: O Conselho Científico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

DISTRIBUIÇÃO: Aos membros da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e, sempre que possível, a Instituições Médicas, de Reumatologia ou não, nacionais e estrangeiras (Ligas, Faculdades, Centros Científicos, Sociedades Médicas, Hospitais e Serviços, Revistas e Jornais Médicos e a outras Instituições Culturais).

PUBLICAÇÃO Trimestral (Março, Junho, Setembro e Dezembro). faz e solicita a permuta. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA: *Acta Reuma. Port.*, volume (tomo): pág.-pág., ano.

Assinatura anual (1 volume, 4 tomos): Portugal 800\$00; Espanha 1.200 Pst; Resto do Mundo, US\$20.

Numero avulso: 280\$00; US\$5

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:

- 1 — A Redacção aceita trabalhos clínicos ou de investigação da especialidade ou a ela ligados, reserva-se o direito de só aceitar artigos ainda inéditos.
- 2 — Os artigos publicados e os textos das comunicações apresentadas em sessões científicas da Sociedade, ou por ela organizadas, são propriedade da *Acta*, reservando-se a Redacção o direito de autorizar a sua inserção total ou parcial, noutras publicações.
- 3 — A doutrina dos artigos publicados é da exclusiva responsabilidade dos autores.
- 4 — Os artigos podem ser redigidos em português, francês, inglês ou espanhol, dactilografados a dois espaços, numa só face do papel, com margens largas e em duplicado.
- 5 — Referenciados com o título em português, francês e inglês (e facultativamente em espanhol ou alemão), nome do(s) autor(es) e seus títulos académicos e profissionais; instituições onde foi executado ou a que pertence o autor e respectivo director; localidade e país.
- 6 — O texto deve ser precedido de um resumo sucinto, curto mas suficientemente esclarecedor, em português, francês e inglês (facultativamente, em espanhol e/ou alemão).
- 7 — Cada artigo tem direito até cinco gravuras; além deste número a Redacção reserva-se o direito de as debitar pelo custo. As fotografias devem ter nitidez suficiente para dar reprodução e os gráficos e desenhos a tinta preta e em papel branco ou vegetal; em folhas separadas, anotadas no verso, a respectiva legenda, dactilografada, e a ordem numérica.
- 8 — As referências bibliográficas, conforme o *index medicus*: apelido (maiúsculas), nome e pronome do(s) autor(es); título, nome da publicação ou editor; localidade; volume; página; ano. Deve observar-se a ordem alfabética do último nome do autor (ou do 1. autor).
- 9 — Cada autor tem direito a 25 separatas. Para além deste número, serão debitadas pelo preço de custo, se forem requisitadas com a devida antecedência.
- 10 — É da competência e responsabilidade da Redacção, a revisão das provas.

EDITORIAL

A Acta Reumatológica Portuguesa é o órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) e, como tal, a imagem, em Portugal e no Estrangeiro, do trabalho realizado pelos Reumatologistas Nacionais.

Actualmente no seu 14º ano de publicação a Acta tem vindo a apresentar nos últimos tempos uma progressiva, mas nítida, diminuição do número de trabalhos publicados.

Esta preocupante realidade foi já objecto de reflexão em várias Assembleias Gerais da SPR, tendo os presentes apontado algumas das causas prováveis, a saber, o elevado número de revistas de reumatologia, o escasso universo de reumatologistas e a diminuição da produção científica original, entre outras.

A acompanhar esta redução do número de trabalhos assiste-se a uma muito preocupante diminuição de publicidade, e que é por demais evidente no presente número.

Tal situação, que a manter-se, tornará inviável a publicação da Acta dentro de algum tempo, é obviamente uma das principais preocupações da Direcção recentemente eleita.

A adopção das medidas que julgamos necessárias para revitalizar a Acta vai obrigar a suspender temporariamente a publicação da mesma, pelo que o próximo número só será editado em Janeiro de 1995.

O êxito do esforço que vamos empreender depende principalmente da vontade dos reumatologistas. **É fundamental que todos sintam que a Acta é a “sua” revista, a revista duma SPR que se pretende mais forte, mais coesa e mais participada, para bem da Reumatologia.**

Viviana Tavares

ARTIGO ORIGINAL

ASPECTOS MÉDICO-SOCIAIS DA ARTRITE CRÔNICA JUVENIL, NA CONSULTA DE REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO CENTRO HOSPITALAR DO FUNCHAL

CARLA DINIS¹, HELENA CABRAL², RITA MARTINS³,
LÍGIA NÓBREGA⁴, ALBERTO QUINTAL⁵

RESUMO

Iniciada em Janeiro de 1991, a Consulta de Reumatologia Pediátrica do Centro Hospitalar do Funchal, passou a funcionar em equipa pluridisciplinar, contando desde esta data, com o apoio (a tempo inteiro) do serviço social hospitalar, em articulação com outros serviços do hospital e da comunidade.

Do ponto de vista prático, as classificações etiológicas e a elaboração de um diagnóstico social que complemente o diagnóstico clínico, constituem um passo importante, quando se pretende traçar um plano de abordagem *bio-psico-social* de determinada problemática, facilitando a inserção social da criança no seu meio social.

Funcionando com uma periodicidade quinzenal, foram observa-

¹ Técnica superior de serviço social do serviço de pediatria do C.H.F.

² Médica pediatra, assistente graduada de pediatria do C.H.F.

³ Médica fisiatra, assistente hospitalar do serviço de medicina física e reabilitação do C.H.F.

⁴ Médica fisiatra, assistente hospitalar do serviço de medicina física e reabilitação do C.H.F.

⁵ Médico reumatologista, assistente hospitalar responsável pela unidade de reumatologia do C.H.F.

das 26 crianças até Dezembro de 1992, das quais um total de 15 com *artrite crónica juvenil*, sendo 6 do sexo masculino e 9 do sexo feminino. Este tipo de patologia constituiu a principal causa de consulta em 57,70% (15/26).

Além do apoio e tratamento de doenças reumáticas e não reumáticas é também função desta consulta, efectuar o despiste precoce da doença e suas implicações, ocupando-nos da compreensão da criança integrada no seu meio sócio-escolar e na sua relação familiar com importantes componentes culturais, assegurando a prestação de suporte dos “custos” económicos por criança (*directos, indirectos e individuais*), nomeadamente no que concerne à necessidade de articulação inter-institucional para pagamento de transportes, meios auxiliares de diagnóstico, tratamento farmacológico sistemático, ortóteses e apoio pedagógico individualizado.

RÉSUMÉ

ASPECTS MÉDICO-SOCIAUX DE L'ARTHRITE CHRONIQUE JUVÉNILE DANS LA CONSULTATION DE RHUMATOLOGIE PEDIATRIQUE DU C. H. FUNCHAL

Les auteurs rapportent les résultats d'un étude de 26 malades observés dans la consultation de Rhumatologie Pédiatrique du Centro Hospitalar do Funchal dans lesquels l'arthrite chronique juvénile était présente en 15 enfants (9 du sexe féminin et 6 du sexe masculin).

L'objectif principal de ce travail est l'étude des conséquences de cette maladie en ce qui concerne l'aspect psychologique des patients, de leurs familles, l'intégration dans l'école et dans la communauté.

SUMMARY

SOCIAL ASPECTS OF JUVENILE CHRONIC ARTHRITIS IN THE OUTPATIENT DEPARTMENT OF THE C.H. FUNCHAL

The multidisciplinary consultation in Pediatric Rheumatology was initiated in January 1991 at the outpatient department of the Centro Hospitalar do Funchal.

The team includes a Rheumatologist, a Pediatrician, a Physiotherapist and a Social Worker.

A Social diagnosis together with a clinical diagnosis is very important to make a bio-psyco-social plan that can help these patients in the community.

A total of 26 children were observed until December 1992. Of these, fifteen had Juvenile Chronic Arthritis — 57,70%.

The aim of this paper is to provide some information concerning the social aspects of juvenile chronic arthritis and the impact of the disease in psychological terms, concerning the integration of the patients in the family, at the school and in the community.

I. INTRODUÇÃO

O nosso trabalho visou o estudo de um grupo de crianças com doença crónica, *artrite crónica juvenil*, numa *perspectiva multidisciplinar*, em que estão presentes critérios de ordem médica, social e pedagógica. Um dos objectivos deste trabalho foi fundamentalmente o estudo e esclarecimento dos factores de ordem etiológica e a sua relação com determinados aspectos de vivência destas crianças no seu meio social, familiar e escolar, assim como as suas condições sócio-económicas, habitacionais e zona de residência.

Privilegiámos a articulação com diferentes serviços do hospital e da comunidade, nomeadamente os Serviços de Acção Social Local

(Segurança Social), Centros de Saúde, Instituto de Habitação e Escolas, considerados por nós como os mais vocacionados para prestação de apoio individualizado a cada caso concreto. A relação/articulação das diferentes instituições e serviços, passa pela recolha e transmissão de informação para análise conjunta de dados, tendo sempre presente as respostas e recursos existentes na comunidade.

Como suporte teórico deste trabalho, foi consultada bibliografia referente ao desenvolvimento da criança em idade pré-escolar e escolar, doença reumática e sua terapêutica geral, e, suas implicações psicológicas, familiares, sociais no desenvolvimento educativo.

II. METODOLOGIA

As variáveis foram seleccionadas de forma a darem respostas ao problema em estudo — *conhecimentos e opiniões* que os educadores (pais/ professores) possuem acerca da doença, comportamentos da criança e dos pais que daí advêm, como seja o factor cronicidade da mesma e suas implicações na escola e no meio social de que são provenientes.

O universo de estudo é composto por 15 crianças em idade escolar ou não, portadoras de *artrite crónica juvenil*, a frequentar a consulta de Reumatologia Pediátrica do C.H.F., no ano de 1992.

A técnica de amostragem utilizada foi *não probabilística denominada intencional* (9), tendo sido a aplicação do questionário feito aos professores de todas escolas primárias e preparatórias das crianças em idade escolar e entrevista *não estruturada, tipo focalizada e dirigida* (9) a todos os pais cujo universo foi abrangido pelo estudo.

PLANEAMENTO E RECOLHA DE DADOS

Os questionários constituídos por perguntas *abertas, fechadas e*

mistas, foram confiados aos professores de todas as crianças em idade escolar e a aplicação do mesmo decorreu no período de Maio a Julho de 1992.

Para avaliação do estatuto sócio-económico foi utilizada a *Escala de Warner* (na sua primeira adaptação a Portugal pelo *Professor Graffar*) a qual considera 5 critérios sócio-económico (categorias de I a V), do meio mais favorecido ao mais desfavorecido, que resultam de 5 *ítems*:

- a) *habilitações literárias dos pais*,
- b) *profissão do chefe de família*,
- c) *"forma" de rendimento*,
- d) *tipo de habitação*,
- e) *zona de residência*.

Foram ainda analisadas outras características do agregado familiar, no que respeita à vivência da criança com ambos os pais ou não, na família natural ou não (família nuclear intacta), em suma, qual a sua estrutura familiar.

III. RESULTADOS OBTIDOS E DISCUSSÃO

As tabelas e gráficos que se seguem são resultantes da pesquisa elaborada através do questionário respondido pelos professores e obtenção de informações dos entrevistados.

Primeiramente apresentaremos as tabelas referentes à caracterização da população alvo, que será analisada através da faixa etária das crianças à data da consulta, sexo e sua proveniência por Concelho, grau de coesão das famílias, estrato social a que pertencem e aspectos pedagógicos.

GRUPO ETÁRIO

Relativamente à distribuição etária verificámos que a maior *inci-*

dência da doença se situava nas crianças com idade inferior ou igual a 5 anos (0-5), a mais nova com 1 ano e 8 meses, 4 com idades compreendidas entre os 10 anos e os 13 anos e 4 com idade superior a 14 anos e apenas 2 com idades entre os 6 anos e os 9 anos (Fig. 1).

Quanto às causas de recurso à consulta, verificou-se que a *artrite crónica juvenil* prevalecia com 57,70%, seguida da necessidade de esclarecimento diagnóstico para as restantes 42,30%.

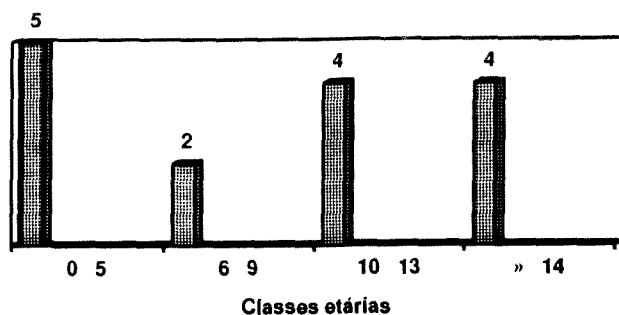


Fig. 1 — Distribuição das crianças por grupos etários.

SEXO

Observando-se a fig. 2, verificamos que a incidência da doença é superior para o sexo feminino com 9 crianças (60%), em relação às 6 (40%) do sexo masculino.

PROVENIÊNCIA DAS CRIANÇAS POR CONCELHO

Observando-se a fig. 3, verifica-se que a maioria das crianças atendidas (5/15) em 33,33% eram residentes no concelho de Machico, sendo 2 do sexo masculino e 3 do sexo feminino, seguindo-se o concelho do Funchal em freguesias muito próximas (S. Martinho e

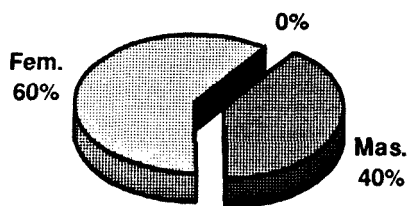


Fig. 2 — Distribuição das crianças segundo o sexo.

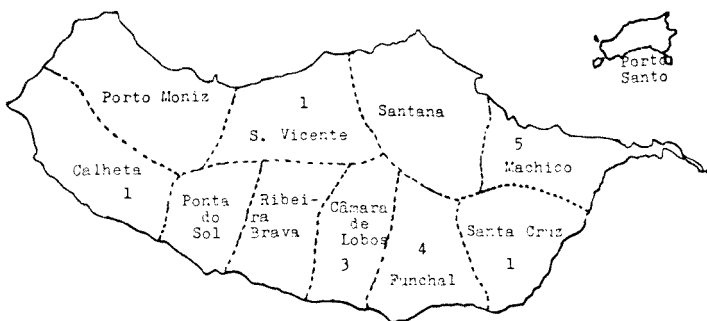


Fig. 3 — Distribuição das crianças segundo a proveniência por concelhos.

S. António) com 26,67% (4/15), sendo ambas das crianças do sexo feminino. Do concelho de Câmara de Lobos eram 20% das crianças, 2 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Os valores menos percentuais registaram-se para os concelhos de St.^a Cruz, Calheta e S. Vicente, que prefazem o total de 3 crianças (6,67% em cada um deles), 2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino.

Relacionando as variáveis proveniências com o sexo, verificamos que ambos os sexos predominam de igual modo pela distribuição dos 6 concelhos, não existindo referências acerca dos outros 5. Daqui podemos, talvez, concluir que este facto se deveu ao desconhecimento da existência desta consulta, por parte da comunidade agregado, ao factor distância do Funchal.

CARACTERIZAÇÃO DOS AGREGADOS FAMILIARES

Grau de coesão das famílias

As crianças necessitam de uma vida regular para o seu normal desenvolvimento. Em ambientes disfuncionais, as mesmas, correm o risco de perturbações psicológicas o que se pode reflectir no baixo rendimento escolar, por dificuldade na relação com os outros.

À questão se a criança viveu sempre com o pai e a mãe, observámos na fig. 4, que a família prevalecia “*intacta*” na maioria dos casos, em 80% (12/15).

N = 15	Nº. DE CASOS	%
Orfãos	0	0
Pais separados	1	6,67
Família disfuncional	1	6,67
Família de acolhimento	1	6,67
A viver com os pais	12	80
Total	15	100

Fig. 4 — Distribuição das crianças de acordo com a sua estrutura familiar.

Existe uma melhoria da “*performance*” escolar nas crianças que vivem com ambos os pais, e, uma influência negativa das “*anomalias*” familiares, embora aqui não se considere notória grande relação entre estes parâmetros e o insucesso escolar.

Através da análise da fig. 4, verificou-se um elevado percentual de crianças (12), integradas em famílias equilibradas, ditas funcionais, que se encontravam dispostas ao diálogo e colaboração no processo de integração social dos seus filhos.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA

Em relação aos aspectos sócio-económicos, há a referir o tipo de população estudada tendo em vista a avaliação sócio-económica e familiar destas crianças.

Pela observação da fig. 5, verificou-se que as famílias em causa se situavam em maior percentual, nos dois grupos mais baixos da *Escala de Warner*, ou seja, na categoria IV em 35,71% e na categoria V em 46,66%. De salientar apenas 1 caso na categoria II.

Meio sócio-económico	Cat. I	Cat. II	Cat. III	Cat. IV	Cat. V
Nº de casos estudados	0	1	2	5	7
N = 15	0	6,67%	13,33%	33,33%	46,67%

Fig. 5 — Distribuição das crianças por estrato social dos pais, segundo a escala de warner.

Poder-se-á supôr que o baixo-nível cultural da maioria destes pais, dificulta, por vezes, a sua relação com o filho, trazendo como consequência desequilíbrios emocionais que se poderão reflectir na criança, dificultando a sua integração social.

Embora nem sempre aconteça, é do senso comum sabermos que há uma intercorrelação entre as profissões, habilitações e classes etárias dos pais, com conseqüente comportamento sobre a criança. Ao aliarmos estes factores, podemos pensar como se torna difícil e trabalhoso actuar sobre a mudança de comportamento destes pais no que concerne à sua relação com os filhos.

INTERVENÇÃO DA ASSISTENTE SOCIAL NA CONSULTA

Dada a elevada prevalência, na consulta, de famílias com manifesta carência económica e por vezes impossibilitadas de cumprimento

rigoroso do tratamento terapêutico que esta doença exige, houve necessidade de intervenção sistemática da assistente social, no que concerne, ao apoio psico-social, despiste de problemas que possam estar na origem de insucesso escolar, e, atribuição de subsídio de transporte por “*fundo maneo*” a 2 dos casos. Os restantes foram da competência da Direcção Regional de Saúde Pública. A este nível, fig. 6, registou-se o maior percentual, em 71,42% (6 crs.). Seguiram-

Níveis de apoio solicitados nas consultas	Nº de casos por nível		nível		TOTAL DE PEDIDOS
	ACEITES	%	RECUSADOS	%	
COMPART. ORTÓTESES	6	42,85	0		
REEMBOLSO/TRANSPORT.	10	71,42	0		
COMPART. MEDICAMENT.	6	42,85	1	7,14	49,99
COMPART. ANÁLISES	4	28,58	1	7,14	35,72
SUBS. COOPER. FAMILIAR	3	21,42	1	7,14	28,56
SUBS. EVENTUAL	3	21,42	1	7,14	28,56
ORIENT. P/ PEDIDO CASA	2	14,29	0		
SENSIB. DOS PROF. DOEN.	3	21,42	0		
PEDID. RECUSADOS	4	28,58	0		100

Fig. 6 — Distribuição das crianças de acordo com as necessidades de apoio social.

-se os outros níveis, sendo de salientar 42,85% para participação na aquisição de ortóteses e igualmente para os fármacos de custo elevado, tendo sido aqui um dos pedidos recusado. Estes apoios, exceptuando o transporte, resultaram da articulação inter-institucional entre o serviço social hospitalar e alguns serviços da comunidade (Saúde Pública, Laboratório de Análises Particular, Centro Ortopédico, Serviços de Acção Social, Instituto de Habitação e Escolas).

De salientar, fig. 6, que no total de 14 pedidos, a maior frequência registou-se no suporte económico de transportes, tendo em conta que este é um direito adquirido, excepto para os não residentes no

concelho do Funchal. O menor percentual situou-se no que concerne aos pedidos efectuados ao Instituto de Habitação da Madeira, em 14,29% (2 casos). Ainda de realçar a necessidade de contacto com os professores, para esclarecimento da problemática ligada a esta doença, em 21,42%, bem como a recusa de alguns pedidos, em 28,58%, distribuídos por 4 níveis diferentes, com 7,14% para cada. Este facto poder-se-á explicar com base no estrato social mais elevado de algumas famílias atrás referido.

ASPECTOS PEDAGÓGICOS

Alguns factores ambientais como hospitalização longa e precoce, deslocação a consultas, incompreensão dos pais perante a doença e suas repercussões, podem estar na base de uma desorganização precoce e económica da estrutura familiar. Por vezes a criança vive num ambiente de instabilidade económica, social e psíquica, tendente a gerar agressividade, porque a família não tolera o comportamento. Daqui, a necessidade urgente de despiste precoce de problemas que possam vir a afectar a “saúdável” integração social da criança com repercussões graves ao nível da aprendizagem.

Para Victor da Fonseca, dificuldade de aprendizagem é definida como “*a discrepância entre o potencial de realização de trabalho e o trabalho realizado, aquilo que a criança é capaz de fazer e na realidade faz*”, e, insucesso escolar “*quando a criança não é capaz de acompanhar os programas, verificando-se a repetência de anos escolares*” (13).

Aqui, o total da amostra inquirida foi reduzida para N=7 crianças por motivo de serem estas as que à data da consulta se encontravam a frequentar a escola. As tabelas apresentarão um N=6, dada a condição de extravio de um dos inquiridos. Nestas tabelas de avaliação dos diversos parâmetros, optámos por não apresentar a quantificação dos resultados em percentagens, por considerarmos esta amostra pouco significativa para estabelecer conclusões definitivas.

Em relação à escolaridade, fig. 7, não poderemos considerar como valor definitivo o factor insucesso escolar, no entanto, vale a pena afirmar que existe uma tendência para o insucesso escolar se compararmos as idades com a “localização” nas classes escolares. Verificámos que, 2 das crianças encontravam na escola primária com idades próximas aos 13 anos, e, outras 2 no 7.º ano, com 15 e 17 anos. Segundo a informação dos professores as crianças apresentavam um atraso de 1 a 2 anos escolares definido pelo factor “repetência”, fig. 9.

Escolaridade N = 6	1ª Classe	2ª Classe	3ª Classe	4ª Classe	5º Ano	6º Ano	7º Unif.
6 - 9 A	1						
10 - 13 A				2	1		
» 15 A							2

Fig. 7 — Distribuição das crianças segundo a escolaridade e grupos etários.

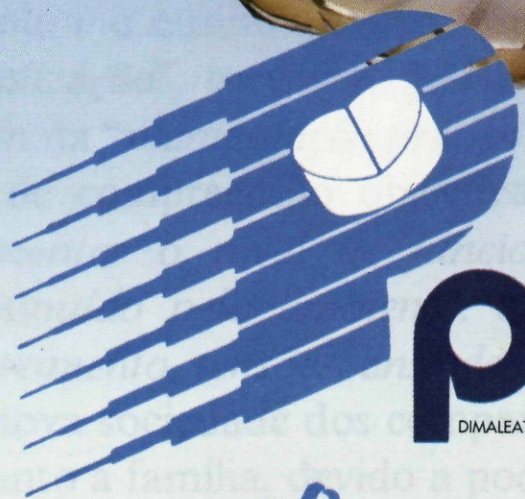
N = 6	Adaptação		Assiduidade		Aproveitamento		Motivação	
	Boa	Difícil	Boa	Razoável	Mau	Razoável	Sim	Não
Nº Casos	4	2	4	2	4	2	4	2

Fig. 8 — Distribuição das crianças de acordo com a sua atitude face à escola, conforme informação dos professores.

N = 6	Repetência		Atenção/aulas		Queixas dolorosas		Doença/rendimento	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Nº Casos	4	4	4	2	1	5	5	1

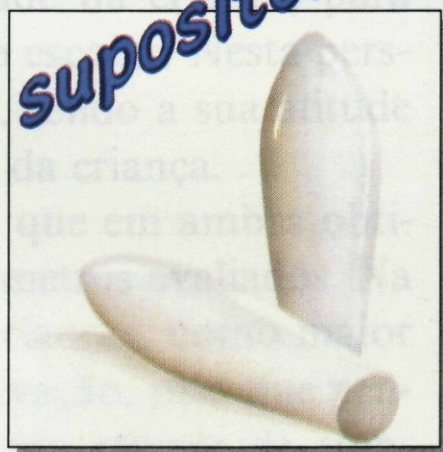
Fig. 9 — Distribuição das crianças de acordo com alguns factores de doença, e, outros afectos ao rendimento escolar.

Para que não tenha que associar a um AINE um gastroprotector



protaxil®

DIMALEATO DE PROGLUMETACINA



PROTAXIL tem como princípio activo a Proglumetacina, uma molécula de síntese de acção anti-inflamatória não esteróide, de investigação Rotta Research Laboratorium. A experimentação in vitro e in vivo revelou que o PROTAXIL é dotado de uma forte acção anti-inflamatória, em situações agudas e crónicas, superior à de outros medicamentos tidos como termo de comparação (por exemplo: vinte vezes mais activo do que o ácido acetilsalicílico e a fenilbutazona); exerce uma elevada actividade antipirética e analgésica; é activo mesmo em processos degenerativos do tipo crónico (osteolatrismo); é praticamente isento de acção irritativa e ulcerógena sobre a mucosa gástrica. Várias investigações clínicas efectuadas confirmaram a eficácia terapéutica e a óptima tolerância do PROTAXIL. Nos doentes tratados durante períodos prolongados não se observaram efeitos secundários gastrointestinais ou sintérmicos nem se evidenciaram diferenças nos parâmetros biotérmicos examinados antes, durante e depois do tratamento. **INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Os doentes medicados com anticoagulantes orais e hipoglicémicos podem apresentar interações com o PROTAXIL, pelo que se aconselha o seu acompanhamento e o respectivo controlo. **CONTRA-INDICAÇÕES:** O PROTAXIL está contra-indicado nas últimas semanas de gravidez e em doentes hipersensíveis aos derivados do ácido indolacético. **EFEITOS COLATERAIS:** Observaram-se, esporadicamente, episódios transitórios de náuseas, obstipação, dor epigástrica e cefaleias. **PRECAUÇÕES:** A administração em doentes com úlceras gastroduodenais activas ou recidivantes deve ser feita sob controlo médico. Embora isento de actividade mutagénica ou teratogénica, o PROTAXIL deve ser administrado na gravidez e durante o aleitamento apenas se for absolutamente necessário e sob controlo médico. Os doentes com insuficiência renal ou hepática, ou os que apresentam perturbações do sistema nervoso central devem ser cuidadosamente controlados quando tratados com o PROTAXIL.

APRESENTAÇÕES: Comprimidos divisíveis doseados a 300 mg., Supositórios doseados a 200 mg. e em Pomada a 5%. **INDICAÇÕES:** Reumatologia (artrite reumatóide; osteoarrose de localização diversa e perturbações consequentes - lombalgias, ciatalgias, hérnia discal, radiculite, etc.); reumatismo articular agudo, artropatias dismetabólicas (gota); inflamações extra-articulares - tendinites, bursites, sinovites, tenossinovites, periartrites escapulomer, torcicol, nevralgias e nevrites, fibromiosites, anexites, rigidez articular, etc.). Traumatologia (distensões musculares, contusões, luxações, distorções, fracturas, artropatias pós-operatórias e cirurgia ortopédica; lesões traumáticas do desporto, edemas residuais, sequelas de traumatismos, etc.). **POSOLÓGIAS:** salvo prescrição médica - Comprimidos de 300 mg: 1-2 comprimidos por dia. Supositórios a 200 mg: 1-2 supositórios por dia. Pomada: friccionar a pele da zona afectada 2-3 vezes por dia, com 2 a 4 cm de pomada, até ao desaparecimento da sintomatologia, por um período mínimo de 5 dias..

Contribuinte n.º 500 802 360 - Sociedade por quotas - Capital Social 100 000 000\$000
Matric. na Conservatório do Registo Comercial de Sintra sob o n.º 2317, fls. 192, L.º C-6



Grupo Rotta Research DELTA Ósteo-Articular

Apresentação	P.V.P. c/IVA	Regime Geral			Regime Especial		
		Comp.	Estado	Utente	Comp.	Estado	Utente
Protaxil 300 mg 20 Comp.	2.199\$00	70%	1.539\$00	660\$00	85%	1.869\$00	330\$00
Protaxil 300 mg 60 Comp.	5.539\$00	70%	3.877\$00	1.662\$00	85%	4.708\$00	831\$00
Protaxil Sup. (200 mg) 10	990\$00	70%	639\$00	297\$00	85%	842\$00	148\$00
Protaxil pomada 30 g	543\$00	40%	217\$00	326\$00	55%	299\$00	244\$00

COMPORTAMENTO DA CRIANÇA FACE À ESCOLA

A entrada da criança na escola, constitui para ela um marco importante e fundamental no que respeita ao seu normal desenvolvimento educativo e da sua personalidade. Pela primeira vez “*abandona*” a família e vai criar laços de amizade com “*peçoas*” da sua idade, os colegas, e, com os professores. Será confrontada com novas realidades, colocando-se numa conjuntura completamente nova, embora possa ter antes frequentado Creche ou Jardim de Infância. A escola e o ensino vão-lhe responder à curiosidade, à necessidade de “*realização*”, tornando possível a aquisição de conhecimentos para além da “*manipulação prática*”. Terá que desenvolver a sua capacidade de compreensão objectiva. Segundo Wall, a escola deverá “... *aumentar o nível de funcionamento intelectual onde tiver sido diminuído pelo ambiente, e, de curar ou prevenir anomalias do crescimento, tensões, ansiedades difusas, preconceitos e neuroses*” (9). A nova sociedade dos companheiros tem para ela tanta importância quanto a família, devido a poder rivalizar e afirmar-se perante eles.

É fundamental a valorização da personalidade da criança, para um melhor investimento no seu aproveitamento escolar. Nesta perspectiva, o professor tem um papel considerável, sendo a sua atitude um factor essencial na dinamização do trabalho da criança.

Nas tabelas acima referenciadas, verificámos que em ambas obtivemos resultados muito próximos entre os parâmetros avaliados. Na fig. 8, observámos os mesmos valores para 4 crianças, como maior percentual para a adaptação, assiduidade e motivação, pelo que pensamos que os professores tenham adoptado uma atitude de compreensão perante o factor doença da criança. Ressalta a tendência para o insucesso escolar, como anteriormente já referimos, com um aproveitamento considerado “*mau*” em relação com o factor “*repetência*” em 4 do total das 6 crianças, fig. 8 e 9.

Constatámos, fig. 8, que a maioria das crianças se adaptaram facilmente à escola, sendo assíduas e atentas, considerando a existência de um grande esforço, por parte dos pais e profissionais, para que

isto se concretizasse. Embora não manifestassem “queixas dolorosas” durante o período escolar, os professores transmitiram-nos a “imagem” de relação/implicação da doença no baixo rendimento escolar, tendo presente uma das exigências da doença — frequente vigilância médica por consultas.

No que se refere à motivação, fig. 8, no decurso das actividades escolares, verificámos que o maior grupo, de 4 crianças, se mostravam interessadas em aprender. Este factor, de certo, teve muito a ver com o “papel” dos professores perante a detecção de dificuldades sentidas por cada criança, quando alertados para o seu problema.

Para além das exigências que o trabalho escolar implica, no que se refere à capacidade da criança para concentração e atenção, interesse, motivação e estabilidade emocional, há necessidade de equacionar o problema, tendo em conta o seu esforço de adaptação e integração no meio escolar actual.

INTEGRAÇÃO SOCIAL E ESCOLAR DAS CRIANÇAS

A acção educativa não deve ambicionar apenas o factor desenvolvimento da inteligência e competição, cabendo-lhe também, o compromisso de actuar sobre os restantes factores e atributos da personalidade.

Perante as exigências escolares a criança poderá desencadear nela um espécie de ruptura com o meio actual. Esta, por vezes, pode gerar regressões comportamentis, inibição ou mesmo bloqueios, acentuando a sua instabilidade e desmotivação para o desempenho das suas tarefas ou “atrofia” do seu desenvolvimento.

O desenvolvimento de cada criança depende das suas características individuais e do seu ajustamento aos factores ambientais de ordem orgânica, familiar e escolar. Achamos que, neste sentido, a avaliação do desenvolvimento destas crianças, deverá ser observado sempre por uma equipa pluridisciplinar (médico reumatologista, médica pediatra, médica fisiatra e assistente social) e numa perspecti-

va multifactorial, considerando os seus factores endógenos e exógenos, para detecção equilibrada da origem de determinados problemas, actuando atempadamente sobre os mesmos.

TIPIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS NA ESCOLA

A importância destas relações mostra a necessidade de estabelecer o equilíbrio indispensável a um harmonioso desenvolvimento da criança. Se este não acontecer, poderão surgir resultados insatisfatórios, manifestos por desinteresse escolar, dificuldade de aprendizagem e/ou alterações comportamentais.

A tabela da fig. 10, mostrou-nos que a maioria das crianças, em

Comportamento	N = 6	Professores	Colegas	Apreciação da criança
Fechado		4	3	
Meigo				2
Comunicativo		2	3	
Triste/apático				2
Vivacidade				2
TOTAL		6	6	6

Fig. 10 — Distribuição das crianças por tipificação de comportamentos relacionais, apesar da dificuldade de os quantificar com pormenor.

n.º de 4, não eram comunicativas com os professores em relação às outras 2. Porém, com os colegas a relação era equilibrada, 3 delas foram definidas como tendo um comportamento fechado, contrapondo com outras 3. A apreciação do comportamento das crianças na perspectiva dos professores, distribuiu-se entre a apatia, a necessidade de afecto e a vivacidade de algumas.

RELAÇÃO FAMÍLIA/ESCOLA E FAMÍLIA/CRIANÇA

Relativamente aos casos em estudo, concluímos que existia um óptimo relacionamento entre pais/professores, manifesta na totalidade dos casos, fig. 11. Esta relação concretizou-se atendendo à forma como os professores conseguiam compreender e motivar as crianças, incentivando os seus pais a tornarem-se mais participativos no processo de aprendizagem e integração social dos seus filhos.

Tipo de relação	Pais/professores	Pais/crianças
Boa	6	4
Má	-	-
Não existe	-	-
Desconhecida	-	2
TOTAL	6	6

Fig. 11 — Relação da família com a escola e com a própria criança.

Da análise da relação pais/filhos, fig. 11, concluiu-se que na maioria era boa, segundo uma avaliação feita pelos professores na comunidade, embora com uma certa tendência para a super-protecção da criança, o que denota a necessidade de os pais serem esclarecidos sistematicamente acerca da doença e suas implicações, com vista à mudança de comportamentos. De salientar que na avaliação deste parâmetro não obtivemos resposta para 2 dos casos.

DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS, SEGUNDO A RELAÇÃO FAMÍLIA/ESCOLA/CRIANÇA

Sabemos que os pais são o principal agente de formação da personalidade da criança e o ajustamento à doença dependerá da

reacção e do modo como estes cooperam com o problema. Na verdade, verificou-se que apesar de todos os pais aceitarem a doença, alguns tinham dificuldades em perceber a criança e a sua problemática, o seu “jogo”, provocando inconscientemente comportamentos reacionais. A família tende a “problematizar-se” quando se lhe fala em doença crónica, com possíveis (futuras) limitações físicas.

No campo da aprendizagem, procurámos equacionar de forma sintética algumas dificuldades específicas de cada criança, referênciadas pelos professores inquiridos, relativamente à leitura, escrita, linguagem e cálculo. Verificámos, fig. 12, que nas áreas da leitura e

N = 6		Nº de Casos
LEITURA	Compreensão	4
	Lenta	2
	Difícil	-
	TOTAL	6
		Nº de Casos
ESCRITA	Normal	2
	Disortografia	1
	Dislexia	3
	TOTAL	6
		Nº de Casos
CALCULO	Fraco	5
	Médio	1
	Razoável	-
	Bom	-
	TOTAL	6

Fig. 12 — Distribuição das actividades escolares, de acordo com o grau de aprendizagem e suas dificuldades específicas.

cálculo ressaltaram valores mais concentrados, para as crianças com dificuldades na compreensão (leitura) e 5 crianças com sérias dificuldades na área do cálculo. Estas áreas salientaram-se com maior frequência e como prioritárias. Poder-se-á concluir que a dificuldade

de aprendizagem tinha origem em problemas relacionados com o mau desenvolvimento da linguagem. Constatámos, ainda, pela análise dos questionários que os professores na parte das observações nos referiram que, a maioria das crianças necessitavam de apoio individualizado e mais espaço de convívio.

Na fig. 12, podemos observar que as crianças se distribuíram pelas diferentes áreas, notando-se uma maior dispersão de dificuldades dentro da área da escrita. Ao nível da leitura o problema situava-se na interpretação e na área do cálculo o grau de dificuldade era elevado para um grande número de crianças.

As actividades escolares devem organizar-se de forma a possibilitarem à criança a descoberta de motivações, de acordo com as suas capacidades.

Tendo em vista a necessidade de consciencialização e sensibilização dos professores para esta problemática e suas implicações ao nível familiar, psíquico, escolar e social, tentámos saber a opinião, dos mesmos, acerca da existência ou não de recursos na comunidade capazes de dar resposta às necessidades destas crianças. Prevaleceu a ideia de que os mais conhecidos pelos professores eram os Centros de Saúde sendo necessário futuramente, encontrar outro tipo de recursos humanos e materiais adequados a cada caso.

IV. CONCLUSÕES

Embora com algumas limitações derivadas do número insuficiente de crianças observadas, foi nossa pretensão avaliar a relação entre a doença, suas implicações familiares, psíquicas, sociais e pedagógicas, bem como o nível de desenvolvimento escolar, reforçando a ideia de que o insucesso escolar tem a sua origem numa etiologia “multifactorial”.

Nesta perspectiva, os resultados que obtivemos são muito relativos, e, só podem ter significado “correlacional” tendo em conta o número reduzido desta amostra, em N=15 na 1.^a parte, e, N=6 na 2.^a

parte (aspectos pedagógicos).

Actualmente, o insucesso escolar é uma preocupação que envolve a família, a própria criança e a escola, em que os professores são confrontados diariamente com a impossibilidade de prestarem apoio pedagógico individualizado, pelo volume de trabalho que lhes é imposto.

Toda esta situação se agrava quando sabemos que o estímulo familiar não existe, dado o baixo nível cultural destas famílias onde prevalece, muitas vezes, a privação de alimentação adequada, a falta de “suporte económico”, não existência de objectivos de vida futura e condições habitacionais não condignas.

Verificámos que as dificuldades económicas, os obstáculos sociais e psicológicos, constituem os entraves culturais que não permitem que as famílias satisfaçam convenientemente as necessidades das crianças. A insuficiência dos rendimentos reduz certos pais a uma preocupação constante de sobrevivência imediata da família, impedindo-a de fazer face às restantes necessidades.

O diagnóstico da situação familiar deverá permitir compreender as atitudes emocionais que a doença desencadeia, culpa, vergonha, receios, hostilidade, etc., e, os comportamentos adquiridos face à mesma, com as suas características eventualmente desadaptativas, super-protecção, tolerância excessiva, etc.. É indispensável ter sempre em conta a personalidade dos pais, a coesão da família e os conflitos provavelmente existentes.

Nesta perspectiva, a equipa pluridisciplinar tem como seu principal objectivo intervir junto da família, informando-a adequadamente, e, tranquilizando-a de forma a permitir contrariar estigmas e limitar o campo da doença à sua realidade objectiva. Estamos conscientes de que as dificuldades de aprendizagem e os problemas psíquicos, são cada vez mais o produto de uma relação entre factores disfuncionais diversos, pelo que nos propusemos aprofundar esta temática, através do despiste de alguns aspectos problemáticos, considerando que a nossa intervenção é positiva se ocorrer precocemente. Impõe-se-nos a necessidade de esclarecer os familiares e a

população em geral num esquema de acção/sensibilização, no sentido de promover uma melhor aceitação da criança doente, tendo em conta algumas limitações que lhe advêm da própria doença.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Benavente, A.: Resultados escolares e origem social de 200 alunos de escolas primárias de Olivais Sul, *O Professor*, 7, 43:1978.
- 2 — Deutch, M.: The role of social class in language development and cognitim, *Amer. J. Orthopsychiat*, 35, 78:1965.
- 3 — Gameiro, Aires: *Pedagogia e relação educativa*, Edições Salesianas, Porto, Portugal: 1974.
- 4 — Garcia, J.L. Tizón: *Atencion primária en salud mental y salud mental en atencion primária*, Ediciones Doyma, S.A., Barcelona, cap. 3,4,7,11,;77,83,133,275,:1992.
- 5 — Grácio, S. Miranda, S.DE: Insucesso escolar e origem social; Resultados de um inquérito piloto, *An. Soc. XIII*, 51:1977.
- 6 — King, K., Hanson, V.: Psychosocial aspects of juvenile rheumatoid arthritits, *Pediatric Clinics of North América*, 33, 5; 1221-1238:1986.
- 7 — Leondiev, Alexis: *O desenvolvimento do psiquismo*, Horizonte Universitário, Livros Horizonte, Lisboa: 1978.
- 8 — Lipsitt, Lewis P., Reese, Hayne W.: *Psicologia do desenvolvimento da criança*, in *Análise Psicológica da Criança*, n.º 4, 119, Julho de 1974.
- 9 — Marconi, Maria de Andrade; Lakatos, Eva Maria: *Técnicas de pesquisa*. S. Paulo, Editora Atlas S.A., cap. 2,3; 47, 71:1982.
- 10 — Perron, Roger: *As crianças inadaptadas*, 2.^a edição., Publicações D. Quixote, Conhecer a Criança 6, Lisboa; 1978.
- 11 — Sanchez, J.L. Afonso: *Servicios de salud, Técnicas avanzadas de marketing y planificación sanitária*, Editores Doyma, S.A.:1991.
- 12 — Spencer, C.H.; Zanga, J.; Passo, M.; Walker, D.K.: The child with arthritis in the school setting, *Pediatric Clinics of North América*, 33, 5; 1251-1264:1986.
- 13 — Vitor, M.F. da Fonseca: *Attended the First World Congress on the Future Special Education*, hed-at, the University of Stirling Scotland, United Kingdom, from 25º June to 1º July:1978.
- 14 — Wall, W.D.: *Educação construtiva para crianças I*, Edições Livro Horizonte, Coleção Horizonte Pedagógico, cap. 5, 96.
- 15 — Wallon, H.: *A evolução psicológica da criança*, Edições 70, Armando Collin, Persona Librarie, Lisboa:1979.

- 16 — Wallon, H.: O estudo psicológico e sociológico da criança, in *Análise Psicológica da Criança* n.º 4, 119, Julho de 1978.
- 17 — Wallon, H.: *Psicologia e educação da criança*, Editorial Vega, Lisboa:1979.
- 18 — White, P.H.; McPherson, M.; Levinson, J.E.: Community Programs for children with rheumatic diseases, *Pediatric Clinics of North América*, 33, 5; 1239-1250:1986.

NOTAS

Para **Goode e Hatt** (1969:237), a *entrevista* consiste no “desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de um certo acto social como a conservação”.

Focalizada, há um roteiro de tópicos relativos ao problema que se vão estudar e o entrevistador tem a liberdade de fazer as perguntas que quer.

Dirigida, há liberdade total por parte do entrevistado para expressar as suas opiniões e sentimentos.

ARTIGO DE REVISÃO

A HISTÓRIA DA REUMATOLOGIA FRANCESA

PAULO CLEMENTE COELHO*

RESUMO

A HISTÓRIA DA REUMATOLOGIA FRANCESA

A França foi um dos primeiros países a estabelecer a Reumatologia como especialidade médica autónoma.

O autor aproveitou uma estadia de 3 meses num serviço de Reumatologia francês para se informar dos principais passos que favoreceram o nascimento e o desenvolvimento da especialidade em França.

A história da Reumatologia francesa é rica de ensinamentos que poderão ajudar o desenvolvimento da especialidade nos países onde ela ainda não atingiu a mesma importância.

Palavras-chave: História da Reumatologia, Reumatologia francesa

* Interno do Internato Complementar de Reumatologia da Unidade de Reumatologia (responsável Prof. M. Viana de Queiroz) do Serviço de Medicina IV do Hospital de Santa Maria em Lisboa. Estagiário no Serviço de Clinique de Rhumatologie (responsável Prof. B. Amor) do Hospital Cochin em Paris.

RÉSUMÉ

L'HISTOIRE DE LA RHUMATOLOGIE FRANÇAISE

La France a été un des premiers pays à établir la rhumatologie comme spécialité médicale indépendant.

L'auteur a profité d'un séjour de 3 mois dans un service de rhumatologie français pour s'informer des événements qui ont favorisé la naissance et le développement de la spécialité en France.

L'histoire de la rhumatologie française est riche d'enseignements que peuvent aider à développer la spécialité dans les pays où elle n'a pas encore atteint la même importance.

SUMMARY

FRENCH RHEUMATOLOGY HISTORY

France was one of the first countries to establish rheumatology as an autonomous medical specialty.

The author took the opportunity of a 3 month stay in a french rheumatology service to become acquainted with the main steps that favored the birth and development of this specialty in France.

The history of french rheumatology is rich in teachings that could help the development of this specialty in those countries where it has not yet reached the same magnitude.

INTRODUÇÃO

A medicina francesa exerceu um papel essencial para a afirmação da especialidade de reumatologia. O valor real da reumatologia francesa, por vezes um pouco encoberto pelo predomínio anglo-saxónico sobre a ciência médica contemporânea, a sua forma de

O que o tempo desgasta... ...a Ciência recupera



viartril-S[®]

sulfato de glucosamina

A glucosamina é o componente principal do VIARTRIL-S. Esta substância tem actividade metabólica artrotrófica, estimulando o metabolismo anabólico dos tecidos osteocartilagueos e melhora as propriedades lubrificantes do líquido sinovial. O VIARTRIL-S possui uma eficácia particular em todas as formas de doenças osteoarticulares degenerativas, como a artrose e a osteoartrite, tanto subaguda como crónica. O VIARTRIL-S proporciona um tratamento causal (e não sintomático) e os seus efeitos terapêuticos só se podem apreciar depois de uma semana após o seu início; assim, em casos de dor intensa, aconselha-se a associação de um medicamento anti-inflamatório, durante os primeiros dias da administração. **INDICAÇÕES:** Todas as formas de doença osteoarticular degenerativa. **POSOLOGIA MÉDIA:** A) quando a sintomatologia artrósica é leve ou moderada: 2 cápsulas de VIARTRIL-S duas vezes por dia, durante um mínimo de seis semanas. B) quando a sintomatologia artrósica é grave. **Terapêutica inicial:** recomenda-se um tratamento inicial de 8 semanas, segundo o esquema seguinte: 1. Uma ampola diária de VIARTRIL-S injectável por via intermuscular + 2 cápsulas de VIARTRIL-S duas vezes por dia, durante as primeiras duas semanas; seguir com uma terapêutica de manutenção com 2 cápsulas duas vezes por dia durante seis semanas. 2. Em caso de contra-indicação da via parentérica, efectuar o tratamento com 2 cápsulas três vezes por dia, quinze minutos antes das refeições. O VIARTRIL-S oral pode ser utilizado em tratamento de longa duração, visto não provocar quaisquer perturbações gástricas. O tratamento pode repetir-se de 6 em 6 meses. Este esquema posológico pode ser modificado segundo prescrição médica. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Não se conhecem contra-indicações para a glucosamina. A forma injectada, devido ao seu teor de lidocaína, deve ser utilizada com prudência nos doentes com perturbações cardíacas de condução e na descompensação cardíaca aguda e está contra-indicada nos doentes com impersensibilidade à lidocaína. **EFEITOS COLATERAIS:** Não se conhecem efeitos colaterais provocados pela glucosamina. A forma injectável, devido ao seu teor de lidocaína, pode por vezes provocar náuseas e muito raramente também vômitos. **PRECAUÇÕES:** Deve evitar-se o emprego de ampolas nos primeiros meses de gravidez. **MODO DE APLICAÇÃO:** Antes do uso injectável, aspirar na mesma seringa o conteúdo da ampola A (amarela) que contém Sulfato de Glucosamina e Lidocaína, e o da ampola B (incolor) que contém a solução tampão diluente. Este medicamento contém lactose.

Contribuinte n.º 500 802 360 — Sociedade por quotas — Capital Social 100.000.000\$00 Matric. na Conserv. do Registo Comercial de Sintra sob o N.º 2317, fls. 192, L.º C-6

APRESENTAÇÃO	P.V.P. c/IVA	Regime Geral			Regime Especial		
		Comp.	Estado	Utente	Comp.	Estado	Utente
250 mg - 20 caps.	853\$		597\$	256\$		725\$	128\$
250 mg - 60 caps.	2.079\$		1.455\$	624\$		1.767\$	312\$
5 ampolas	1.224\$	70%	857\$	367\$	85%	1.040\$	184\$
Duo - 5 ampolas + 20 caps.	2.016\$		1.411\$	605\$		1.714\$	302\$

DELTA
LABORATÓRIOS

DELTA Osteo-articular

Grupo Rotta Research

afirmação e o seu processo de expansão são uma fonte de múltiplos ensinamentos para todos os que se interessam pela reumatologia como uma especialidade médica bem individualizada.

Aproveitando a oportunidade dada ao autor de contactar directamente com a reumatologia francesa através de um estágio num dos mais prestigiados serviços desta especialidade, a Clinique de Rhumatologie do Hospital Cochin em Paris, o autor descreve os passos mais importantes dados para o desenvolvimento da reumatologia em França.

A CONTRIBUIÇÃO FRANCESA PARA UM CONCEITO CHAMADO REUMATOLOGIA

A França está de forma indissolúvel ligada à história da medicina. Para isso contribuiu o estabelecimento em território francês de várias escolas em que o estudo da arte médica assumiu um papel importante, salientando-se pela sua relevância e precocidade temporal as Universidades de Montpellier (1180) e de Paris (1251) (1).

Após a revolução francesa o desenvolvimento da ciência médica sofreu um importante impulso e a França tornou-se o centro de estudos clínicos da Europa (1). Neste período a sua maior figura foi R. Laennec (1781-1826) a quem se deve a invenção do estetoscópio e o estabelecimento do moderno diagnóstico clínico utilizando uma anamnese e um exame objectivo detalhados (1).

Algumas descobertas decisivas para a diferenciação da patologia osteo-articular foram feitas por médicos franceses após o século XVI, quando Guilherme de Baillou (1538-1616) separou a Gota das outras doenças reumáticas (figura 1) (2).

Em 1800 Landré-Beauvais num trabalho intitulado “Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte sous la dénomination de goutte asthénique primitive?” faz a primeira descrição da Artrite Reumatóide (figura 2) (2).



Fig. 1 — Guilherme de Baillou (1538-1616)

Desde cedo os médicos franceses mais próximos das doenças osteo-articulares preocuparam-se em divulgar os seus conhecimentos aos colegas e mesmo ao público interessado. Prova disso são as edições em 1805 por Alphonse LeRoy do livro “Manuel des goutteux et des rhumatisants” e em 1837 por J.H. Reveillé-Parise do “Guide pratique des goutteux et des rhumatisants” (3).

Mais tarde, Bouillaud (1796-1881) estabelece a relação entre certas formas de reumatismo e as cardiopatias, facto que originou a

DOIT-ON admettre une nouvelle espèce de GOUTTE sous la dénomination de GOUTTE ASTHÉNIQUE PRIMITIVE?

QUESTION présentée à l'École de Médecine de Paris, le thermidor an VIII de la République française.

... Est peris medici, quandoque nihil agere, atque alio tempore efficacissima adhibere remedia.

SYDENHAM, sect. V, cap. VI.

PAR A. J. LANDRÉ-BEAUVAIS.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE J. A. BROSSON.

C. V. L.

Fig. 2 — Aspecto da capa da tese de Landré-Beauvais que individualizou a Artrite Reumatóide como entidade autónoma.

designação, ainda hoje usada em França, para a Febre Reumática de “maladie de Bouillaud” (figura 3) (2).

Em 1827 é descoberto o salicilato de sódio cujo uso clínico é vulgarizado após uma comunicação científica do francês Germain Sée (2).

É em 1853 que se dá um acontecimento fundamental para o

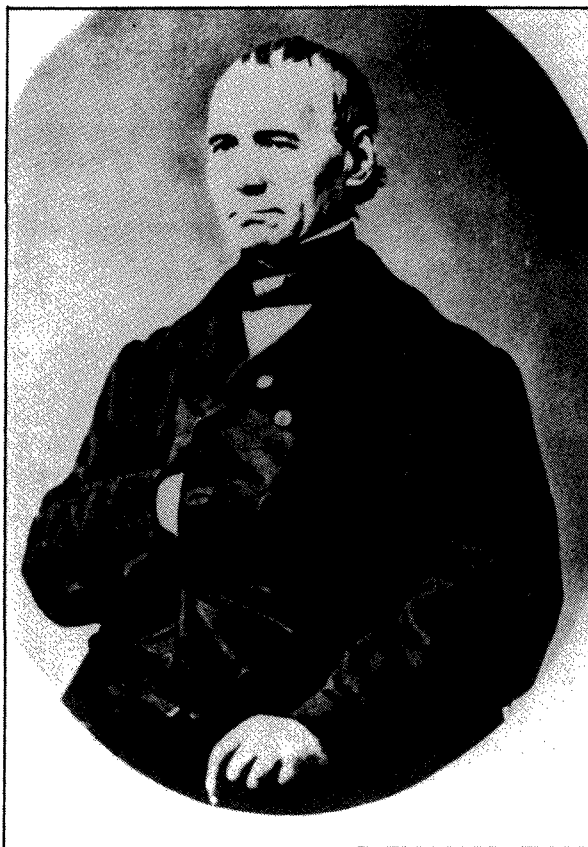


Fig. 3 — Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881)

nascimento da reumatologia moderna com a divulgação da tese de Charcot intitulada “Etude pour servir d’histoire à l’affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosites des jointures, rhumatisme articulaire aigu...”, em que é feita a descrição detalhada da clínica e da anatomia-patológica das lesões da Artrite Reumatóide (2,3).

Todo este progresso no conhecimento da patologia reumatismal ajudou a desenvolver a necessidade de uma maior diferenciação da prática clínica em relação a este tipo de doenças.

André Léri (1875-1930) no início do século XX foi o primeiro médico francês a responder a essa necessidade, orientando a sua carreira para o estudo das doenças osteo-articulares. É ele, associado ao neurologista Pierre Marie, que estabelece a anatomia patológica e o quadro clínico da Espondilite Anquilosante, retirando-a definitivamente do campo das doenças neurológicas (2).

O INÍCIO DA REUMATOLOGIA FRANCESA E O SEU DESENVOLVIMENTO

A sensibilização de vários médicos franceses para a problemática do reumatismo e o impulso dado pela criação da Liga Internacional Contra o Reumatismo em 1926, levou à realização, em 28 de Março de 1928 no Hospital Salpêtrière (Paris), da assembleia geral preparatória da Liga Francesa Contra o Reumatismo (LFCR) (figura 4) (4,5).

Cerca de um ano após são aprovados os estatutos e é constituída a primeira direcção da LFCR, estabelecendo-se que esta organização deveria orientar a sua acção no sentido essencialmente clínico da medicina francesa (4). Nesta altura são também definidos como objectivos principais da LFCR, o rastreio das consultas dirigidas às doenças reumáticas, a criação de novas consultas de reumatologia e o estabelecimento de um programa de reuniões hospitalares destinadas à apresentação de casos clínicos e à sua discussão (4). As primeiras reuniões tiveram lugar nos Hospitais St Antoine (Dr Mathieu-Pierre-Weil), Cochin (Drs F. Coste, J. Forestier e J. Lacapère), St Louis (Dr Roederer), Broca (Dr Weissenbach) e Hôtel-Dieu (Dr Dausset) (4).

É também em 1929 que Jacques Forestier descreve em Aix-les-Bains a eficácia do tratamento com sais de ouro nos reumatismos



Fig. 4 — A fachada principal do Hospital de Salpêtrière em Paris (monumento nacional francês)

inflamatórios (6), dando-se conta de que os tratamentos termiais apesar de eficazes em certas formas de reumatismos, necessitavam de outros meios terapêuticos para melhorar os doentes reumáticos (7.8).

Ao mesmo tempo que despertava e tomava forma a consciência da classe médica francesa para a importância da patologia reumática, surgiu por parte do poder político um decisivo interesse por esta problemática, facto que não pode ser negligenciado na abordagem do desenvolvimento da reumatologia em França.

Em 1936 o ministro francês da saúde pública, Henri Sellier, sensibilizado por vários trabalhos que chamavam a atenção para a importância social dos reumatismos, cria o posto de conselheiro técnico contra o reumatismo, o qual dará origem posteriormente a uma comissão de estudos (comissão permanente do reumatismo)

(4,5). A importância social do reumatismo e a sua acção impulsionadora da especialidade de reumatologia levou Mathieu-Pierre-Weil a escrever: “Le rhumatisme est une révélation des loins sur les assurances sociales” (9). Nessa altura pela primeira vez é inscrita no orçamento do ministério da saúde pública uma verba de 10000 francos para organizar a luta contra as doenças reumáticas em França do ponto de vista social (4).

Na primeira metade do nosso século a França foi o centro mundial do estudo da patologia reumática (3). Através da influência estimuladora e orientadora da LFCR são criados novos centros de avaliação reumatológica ao mesmo tempo que se realizam múltiplas reuniões científicas periódicas e que se criam duas revistas dirigidas para a patologia osteoarticular a “Revue du Rhumatisme” (1934) e a “Rhumatologie” (1949) (5,10).

O grande número de trabalhos científicos publicados pelos vários grupos e o desenvolvimento consequente de novas técnicas de tratamento e diagnóstico das doenças reumáticas levou em 1948 à constituição da reumatologia como especialidade autónoma e à criação do “Diploma de Médico Especialista de Reumatologia” necessário para exercer a especialidade (11).

Em 1949 com o início da cadeira universitária de reumatologia criada por Florent Coste (Hospital Cochin) na universidade de Paris, foi dado um passo decisivo para a afirmação da especialidade de reumatologia (2,4,11,12). Após a experiência efémera de Luis De Pap em Budapeste, antes da 2.^a guerra mundial, a França foi durante anos o único país do mundo a possuir uma cadeira universitária de clínica reumatológica (12). Esta cadeira contou com a estreita colaboração do serviço de reumatologia do Hospital Lariboisière dirigido pelo professor S. de Séze, fazendo-se o ensino junto do doente de forma a privilegiar a vertente clínica (12).

Em 1957 é criada por Henri Serre a cadeira de Clínica Reumatológica na Universidade de Montpellier, e em poucos anos todos os centros hospitalares universitários franceses possuíam um serviço e

uma cadeira de reumatologia (13).

Em 1987 a reumatologia francesa comportava cerca de 1600 reumatologistas, bem distribuídos por todo o país, dos quais 150 (9,4%) a trabalhar em hospitais universitários (Quadro I) (14). Além de centenas de consultas e de clínicas privadas de assistência reumatológica, a maioria das quais convencionada com o sistema de segurança social francês, existiam ainda 52 serviços hospitalares especializados (dos quais 16 em Paris) e 6 unidades de investigação reumatológica subsidiadas pelo CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) e pelo INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) (11,14).

QUADRO I

Comparação do n.º de Reumatologistas em França e em Portugal (adaptado de 14)

	n.º de reumatologistas	ano	ratio/100000h	ratio/100 médicos
França	1600	1987	2.9	0.9
Portugal	47	1990	0.5	0.2

A FILOSOFIA DA REUMATOLOGIA FRANCESA

A necessidade da especialização em reumatologia em França assentou em quatro pressupostos principais: 1) a extensão da patologia reumática tocando variadas especialidades médicas; 2) a dificuldade do diagnóstico preciso da patologia reumática; 3) a necessidade da aprendizagem e do desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico e de terapêutica da patologia reumática; 4) a elevada carga social do reumatismo (15).

Para a concepção muito larga das fronteiras da reumatologia em

França, abrangendo toda a patologia osteoarticular do foro médico, contribuiu a origem variada dos seus impulsionadores, onde além da

QUADRO II

AS FRONTEIRAS DA REUMATOLOGIA FRANCESA

"... the field of rheumatology in France, which ranges from SLE to lombalgia and from osteomalacia to multiple myeloma, a diversity that is enriching for clinicians, profitable to patients, and could be a handicap for research".

(B. Amor)

medicina geral, estavam representadas outras especialidades com afinidade parcial para as doenças reumáticas, como sejam a neurologia (S. de Sèse), a dermatologia (F. Coste) e a endocrinologia (J. Lacapère) (Quadro II) (3,14-17).

Apesar desta ligação inicial cedo surgiu a necessidade de tornar a reumatologia verdadeiramente autónoma através da criação de serviços hospitalares de reumatologia bem estruturados e equipados, mantendo uma necessária colaboração com as outras especialidades afins (Quadro III) (15,18). O serviço de clínica reumatológica do hospital Cochin é um bom exemplo de um serviço hospitalar de reumatologia bem estruturado (Quadro IV). Este serviço mantém uma estreita relação física (comunicando pelo subsolo) e clínica com os serviços de ortopedia e de radiologia osteoarticular.

Como já foi salientado a escola francesa de reumatologia esforçou-se desde o início por manter a sua raiz clínica (5,19,20). Apesar dos últimos anos terem assistido a um aumento significativo de trabalhos com carácter de investigação laboratorial e imunológica, os artigos científicos de ordem clínica continuam a ter um peso importante nas publicações francesas de reumatologia (Quadro V) (2,21).

QUADRO III

La rhumatologie française, née de la médecine interne et devenue indépendante, doit garder avec elle de liens étroits. En effet, contrairement à ce que l'on observe dans certains pays étrangers, où la rhumatologie est née de la physiothérapie, demeure partiellement intégrée à l'orthopédie, ou se limite aux rhumatismes inflammatoires, les rhumatologues français ont maintenu l'extension de notre spécialité à l'ensemble de la pathologie ostéo-articulaire médicale et on gardé son intégration à la médecine clinique.

Cette formule, qui nous paraît essentielle pour l'avenir de notre discipline, doit comporter par voie de conséquence une solide formation d'interniste pour les futurs rhumatologues. C'est pourquoi il serait souhaitable que le certificat d'études spéciales de rhumatologie comporte une première partie d'enseignement commun avec les autres spécialités médicales.

Tout naturellement, cette relation intime avec la médecine interne doit comporter pour la rhumatologie un attachement, également bien français à la clinique.

Si donc la rhumatologie doit rester fidèle à la médecine interne dont elle est née en France, elle doit également s'assurer la participation active de disciplines voisines. La solution d'avenir nous paraît représentée par la création, récemment proposée par un groupe de travail de rhumatologues, d'un département ROR groupant dans un ensemble fonctionnelle, rhumatologie, orthopédie, rééducation fonctionnelle, en relation étroite avec une antenne spécialisée de radiologie osseuse et avec des laboratoires à orientation rhumatologique.

H. Serre (18)

Dans notre esprit la spécialisation ne doit pas constituer un monopole de fait, mais une étape de croissance du progrès de la médecine. Elle se justifie en rhumatologie par l'intérêt qu'il y a à l'individualiser présentement de la médecine générale qui ne peut plus assumer correctement la charge de traiter tous les rhumatisants alors que la thérapeutique est en pleine évolution.

Notre but est démontrer que la lutte antirhumatisme nécessaire, possible, urgente, impose la création d'une véritable spécialisation rhumatologique.

P. Galmiche, J. Robin (15)

AS PRINCIPAIS ORGANIZAÇÕES DA REUMATOLOGIA FRANCESA

A Sociedade Francesa de Reumatologia (SFR)

Sucedeu à LFCR e é constituída por reumatologistas e internos de

QUADRO IV

Composição do serviço de Clinique de Rhumatologie do Hospital Cochin

— Hospitalização
50 camas (4 em hospital de dia)
— Consulta externa
— Sector de reeducação
— Centro de biópsias e de artroscopia
— Centro de avaliação de doenças ósseas, densitometria óssea radiológica e por ultrasons
— Departamento de ensaios clínicos
— Serviço social
— Laboratório de investigação em patologia autoimune

QUADRO V

Tipo de trabalhos publicados na Revue du Rhumatisme nas décadas de 1947/1956 e de 1978/1987

Tema Principal	1947/1956		1978/1987	
	t=38	N.º %	t=97	N.º %
clínica	16	42	33	34
imagiologia	9	24	10	10
laboratorial	3	8	22	23
imunologia	4	10	18	19
terapêutica	6	16	14	14

reumatologia franceses e por membros correspondentes e de honra estrangeiros (22).

Promove anualmente o Congresso Francês de Reumatologia e várias jornadas a nível regional (11,23).

Apoia a investigação e a formação em reumatologia dos seus

membros, tendo cedido em 1991 para esse fim uma verba de 245000 francos (cerca de 7 mil e 300 contos ao câmbio actual) (19).

A “Revue du Rhumatisme” é o órgão oficial tendo sido decidido em 1992 publicar também uma edição paralela em inglês, com a intenção de aumentar o peso da reumatologia francesa a nível mundial (19).

Associação Francesa de Luta Anti-Reumatismal (AFLAR)

Criada em 1972 com a sigla — “Plus d’années à la vie, plus de vie aux années!” — é constituída por pessoas interessadas na luta contra o reumatismo (médicos, paramédicos, doentes e não doentes). Esta instituição é considerada de utilidade pública pelo Estado francês, contribuindo com a sua opinião e com a sua influência para a tomada de medidas de ordem política e legal relacionadas com o reumatismo. A AFLAR contém diversos grupos que a nível nacional discutem as necessidades sociais e sócioeconómicas relacionadas com as principais doenças reumáticas. Esta organização comporta também 24 secções regionais que, pela sua acção, permitem a informação da população acerca da problemática das doenças reumáticas, assim como uma recolha das opiniões e críticas dos doentes reumáticos. O esforço de informação é completado pela edição de publicações e de programas de rádio e TV abordando temas importantes relacionados com o reumatismo (11,23-25).

Outras Organizações

Além da SFR e da AFLAR, os reumatologistas franceses participam activamente noutras organizações dedicadas a patologias mais específicas e que tocam também outras especialidades.

É o caso do GRIIO (Groupe de Recherche et l’Information sur les Osteoporoses) fundado em 1987 e que integra mais de 1000 médicos.

dos quais cerca de 45% são reumatologistas. Este grupo edita, 4 vezes por ano, um boletim de informação (ostéoporoses actualités), além de variadas brochuras, livros e posters dedicados à osteoporose. O GRIO promove também vários inquéritos epidemiológicos nacionais, uma reunião anual de divulgação científica e variadas reuniões de formação contínua em vários pontos do país (ex: Perfectionnement en ostéodensitométrie) (26).

CONCLUSÃO

A importância logística e científica da reumatologia francesa, construída de forma pioneira desde o início do presente século, tornaram-na o centro europeu desta especialidade médica.

A sua qualidade, a sua filosofia própria, previligiando a clínica e abrangendo toda a patologia osteoarticular, assim com a força da sua afirmação num país com alto peso científico e cultural, são uma fonte preciosa de ensinamentos para a reumatologia e para os reumatologistas de outros países.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Barnes CG. European Rheumatology, a historical perspective. *Br J Rheumatol*, 32 Suppl 4:10-13, 1993.
- 2 — Lièvre JA, Delbarre F. La part de la France dans l'histoire de la rhumatologie. *Rev Rhum Mal osteoartic*, 20:71-79, 1953.
- 3 — Noirou G, Kahn MF. L'information du malade rhumatisant au XIX siècle. *Rev Rhum Mal Osteoartic*, 52:665-668, 1985.
- 4 — Serratrice G, Schiano A. Les rhumatismes — que sais-je? Presses Universitaires de France, Paris, 5-9, 1983.
- 5 — Forestier J. La Ligue Française Contre le Rhumatisme a vingt-cinq ans. *Rev Rhum Mal Osteoartic*, 20:2-7, 1953.
- 6 — Weissenbach RJ, Françon F. Les rhumatismes maladies sociales. Doin et Cie editeurs, Paris, 9-10, 1939.

- 7 — Forestier J. La chrysothérapie dans les rhumatismes chroniques. *Bull Mém Soc Méd Hôp*, 323-327, 1929.
- 8 — Herbert JJ. Le docteur Forestier. *Rhumatologie*, 30:167-169, 1978.
- 9 — Mathieu-Pierre Weil MM. Rhumatisme et charges sociales. *Rev Rhum Mal Osteoartic*, 20:25-35, 1938.
- 10 — Bywaters EGL. History of books and journals and periodicals in rheumatology. *Ann Rheum Dis*, 50 (7):512-516, 1991.
- 11 — Yves Chaovat. Les rhumatismes au quotidien. Flammarion, Paris, 283-287, 1990.
- 12 — Coste F, Sèze S. L'enseignement de la rhumatologie. *Rev Rhum Mal Osteoartic*, 20:36-47, 1953.
- 13 — Simon L, Sany J. Avant-propos. Perspectives en rhumatologie. Masson, Paris, V-VIII, 1979.
- 14 — Symmons DP, Jones S, Silman AJ. European Rheumatology, manpower. *Br J Rheumatol*, 32 Suppl 4:18-21, 1993.
- 15 — Galmiche P, Robin J. La spécialisation en rhumatologie. *Rev Rhum Mal Osteoartic*, 20:80-92, 1953.
- 16 — Sèze S, Guérin C. Avant-propos. Aux confins de la rhumatologie. L'expansion, Paris, V-VII, 1961.
- 17 — Stola P. Les rhumatismes. Ed Robert Laffont, Paris, 27, 1976.
- 18 — Serre H. Acquisitions récents et perspectives en rhumatologie. Perspectives en rhumatologie. Masson, Paris, 1-11, 1979.
- 19 — Lequesne M. Discours du président sortant. *Rev Rhum Mal Osteoart*, 59:483, 1992.
- 20 — Fournié A. Discours du nouveau président. *Rev Rhum Mal Osteoart*, 59:484-487, 1992.
- 21 — Arlet J. 40 ans de "Revue du Rhumatisme" (1947-1987), contribution des rhumatologues français aux progrès de la rhumatologie. *Rev Rhum Mal Osteoartic*, 56:355-367, 1987.
- 22 — Françon J. Rapport moral du secrétaire général pour l'exercice 1989. *Rev Rhum Mal Osteoartic*, 57:522-524, 1990.
- 23 — Serratrice G, Schiano A. Les rhumatismes que sais-je? Presses Universitaires de France, Paris, 121-122, 1983.
- 24 — Les informations de l'Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale. N.º 1, Juin, 1975.
- 25 — Les informations de l'Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale. N.º 2, Juillet-Septembre, 1976.
- 26 — Ostéoporoses Actualités. N.º 21, Juin, 1993.

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos do autor ao Professor Bernard Amor pelas informações fornecidas acerca do tema deste trabalho.

CASO CLÍNICO

DOIS CASOS DE DOENÇA DE STILL DO ADULTO

HELENA ALVES¹, ADÉLIA SIMÃO², JORGE LEITÃO³, JORGE CRESPO²,
GRAÇA MAIA³, EURICO ALMIRO⁴, ARMANDO PORTO⁵

RESUMO

Os autores descrevem dois casos de doença de Still do adulto, cuja forma de apresentação foi uma síndrome febril indeterminada. Ambas as doentes são do sexo feminino, tendo uma delas 30 e outra 65 anos.

A propósito desta entidade nosológica rara, procedem a uma revisão da literatura, comparando os casos agora relatados com os publicados anteriormente.

SUMMARY

Two cases of adult onset Still's disease, presenting as fever of

¹ Interna do Internato Complementar de Infeciologia.

² Assistente Hospitalar de Medicina Interna.

³ Interno do Internato Complementar de Medicina Interna.

⁴ Chefe de Serviço de Medicina Interna.

⁵ Director do Serviço de Medicina III dos H.U.C. e Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Endereço dos Autores:

Serviço de Medicina III — Hospitais da Universidade de Coimbra.
3000 Coimbra.

unknown etiology, are reported. Both of the patients are women and are 30 and 65 years old.

A review of this rare entity is made and our cases are compared with the others reported in the literature.

INTRODUÇÃO

A variante sistémica da artrite reumatóide juvenil foi descrita pela primeira vez em 1897 por George Frederick Still (1-4). Muito mais tarde verificou-se que casos semelhantes poderiam ocorrer na idade adulta e as primeiras descrições da doença de Still do adulto devem-se a Bywaters (1971) (1-3). Desde a descrição original, esta entidade clínica tem vindo, cada vez mais, a ser reconhecida como causa de febre de origem indeterminada (1,3,5). É uma doença rara, de etiopatogenia desconhecida, cujo diagnóstico se baseia fundamentalmente numa constelação de sintomas e sinais clínicos, após exclusão de outras patologias.

Caracteriza-se por febre alta, erupção cutânea máculo-papular evanescente, artrite e leucocitose neutrofílica. Outras alterações frequentes são a odinofagia, mialgias, linfadenopatias, esplenomegalia e serosite (1,2).

Tratando-se de uma doença inflamatória sistémica, em que as manifestações articulares podem não ser proeminentes, sem um padrão clínico-laboratorial patognomónico, o doente é muitas vezes submetido a investigações exaustivas, que prolongam o tempo de internamento (1,6). A doença atinge de forma relativamente idêntica ambos os sexos, havendo um discreto predomínio nas mulheres (2,3). É primariamente uma patologia do adulto jovem, sendo a faixa etária mais atingida a dos 16 aos 35 anos; só raramente, têm sido descritos casos com começo na 7.^a década de vida (7,8).

A publicação de casos em múltiplos países, sugere uma distribuição mundial da doença. No entanto, dados concretos sobre prevalência e incidência não são conhecidos (1). A maior revisão casuís-

tica da literatura reúne 228 casos e deve-se a Ohta et al (2). Numa busca das publicações nacionais, também pudémos confirmar a raridade desta entidade clínica (9-11). Parece-nos, assim, oportuno o relato de 2 casos de doentes recentemente internados no nosso Serviço.

CASO CLÍNICO N.º 1

M.E.M.F., 65 anos de idade, raça branca, sexo feminino, viúva, doméstica, natural e residente em Melo (Gouveia), foi internada em 12/10/1992 no Serviço de Medicina III dos H.U.C. para esclarecimento duma síndrome febril arrastada.

A doente referia início do quadro clínico cerca de 15 dias antes, com febre alta (39-40°C), sem qualquer predomínio diurno, precedida de arrepios, mialgias generalizadas, cefaleias frontais tipo moedouro e poliartralgias (ombros, punhos, metacarpofalângicas, interfalângicas proximais, coxo-femorais, joelhos e tibio-társicas) acompanhadas de rigidez matinal superior a uma hora de duração. Consultou o médico assistente que, após avaliação clínica, a medicou com doxiciclina (100 mg de 12 em 12 horas) para provável febre escaro-nodular. Ao fim de 8 dias de terapêutica, por persistência do quadro febril foi reavaliada pelo médico, sendo submetida a exames complementares de diagnóstico, que revelaram: leucocitose (17,1 G/L) com neutrofilia; hemoglobina: 12 g/dl; velocidade de sedimentação: 106 mm à 1.^a hora; proteína C reactiva fortemente positiva; teleradiografia do tórax sem alterações. Entretanto surgiram queixas de odinofagia, tosse seca irritativa, anorexia e astenia, sendo-lhe prescrita penicilina G benzatínica (1.200 000 U, i.m., durante 6 dias), para provável amigdalite. Por manutenção da sintomatologia foi enviada ao Serviço de Urgência dos U.U.C. e internada no Serviço de Medicina III.

Antecedentes pessoais: (a) patológicos — episódio de “reumatismo agudo” aos 5 anos de idade; histerectomia total aos 47 anos, por

miomas uterinos; colocação de prótese total da anca aos 60 anos, por coxartrose e alguns episódios de infecção urinária. (b) fisiológicos — menarca aos 11 anos, ciclos regulares 28-30/4-5 dias, nulípara, menopausa cirúrgica aos 47 anos; alimentação sem restrições; sem hábitos alcoólicos ou tabágicos. Medicacões habituais: tomada irregular de dinitrato de isossorbido e alprazolam. Calendário vacinal não actualizado.

Dados epidemiológicos: habitava em meio rural e referia ingestão frequente de água de uma fonte; negava ingestão de queijo fresco ou produtos lácteos não pasteurizados, contacto com animais, transfusões sanguíneas, estadias fora do país, assim como casos semelhantes no agregado familiar ou na área de residência.

Exame objectivo: doente consciente, colaborante, orientada temporoespacialmente; estado geral conservado; idade aparente coincidente com a real. Palidez cutâneo-mucosa; anictérica; sem adenomegalias ou edemas generalizados, apirética; parâmetros vitais estabilizados (T.A.: 110-80 mmHG; pulso radial: 84 ppm, rítmico e amplo; F.R.: 24 ciclos/minuto, regulares). Pesava 49 Kg e media 156 cm. A auscultação cardíaca e pulmonar eram normais, assim como a palpação abdominal; o exame da cavidade orofaríngea não revelou alterações, à excepção de algumas cáries dentárias. Exame neurológico normal e exame músculo-esquelético revelando artrite da articulação do punho direito, deformidade em flexão das articulações interfalângicas proximais e limitação dolorosa da mobilização da articulação do ombro direito e articulação coxo-femoral direita.

Dos exames complementares efectuados após uma primeira avaliação da doente destacam-se: hemoglobina: 11,1 g/dl; leucócitos: 12 G/L; plaquetas: 508 G/L; bioquímica sem alterações; V.S.: 119 mm à 1.^a hora; P.C.R.: 16,3 mg/dl; A.S.T.O.: 57,2 U Todd; proteinograma electroforético: aumento da fracção alfa 2; análise sumária da urina normal; teleradiografia do tórax e ECG sem alterações dignas de registo; a radiografia das articulações revelou osteopenia generalizada, artrose da articulação radio-cubital inferior direita, difícil visualização dos ossos do carpo, aspecto que poderia estar em

relação com fase inicial de anquilose, não se podendo excluir artrite; artrose das articulações interfalângicas proximais; anquilose do ombro direito.

Evolução:

Pelo 8.º dia de internamento a doente mantinha picos febris, sendo a restante observação sobreponível. Dentre os vários exames efectuados destacam-se: hemoculturas negativas, serologias para Brucella, Salmonella, Coxiella, Borrelia, Chlamydia, Mycoplasma, VDRL negativas. IDR (3 U): negativa. Ecografia abdominal: fígado de dimensões normais com presença de quisto biliar no seu segmento V-VI; baço, pâncreas e rins sem alterações; sem adenopatias visualizáveis. T.A.C. abdominal compatível com o exame ecográfico. Prescrita terapêutica com naproxeno (500 mg de 12 em 12 horas), com remissão inicial do quadro febril.

Pelo 10.º dias de internamento a doente referia melhoria discreta das dores articulares, havendo desaparecimento dos sinais inflamatórios da articulação do punho direito. No entanto, surgiu erupção cutânea rósea, máculo-papular, pouco pruriginosa, localizada à parte superior do tórax e raiz dos membros superiores. Verificou-se, nos dias subseqüentes, que esta erupção tinha carácter evanescente, acentuando-se nos períodos febris e após estimulação térmica.

Houve agravamento progressivo do estado clínico nos dias seguintes, com reaparecimento da febre, poliartralgias, astenia e anorexia e, esporadicamente, odinofagia. Ao exame objectivo, de salientar, além do exantema, a palidez (confirmada analiticamente: hemoglobina: 8 g/dl) e o emagrecimento acentuado. Alguns resultados de exames complementares: auto-anticorpos, imunocomplexos circulantes, R.A. test e Waaler-Rose negativos; cintigrama osteo-articular com gálio sem alterações significativas; ecocardiograma: ausência de lesões valvulares, derrame pericárdico ligeiro; trânsito esófago-gastro-duodenal: pequena ulceração na porção pré-pilórica da pequena curvatura; biopsia óssea: hiperplasia granulocítica sem infiltração linfomatosa. Foi instituída corticoterapia (metilprednisolona 24 mg/dia), com melhoria clínica substancial, desaparecimento da febre e

queixas articulares. A doente teve alta, passando a ser seguida em consulta externa. Nas primeiras reavaliações clínicas, após a alta, tinha recuperado o peso, apresentando um óptimo estado geral, exame objectivo sem alterações de registo. Analiticamente verificou-se uma normalização gradual de todos os parâmetros alterados, tendo-se então iniciado redução progressiva dos corticosteróides.

CASO CLÍNICO N.º 2

M.A.S.C.B., 30 anos, raça branca, sexo feminino, casada, doméstica, natural e residente em Seia, internada em 12/9/1993 no Serviço de Medicina III dos H.U.C., para esclarecimento de síndrome febril.

A doente referia início da sintomatologia aproximadamente 6 dias antes do internamento, com febre alta, sem qualquer ritmo característico, hipersudorese, mialgias generalizadas, mal estar geral e astenia marcada, pelo que consultou o seu médico assistente, tendo sido medicada com eritromicina, 1 g de 12/12 horas. Entretanto, começou com vômitos, epigastralgias e uma dejectão diarreica após tomada do referido antibiótico, mantendo sempre o quadro febril. Recorreu ao hospital da área de residência, sendo posteriormente enviada ao Serviço de Urgência dos H.U.C. e internada no Serviço de Medicina III.

Antecedentes pessoais: (a) patológicos — amigdalites de repetição desde infância; traumatismo do ombro direito após queda em 1989; lombalgias do tipo mecânico, que motivaram consulta de Reumatologia nos H.U.C.; alergia à penicilina. (b) fisiológicos — menarca aos 13 anos; ciclos regulares 30/3-4 dias; I gesta/I para, parto eutócico; não fazia qualquer tipo de contracepção; alimentação sem restrições; sem hábitos alcoólicos e tabágicos; calendário vacinal não actualizado. Dados epidemiológicos: habitação em meio rural; ingestão de água canalizada; negava contacto com animais, ingestão de queijo fresco ou produtos lácteos não pasteurizados, transfusões sanguíneas e estadias fora do país.

Exame objectivo: doente consciente e colaborante no interrogatório, ligeiramente prostrada; estado geral mantido; idade aparente coincidente com a real; mucosas normalmente coradas e hidratadas; anictérica; sem adenomegalias ou edemas generalizados; sub-febril (temperatura axilar: 37,6°C); parâmetros vitais estabilizados (T.A.: 115-80 mmHG; pulso radial: 62 ppm, rítmico e amplo; F.R.: 16 ciclos/mn, regulares). Pesava 50 Kg e media 150 cm. A auscultação cárdio-pulmonar era normal; o exame abdominal revelou dor à palpação profunda do epigastro; o exame da cavidade orofaríngea revelou hiperemia da orofaringe e algumas cáries dentárias. Exames neurológico e músculo-esquelético normais.

Dos exames complementares de diagnóstico efectuados destacam-se: hemoglobina-11,2 g/dl; leucócitos-17,2 G/L (91,3% de neutrófilos); plaquetas-258 G/L; V.S.-112 mm à 1.^a hora; P.C.R.-22,2 mg/dl; bioquímica-T.G.O.:42U/L, T.G.P.:47U/L, G.G.T.:49U/L, F. Alcalina: 130U/L. Proteinograma electroforético: aumento da fracção gama (1,8 G/dl). Teleradiografia do tórax: oclusão do seio costofrénico esquerdo, devido à presença de pequeno derrame pleural.

Pelo 4.^o dia de internamento a doente mantinha-se febril, referindo mialgias generalizadas, odinofagia e otalgia direita; surgira também uma erupção cutânea máculo-papular, pouco pruriginosa, localizada aos membros superiores e inferiores; o restante exame objectivo era sobreponível. Foi então medicada com anti-histamínico e eritromicina, 500 mg de 6 em 6 horas. Houve desaparecimento inicial da erupção. No entanto verificou-se posteriormente que esta tinha carácter evanescente e aparecia principalmente durante os períodos febris.

Pelo 11.^o dia de internamento a situação clínica mantinha-se, referindo nessa altura, a doente, poliartralgias principalmente das articulações dos ombros e coxo-femorais, de características inflamatórias. Analiticamente apresentava: anemia (hemoglobina-10,5 g/dl) normocrómica, normocítica; leucocitose (16,7 G/L) com neutrofilia; V.S.: 87 mm à 1.^a hora; mantinha provas hepáticas alteradas (TGO-100 U/L; TGP-93; GGT-71U/L; F. Alcalina-178U/L). As hemoculturas

eram negativas, assim como as serologias para *Brucella*, *Salmonella*, *Coxiella*, *Borrelia*, *Leptospira*, V.D.R.L. A pesquisa de auto-anticorpos foi também negativa; o doseamento de IgG, IgM, IgA era normal; as IgE encontravam-se aumentadas (312 g/l). Prescrita terapêutica com naproxeno 250 mg de 12/12 horas com remissão inicial do quadro febril. No entanto, verificou-se reaparecimento da febre pelo 14.º dia de internamento, aparecimento de microadenomegalias na cadeia jugulo-carotídea esquerda e hepatomegalia discreta, à custa do lobo direito (confirmada por ecografia abdominal).

Pelo 20.º dia de internamento instituiu-se terapêutica com corticosteroídes (metilprednisolona: 16 mg/dia), com melhoria clínica global, nomeadamente, desaparecimento da febre e das queixas músculo-esqueléticas, pelo que a doente teve alta, passando a ser seguida em consulta externa. Na primeira consulta após a alta a doente apresentava-se assintomática e o exame objectivo era normal; os exames complementares de diagnóstico também se encontravam dentro dos valores da normalidade.

COMENTÁRIOS

A doença de Still do adulto é uma entidade rara, que deve, tal como outras conectivopatias, ser tida em conta, no diagnóstico diferencial das síndromes febris indeterminadas. Como já foi referido anteriormente, não existe nenhum marcador biológico (2,12,13) nem alterações histopatológicas patognomónicas (2,14-16), baseando-se o diagnóstico essencialmente na clínica, após exclusão de outras patologias, nomeadamente do foro infeccioso, imunológico e neoplásico (1-3). A conjugação de certos parâmetros laboratoriais permite-nos suspeitar do diagnóstico, mais concretamente a leucocitose neutrofilica, a velocidade de sedimentação elevada, a anemia normocrómica normocítica, a ausência de auto-anticorpos e de factor reumatóide.

Estudos recentes revelam a existência de níveis de ferritina sérica anormalmente elevados nestes doentes (>4000 ng/l), de tal forma que

alguns autores sugerem que esta proteína de fase aguda seja utilizada como um marcador diagnóstico e de monitorização terapêutica (8,17,18).

Os casos por nós descritos apresentam critérios major e minor de doença de Still do adulto, segundo os critérios propostos pela American Rheumatism Association (ARA) (3), nomeadamente a febre, o exantema maculopapular evanescente, a leucocitose neutrofílica, a artrite (critérios major); como critérios minor são de referir a serosite e a odinofagia. Este último sintoma é pouco frequente noutras doenças do foro reumatológico, estimando-se que ocorre em 60% dos casos de doença de Still do adulto, consoante as séries (1,2,19).

Em relação ao primeiro caso, destacam-se como principais particularidades: o seu aparecimento na 7.^a década de vida, que é extremamente raro e por vezes torna o diagnóstico mais moroso (7,8) e o facto da doente referir um episódio de “reumatismo agudo” na infância, com anquilose subsequente dos ossos do carpo, que terá, muito provavelmente correspondido a um primeiro episódio de doença de Still, situação frequentemente referenciada na literatura (1-3,7).

Relativamente ao segundo caso descrito, é de salientar o facto de inicialmente não haver queixas articulares, o que pode dificultar o diagnóstico (estas surgiram ao longo do internamento, mas sem nunca ter sido detectada artrite) e a presença de adenomegalias e hepatomegalia, associada a alterações das provas hepáticas, situações que ocorrem respectivamente em 60 e 41% dos casos, segundo a literatura (2,13).

É de uma forma geral aceite que os anti-inflamatórios não esteróides são os medicamentos de primeira escolha no tratamento desta doença, nomeadamente os salicilatos em altas doses, a indometacina e o naproxeno (1,19). No entanto, alguns casos necessitam de corticoterapia para controlar a actividade sistémica da doença e as manifestações articulares (3,20), tal como aconteceu em ambos os casos descritos. As “slow-acting antirheumatic drugs” têm sido usadas com algum sucesso, mas, até ao momento, não existem estudos controlados da sua utilização. Recentemente, nos casos em que não há resposta terapêutica aos medicamentos supracitados ou quando são necessárias altas doses destes fármacos, de tal forma que os efeitos secundários são frequentes, tem-se recorrido a

medicamentos citotóxicos como a azatioprina, o metotrexato e a ciclofosfamida (21,22). A gamaglobulina intra-venosa foi usada com algum sucesso em casos de artrite reumatóide juvenil (23). Esta modalidade terapêutica poderá oferecer num futuro próximo vantagens nos casos que surgem na idade adulta, resistentes aos fármacos convencionais.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Putte L., Wouters J.: Adult-onset Still's disease. *Baillière's Clin Rheumatol.* 1991; 5(2):263-273.
2. Otha A., Yamaguchi M., Kaneoka H. et al.: Adult Still's Disease: Review of 228 cases from the literature. *J Rheumatol* 1987; 14(6):1139-1146.
- 3 — Reginato A., Schumacher H., Baker D. et al.: Adult Onset Still's Disease: Experience in 23 Patients and Literature Review With Emphasis on Organ Failure. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 1987; 17(1):39-55.
- 4 — Filipe C., Nascimento Costa J.M., Rodrigues A. et al.: Doença de Still — Um caso de diagnóstico diferencial de síndrome febril indeterminada. *Coimbra Méd.* 1989; 10 (273):273-276.
- 5 — Bujak J., Aptekar R., Decker J. et al.: Juvenil Rheumatoid Arthritis Presenting In The Adult As Fever Of Unknown Origin. *Medicine* 1973; 52(5):431-444.
- 6 — Esdaile J., Tannenbaum H., Hawkins D.: Adult Still's Disease. *Am J. of Med* 1980; 68:825-830.
- 7 — Wouters J., Rijswijk M., Putte L.: Adult Onset Still's Disease in the Elderly: A Report of Two Cases. *J Rheumatol* 1985; 12:791-793.
- 8 — Uson J., Pena J., Arco A. et al.: Still's Disease in a 72-Year-Old Man. *J Rheumatol* 1993; 20(9):1608-1607.
- 9 — Romeu J., Tavares V., Viana de Queiroz M.: Doença de Still do adulto. *Acta Reuma. Port.* 1989; XIV(3):159-170.
- 10 — Fonseca I., Ribeiro P., Verissimo T. et al.: Doença de Still do adulto. *Rev. Port. Reumatol.* 1993; 4(37):871-875.
- 11 — Lopes S., Ferreira E., Ramos I. et al.: Doença de Still do adulto — Três casos clínicos. *Coimbra Méd.* 1990; 11 (241):241-249.
- 12 — Scopelitis E., Perez M., Biundo J.: Leukopenia in Still's disease. *JAMA* 1984; 252: 2450-2452.
- 13 — Arber N., Weinberger A., Fadila R. et al.: Adult Still's disease. *Clin Rheumatol.* 1989; 8(3):339-334.
- 14 — Isdaile I., Bywaters E.: The Rash Of Rheumatoid Arthritis and Still's Disease. *Q.J. Med* 1956; 99:377-378.

- 15 — Valente R., Banks P., Conn D.: Characterization of Lymph Node Histology in Adult Onset Still's Disease. *J Rheumatol.* 1989; 16 (3):349-354.
- 16 — Ohta A., Matsumoto Y., Ohta T. et al.: Still's Disease Associated with Necrotizing Lymphadenitis (Kikuchi's Disease): Report of 3 Cases. *J Rheumatol.* 1988; 15(6):981-981.
- 17 — Schwarz-Eywill M., Heilig B., Bauer H. et al.: Evaluation of serum ferritin as a marker for adult Still's disease activity. *Ann Rheum Dis* 1992; 52:683-685.
- 18 — Gonzalez-Hernandez T., Martin-Mola E., Criado A. et al.: Serum Ferritin Can Be Useful For Diagnosis In Adult Onset Still's Disease (letter). *J Rheumatol* 1989; 16(3):412 (letter).
- 19 — Wouters J., Putte L.: Adult-onset Still's Disease; Clinical and Laboratory Features, Treatment and Progress of 45 Cases. *Q J Med* 1986; 235:1055-1065.
- 20 — Bisagni-Faure A., Job-Deslandre C., Menkès C.: Traitement de la maladie de Still par bolus de méthylprednisolone. *Rev. Rhum. Mal. Ostéoartic.* 1992; 59(3):228-232.
- 21 — Aydintug A., Cruz D., Cervera R. et al.: Low Dose Methotrexate in Adult Still's Disease. *J Rheumatol* 1992; 19:431-435.
- 22 — Chaouat D., Belange G., Gompel H.: Efficacité des bolus de cyclophosphamide dans la maladie de Still de l'adulte. *Rev Rhum Mal Ostéoartic* 1992; 59(4):285-287.
- 23 — Silverman E., Laxer R., Greenwald M. et al.: Intravenous Gamma Globulin Therapy in Systemic Juvenil Rheumatoid Arthritis. *Arthritis and Rheumat* 1990; 33(7):1015-1022.

RÈGLES DE PUBLICATION

1. La Rédaction reçoit des travaux cliniques ou de recherche de cette spécialité ou d'autres qui en soient liés. 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, demeure propriété de la l'«Acta». La Rédaction se réserve le droit d'autoriser son insertion, total ou partielle, dans d'autres publications.
3. Les opinions émises dans les articles signés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.
4. Les articles peuvent être rédigés en portugais, français, anglais ou espagnol, en trois exemplaires, dactylographiés double interligne, sur une seule face du papier, avec des marges larges.
5. Les titres seront 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 solicite el cambio. Man bitted um Austausch.

NORMS OF PUBLICATION

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

D

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

Nous serions très reconnaissants de nous faire parvenir les noms et les adresses de ces Institutions chez vous.

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

*

Dear Colleague(s) / Sir(s)

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

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

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

Thanking you for your cooperation, with kind regards.

**Está na sua mão, com tão pouco,
ANUALMENTE,
ajudar a evitar, curar ou compensar
situações graves como estas**



**PARTICIPE CONNOSCO
no tratamento e na recuperação possível
DE UM SÓ QUE SEJA
dos 800.000 Reumáticos Portugueses**

LIGA PORTUGUESA CONTRA O REUMATISMO

Rua D. Estefânia, 187-189 — 1000 LISBOA

Telefs. 57 23 26 - 4 07 64

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

