

4.º Trimestre - 1975



ACTA

REUMATOLÓGICA

PORTUGUESA

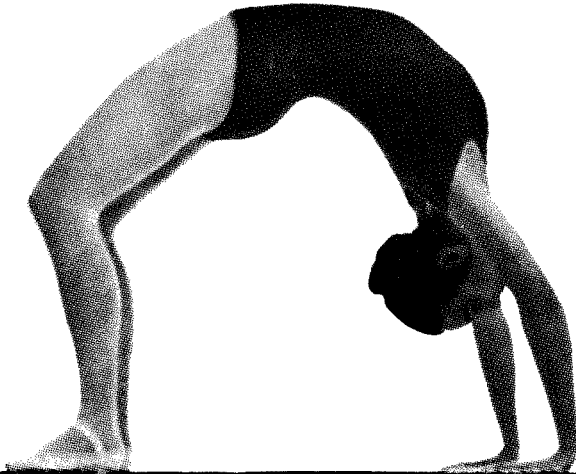
Vol. III

4

Sociedade
Portuguesa de
Reumatologia

Em terapêutica anti-reumatisal
eficácia e excelente tolerância
já não são inconciliáveis

A ponte está lançada graças a



VOLTAREN

o novo anti-reumatisal Geigy
dotado de um efeito antálgico superior



ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. III

1975 — 4.º Trimestre

N.º 4

Sumário

Editorial

José M. Poal Ballarin 127

Artigos originais

— Espondilite Melitocócica. A Propósito de 10 Casos

José Carlos Botelho 131

— A Xerorradiografia nas Afecções Reumáticas

João Figueirinhas e E. Passos Ângelo 139

Revisões de conjunto

— Doença Óssea de Paget (Osteíte deformante)

Piedade Lopes da Silva, Jorge E. Santo, José A. Gomes e
M. Viana Queirós 153

Índice de autores 171

Índice de trabalhos 173

EDIÇÃO E PROPRIEDADE:

Sociedade Portuguesa de Reumatologia (Liga Portuguesa contra o Reumatismo)

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

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

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:

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

Sommaire

Editorial

José M. Poal Ballarin ... 127

Memoires originaux

— Spondylite Mélitococcique (A Propos de 10 Cas)

José Carlos Botelhoiro ... 131

— La Xeroradiographie dans les Maladies Rhumatismales

João Figueirinhas et E. Passos Ângelo ... 139

Révisions

— Maladie Osseuse de Paget

Piedade Lopes da Silva, Jorge E. Santo, José A. Gomes e

M. Viana Queirós ... 153

Index du volume III ... 171-173

Contents

Editorial

José M. Poal Ballarin ... 127

Original papers

— Brucella Spondylitis. A Review of 10 Cases

José Carlos Botelhoiro ... 131

— The Xeroradiography in Rheumatic Diseases

João Figueirinhas e E. Passos Ângelo ... 139

Revision

— Paget's Diseases

Piedade Lopes da Silva, Jorge E. Santo, José A. Gomes e

M. Viana Queirós ... 153

Index to volume III ... 171-173

EDITORIAL (*)

El empleo de los ordenadores en Reumatología y medicina en general, es un hecho lógico, toda vez que formando parte de un mundo eminentemente tecnificado en el cual se evidencian rápidos y sucesivos avances, se corre el riesgo de quedarse anclado en lo que muy pronto será historia, si no se emplea la técnica para incorporarse al ritmo de la época. Es igualmente previsible la amplia difusión de los ordenadores en todos los campos del hacer médico, dadas las innumerables posibilidades que ofrecen.

Durante mucho tiempo se limitó la utilización de los ordenadores en medicina, a aspectos administrativos y de organización hospitalaria, haciéndolo más recientemente en otros campos como la epidemiología, laboratorio, electrocardiografía, electroneurofisiología, la historia clínica y el diagnóstico de algunas enfermedades, y si bien inicialmente fueron considerados como un elemento coadyuvante en la actividad médica tradicional, hoy se prevee que el ordenador, entendido como instrumento provisto de actividad «intelectual» puede reestructurar, sobre bases nuevas todo el sistema sanitario actual, modificando sustancialmente la posición del médico en sus relaciones con los enfermos e innovando el sistema de selección de los médicos, y el de su formación profesional. O dicho de otra forma la posibilidad de que en fecha no muy lejana, todo el sistema sanitario sea completamente diferente al actual.

Nosotros llevamos algo más de un año intentando elaborar un diagnóstico automatizado en las enfermedades reumáticas; el ordenador empleado para ello es un Digital con disco magnético.

En esta primera fase hemos escogido sólo las 120 patologías más frecuentes entre las más de mil que puede ver el reumatólogo; y de cada una de ellas se han seleccionado los síntomas más importantes hasta un total de 3,500; la información debidamente codificada se ha pasado a las tarjetas perforadas y de éstas al disco magnético del ordenador, en forma de un fichero con 3.500 filas y 120 columnas, es decir una matriz con 420.000 digi-

tos (ceros o unos) que el sistema consulta para dar las posibilidades diagnósticas.

De momento el algoritmo que hemos utilizado es binario o sea del «todo o nada» indicándonos la relación estricta entre síntoma y patología, sin ponderar la importancia de cada síntoma sobre cada patología. En una etapa posterior el programa trabajará con nuevos niveles de cuantificación para cada síntoma, lo cual nos permitirá valorar más la relación síntoma-patología y con ello precisar más en el diagnóstico. Igualmente en fases sucesivas iremos aumentando el número de patologías y de síntomas por patología a medida que el sistema se complexifique a partir de los propios resultados del programa.

Una vez programado el ordenador, para consultar al mismo se introducen los síntomas de forma conversacional a través del teclado de la pantalla del terminal; con la entrada del último síntoma y una vez validados los datos, el sistema responde presentando en la pantalla terminal, dos resultados de la siguiente manera: las diversas patologías posibles son expuestas por orden de probabilidad diagnóstica con su coeficiente correspondiente y de acuerdo con los síntomas introducidos.

En caso de que el sistema estime que no hay ninguna enfermedad probable, pide la introducción de más síntomas que la cualifiquen lo cual obliga a una nueva exploración del paciente en busca de los mismos.

Aunque nuestra breve experiencia con ordenadores no nos permite una extensa exposición de conclusiones, sí que deseamos resaltar algunos aspectos que la automatización del diagnóstico en reumatología pone en clara evidencia.

El primero de ellos es que el ordenador siempre estará subordinado al médico, quien no sólo lo programa sino que le controla y solicita voluntariamente la información. En segundo lugar el ordenador no interfiere en la relación médico-paciente, sino que por el contrario al requerir una información detallada de síntomas-dato para emitir unas probabilidades diagnósticas, libera al médico de una labor rutinaria, y en cambio permite una mayor permanencia de éste al lado del enfermo, pudiendo atender a aspectos humanos y psicológicos que hoy día quedan muchas veces arrinconados.

Es de preveer que los ordenadores en reumatología y medicina en general obligarán a una «redistribución de responsabilidades» entre el personal médico y paramédico. Y así como hoy la enfermera sustituye al médico en su no muy lejana función de tomar el pulso o medir la presión arterial, en un futuro relativamente próximo la casi rutinaria labor de hacer un diagnóstico e incluso dar el tratamiento será realizado por una persona que en esta redistribución de responsabilidades estará equidistante, técnicamente hablando, entre la enfermera y el médico y que estará capacitado para facilitar los datos al computador y recibir de éste las soluciones requeridas. De lo anteriormente expuesto es fácil deducir que en un futuro, en el curriculum de estudios de


las facultades de medicina se verificarán fundamentales innovaciones y así con respecto a los estudiantes de medicina, una cada vez mayor parte de la instrucción impartida podría orientarse hacia estrategias específicas que permitan la contribución intelectual de los computadores en la actividad clínica. Y en contrapartida también se concederá una mayor importancia a los aspectos sociales y psicológicos de la medicina.

El empleo de los ordenadores para el diagnóstico en reumatología se justifica plenamente, si se tiene en cuenta que el reumatólogo puede ver en teoría más de mil procesos distintos, algunos de los cuales por su escasa frecuencia pueden pasar años o toda una vida sin verlos una sólo vez; tienen igualmente interés en aquellos casos que presentan una sintomatología superponible a varios procesos reumáticos, en las que el computador nos orienta acerca de los datos a solicitar o síntomas a explorar más pertinentes para concluir un diagnóstico.

En todos los campos del saber médico incluyendo la reumatología, cada vez hay una mayor expansión de conocimientos que tienden a ampliar progresivamente las diferencias entre lo que el médico debería saber y lo que en realidad puede recordar y utilizar en la práctica diaria, siendo innegable que estas máquinas «memorizadoras» pueden ser de enorme utilidad para paliar este problema, más si se tiene en cuenta que la velocidad de transmisión de las computadoras alcanza millones de metros por segundo y no la limitada que ofrece el sistema nervioso humano, o bien considerando que la máquina puede almacenar 1.500 trillones de informaciones por segundo, cuando el hombre sólo puede con 300. Está claro que si bien la máquina nos libera de un esfuerzo de memorización, no nos exime de la labor incansable de seguir adquiriendo conocimientos que nos permitan mantener en una total puesta al día la información suministrada a ésta.

Otra ventaja que ofrece el empleo de los ordenadores es que aquellos médicos situados en zonas rurales o alejadas de los grandes centros tendrán la posibilidad de hacer uso de estos programas, mediante una simple llamada telefónica o el envío de una historia clínica programada, a los centros que dispongan de ellos.

Asimismo tenemos previsto para un futuro próximo extender el uso de nuestro ordenador a la autoratización de la anamnesis y al tratamiento en reumatología, aspectos que consideramos de menor dificultad, puesto que el número de medicamentos a manejar es muy inferior al de síntomas en que ahora nos movemos y por otra parte el programar la exclusión de ciertos medicamentos según los antecedentes de trastornos digestivos, alergias o intolerancias previas, es labor fácil comparada con la cantidad de información que debemos suministrar actualmente a la computadora para automatizar el diagnóstico.



J. M. POAL



quando a dor ameaça
estragar o dia...

PONSTAN

(ácido mefenâmico, Parke-Davis)

PARKE-DAVIS

Serviços de Informação Médica

Rua Gregório Lopes, lote 1512-1.º - Lisboa 3

**PONSTAN CÁPSULAS,
PONSTAN SUSPENSÃO,
PONSTAN SUPOSITÓRIOS**



movimentos
fáceis
com

syntecort

O MELHOR TOLERADO DOS CORTICOSTERÓIDES MAIS ACTIVOS

Apresentação: Frascos de 15 e 30 comprimidos a 2 mg.
Frascos de 10 comprimidos a 6 mg.



FABRICADO E DISTRIBUIDO EM PORTUGAL POR MEDICAMENTA, S.A.R.L. — LISBOA



Synt. A Mod. 1/68

ESPONDILITE MELITOCÓCICA A PROPÓSITO DE 10 CASOS

JOSÉ CARLOS BOTELHO (*)

Resumo: *Com base numa revisão de 10 doentes salientam-se as principais características da espondilite melitocócica — início após a fase febril da melitococcia, velocidade de sedimentação muitas vezes normal, radiologia típica — e os bons resultados do tratamento conservador — leito e colete gessados, administração prolongada de estreptomina e tetraciclina.*

I — MATERIAL E MÉTODO

Foi feita uma revisão das espondilites melitocócicas internadas no antigo Serviço 5 do Hospital de S. José e no Hospital de S. Lázaro, de 2 casos pessoais do autor, observados do Instituto Português de Reumatologia, e de um caso da consulta externa do Hospital de S. Lázaro.

Desde 1957 foram diagnosticados 7 casos de espondilite melitocócica nos referidos serviços hospitalares, todos depois de 1968, tendo sido internadas no mesmo período 83 espondilites tuberculosas. É difícil saber-se se a existência de casos anteriores a 1968 se deve a insuficiência de diagnóstico ou ao recente aumento do número de casos de febre de Malta (quadros I e II).

Foi consultado o processo clínico dos doentes revistos. Foram chamados à nossa consulta e aos doentes hospitalares que compareceram foi feito um RX de controle e uma reacção de Huddleson. Um doente respondeu apenas por carta.

(*) Interno de Ortopedia dos H.C.L.. Médico do I.P.R.

QUADRO I

(Coeficiente de morbilidade específica por 100.000 habs. em Portugal)

1963	3,4	1969	2,7
1964	3,2	1970	4,2
1965	2,5	1971	3,5
1966	2,9	1972	3,4
1967	4,3	1973	3,6
1968	4,6		

QUADRO II

(Percentagem de rebanhos de caprinos infectados em Portugal)

1963	4,48%	1968	6,69%
1964	3,68%	1969	6,54%
1965	4,92%	1970	6,11%
1966	6,24%	1971	5,92%
1967	10,11%	1972	4,93%

II — ASPECTOS CLÍNICOS

A espondilite melitocócica é a localização osteo-articular mais frequente da brucelose. Não temos experiência pessoal de coxites ou sacro-ileites melitocócicas, as artrites em seguida mais frequentes.

É uma doença predominantemente masculina — dos nossos 10 doentes, 7 eram homens — e da idade adulta — as idades dos nossos casos variam entre 34 e 55 anos. Muitas vezes afecta profissionais mais expostos ao contágio — pastores, veterinários — o que não se verificou em nenhum destes doentes. É por outro lado uma doença marcadamente rural — dos nossos 10 casos, 8 habitavam o Alto Alentejo.

Geralmente manifesta-se uns 2 meses depois da febre de Malta, que aliás pode ter passado despercebida, por dores contínuas na região lombar — a mais frequentemente atingida — e contractura dos músculos paravertebrais. Raramente pode aparecer muitos meses depois ou no início da fase febril — neste último caso é por vezes difícil distinguir se se trata de uma verdadeira localização hematogénea ou das astralgias que tantas vezes acompanham a brucelose, ao que parece provocadas por um mecanismo de alergia.

Por vezes associam-se às raquialgias dores irradiadas — cruralgias, cialgias ou nevralgias intercostais — como acontecia em alguns dos nossos casos. Raras vezes se lhe associam fenómenos de mono ou poliartrite — num dos casos houve concomitantemente uma artrite subastragaliana.

Na espondilite melitocócica os doentes muitas vezes não têm febre nem esplenomegália ou hepatomegália.

Nos nossos casos as dores eram sempre lombares e tinham-se iniciado alguns meses depois de um período de febre em 3 casos, eram acompanhados de febre desde há um ano em um caso e há um mês em dois doentes. Em 4 doentes não havia febre nem antecedentes febris conhecidos. Em nenhum dos nossos doentes se palpava baço ou fígado aumentados de volume.

III — ASPECTOS RADIOLÓGICOS

Nas espondilites melitocócicas a imagem radiológica geralmente é reveladora, embora de início possa ser normal. A coluna lombar é a mais frequentemente atingida e nela a quarta vertebra lombar.

São geralmente duas vertebra atingidas, raramente mais.

A imagem radiológica mais típica é a desapareição do ângulo antero-superior de uma vertebra no RX de perfil — o sinal de Pedro Pons — e a mais frequente o colapso discal, normalmente menos grave que no «mal de Pott», muitas vezes associadas. Menos frequentes são os aspectos de destruição do corpo vertebral, deformado em cunha ou achatado. Outro aspecto que se considera característico é o da osteofitose precoce e exuberante, por vezes com a formação de pseudo-sindesmofitos. É rara a formação de abcessos radiologicamente visíveis.

Não dispomos das radiografias iniciais dos nossos casos. De notar no entanto que em 3 doentes o RX inicial era normal, aparecendo depois as lesões típicas naquele que não foi tratado. Nos restantes as lesões eram ao nível L1-L2 em 2 casos, L3-L4 em 5 e L4-L5 num doente.

As tomografias servem sobretudo para esclarecer aspectos duvidosos das radiografias simples.

A cintigrafia, na experiência de alguns autores, apenas é reveladora nos casos com lesões radiologicamente visíveis, não servindo portanto para o diagnóstico precoce.

IV — ASPECTOS LABORATORIAIS

Descrevem-se nas espondilites melitocócicas os seguintes:

Eosinofilia, presente em 3 dos casos, raramente leucopénia.

Velocidade de sedimentação elevada mas normal em 40% dos casos — em 5 dos nossos.

Reacção de Huddleson positiva com títulos superiores a 1/80, por vezes negativa devido à existência de anticorpos bloqueantes (incompletos) ou «fenómenos de zona». Num dos nossos casos a reacção de Huddleson foi sempre negativa e em quase todos foi por vezes negativa.

Provas de Coombs, de fixação de complemento e de imunoflorescência, para a pesquisa de anticorpos incompletos, de que não temos experiência.

Aumento das imunoglobulinas IgM e IgG na fase febril inicial e IgG na fase crónica. No entanto, alguns doseamentos efectuados a nosso pedido no laboratório do Hospital Curry Cabral em bruceloses agudas e uma espondilite melitocócica foram normais e o caso de melitocócica crónica que temos apresenta apenas uma IgA elevada.

A hemocultura é geralmente negativa, como o foi no único caso em que a pedimos.

A punção biópsia discal efectuada por alguns autores não lhes permitiu isolar «brucellas». Já a punção de um abcesso, drenando uma colecção menos densa que o «caseum», permitiu aos mesmos autores isolar e cultivar «brucella melitensis».

O exame anátomo-patológico das peças operatórias não mostrou no único caso operado desta série nem a outros autores quaisquer aspectos típicos.

V — TRATAMENTO

A maioria dos autores indica a antibioterápia dupla — 1g de Estreptomicina IM e 2g de Tetraciclina orais diários — durante 2 meses, para alguns seguida de injeção semanal de 300 mg de Tetraciclina micronizada durante largo tempo, até à negativação dos títulos de anticorpos e desaparecimento dos sinais clínicos.

O mecanismo de acção desta tetraciclina micronizada, de que não temos experiência, é o seguinte — as micropartículas injectadas são fagocitadas pelos macrófagos e por estes transportados aos focos de infecção.

O tratamento ortopédico concomitante consiste no repouso em leito duro ou gessado durante a fase dolorosa, seguida do uso de colete gessado e/ou lombostato durante 3 meses.

Alguns autores sugerem a punção dos abscessos paravertebrais, enquanto que a maioria refere que estes se reabsorvem com a terapêutica médica e ortopédica, nunca fistulizando.

Uma das raras indicações para tratamento cirúrgico — curetagem, preenchimento com osso esponjoso e artrodese — são os casos que não respondem ao tratamento conservador. Outra é a presença de sinais neurológicos — ciática intensa ou compressão medular — que constituem indicação para laminectomia, descompressiva.

Quase todos os nossos casos internados fizeram tratamento médico e ortopédico como acima se menciona, por períodos variáveis, com um internamento rondando os 3 meses. Dos 3 doentes da consulta externa, um usou uma cinta-lombostato e os outros dois, que não apresentavam lesões radiológicas, fizeram apenas repouso no leito. De notar que um destes abandonou a consulta fazendo apenas 3 semanas de antibioterápia e sofre actualmente de um brucelose crónica, com períodos febris repetidos.

Dos doentes desta série, apenas um foi operado — curetagem e artrodese L4-L5, por via transperitoneal — por não responder ao tratamento

O Bayolin[®]

**ataca as dores reumáticas
pela base**

Massagem suave da zona dolorosa.
Nota-se imediatamente o seu efeito terapêutico.
De novo uma total liberdade de movimentos.
Bayolin não mancha nem engordura.
É absorvido pela pele, sem deixar resíduos.
Totalmente inodoro.

Composição

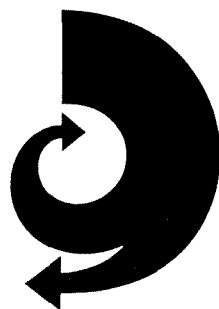
100 g de creme contém: Heparinóide Bayer
5.000 U/HDB, monossalicilato de etilenoglicol 10 g,
nicotinato de benzilo 2,5 g.

Indicações

Todas as formas do reumatismo muscular, síndromes cervical e lombar, dores musculares no lumbago, dores musculares depois do esforço, contusões musculares. Terapêutica local de dores musculares e articulares na poliatrite reumática, artroses, espondilose deformante. Lesões não expostas ocasionalmente por acidentes, tais como contusões, entorses, hematomas ou derrames.

Apresentação

Bisnaga com aplicador, contendo 70 g.



novobédouze

bouchara dez mil



**o antálgico neurótropo
das grandes síndromes dolorosas**

caixas de 4 ampolas de 2ml i.m. ou i.v. a 10.000mcg de hidroxocobalamina base



laboratórios bouchara

8, rue pastourelle - paris

Representante:

NEO-FARMACÊUTICA, LDA.

Av. da República, 45, 1.º - Lisboa 1

R. Sá da Bandeira, 605, 2.º - Porto

QUADRO III

Caso	JF	RJLM	MNF	AMG	JMM	MMMC	JMD	RM	MJAP	JMC
Sexo	Masc.	Masc.	Masc.	Masc.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Fem.	Masc.
Idade	57	34	51	50	55	42	54	45	34	53
Região	Proença-a-Nova	Borba	Lisboa	Aljustrel	Portalegre	Avis	Ponte de Sor	Ponte de Sor	Montalegre	Alter
Febre	5 meses antes	5 meses antes	Apirético	Apirético	Apirético	F. Malta há 1 ano	3 meses antes	Apirética	Febril	Febril
V. S. (1. ^a hora)	95 mm	10 mm	39 mm	5 mm	85 mm	11 mm	22 mm	8 mm	8 mm	64 mm
Eosinófilos %	7%	4%	8%	1%	1%	1%		1%	1%	1%
«Huddeleson»	1/1280	1/800	1/320	1/1280	1/640	negativo	1/320	1/800	1/400	1/320
RX	L 4	L 3 — L 4	L 3 — L 4	L 3 — L 4	L 1 — L 2 subastragal	L 4 — L 5	L 1 — L 2	L 3 — L 4	normal	normal
Tratamento	Conser-vador	Conser-vador	Conser-vador	Conser-vador	Conser-vador	Artrodese	Ambulatório	Conser-vador	Ambulatório	Ambulatório
Resultado		Bom		Bom		Bom			Melitococ-cia crónica	Bom

conservador e por o diagnóstico não estar seguro; tratava-se de um caso com febre mantida e pesquisa de anticorpos sempre negativa.

VI — RESULTADOS

Todos os autores consultados referem o bom prognóstico da espondilite melitocócica quando correctamente tratada, alguns com 100% de bons resultados.

Dos nossos 10 doentes, 4 compareceram à revisão e um respondeu por carta. Destes 5, quatro encontravam-se bem, sem febre, apenas com algumas lombalgias de esforço e uma mobilidade da coluna lombar praticamente normal para a idade. Um caso continuava com períodos febris repetidos, embora sem lombalgias e uma reacção de Huddleson sempre positiva com títulos altos, sendo tratado no Hospital de Curry Cabral por melitococcia crónica. Trata-se do caso que abandonou a nossa consulta apenas com 3 semanas de terapêutica antibiótica.

As radiografias dos dois doentes hospitalares que compareceram à revisão mostravam num caso um estreitamento discal L3-L4 com osteofitose exuberante e pseudo-sindesmofitos (Fig. 1) e uma anquilose intersomática L3-L4 noutra caso (Fig. 2).

A pesquisa de anticorpos (reacção de Huddleson) nestes dois doentes foi positiva com títulos baixos — 1/40 e 1/80.



FIG. 1-A

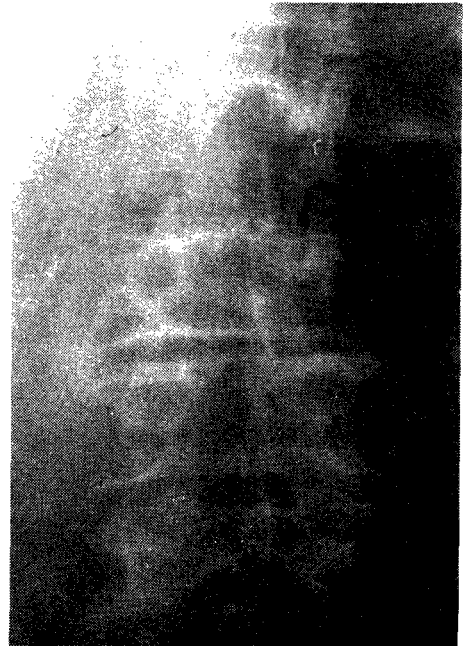


FIG. 1-B

ROBAXIN®

o mais actual dos miorelaxantes consagrados
pela prática clínica, agora também em supositórios



COMPRIMIDOS

FÓRMULA

Cada comprimido contém:

1-carbamato-3-o-metoxifenoxi-2-hidroxi-propilo 0,5 g

Excipiente q s

Registo n.º 331 na Direcção-Geral de Saúde (Decreto n.º 41448)

SUPOSITÓRIOS

FÓRMULA

Cada supositório contém:

1-carbamato-3-o-metoxifenoxi-2-hidroxi-propilo 1 g

Excipiente q s

Registo n.º 331 na Direcção-Geral de Saúde (Decreto n.º 41448)

Sub Licença de A. H. ROBINS COMPANY



LABORATÓRIOS
LAQUIFA

«Valium» Roche

para suprimir os espasmos musculares de origem reumatismal



Por via bucal, permite um eficaz tratamento de manutenção; actua imediatamente *por via parentérica* em caso de espasmos musculares agudos.

Superioridade sobre todos os outros relaxantes musculares demonstrada por 11 experiências duplamente cegas.

Acção farmacológica dupla e original proporcionando ao mesmo tempo um relaxamento psíquico e muscular.

Adjuvante dos anti-reumatismais, permitindo reduzir a dose dos agentes analgésicos e anti-inflamatórios.

Muito apreciado, por causa da sua segurança e por ser notavelmente bem tolerado.

Valium — Trade Mark

«Valium» Roche, melhor do que um tranquilizante

ROCHE

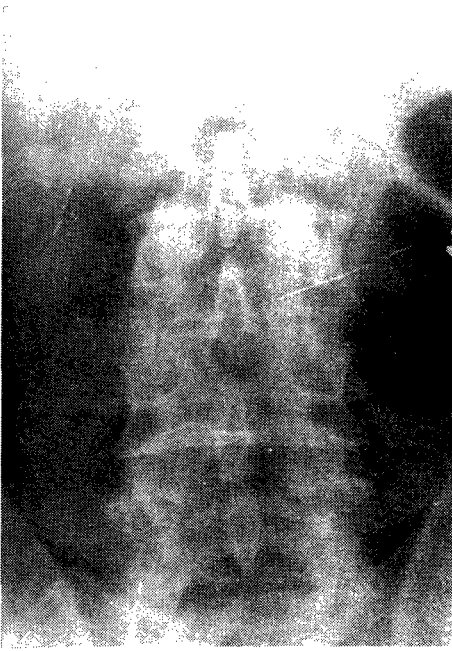


FIG. 2-A

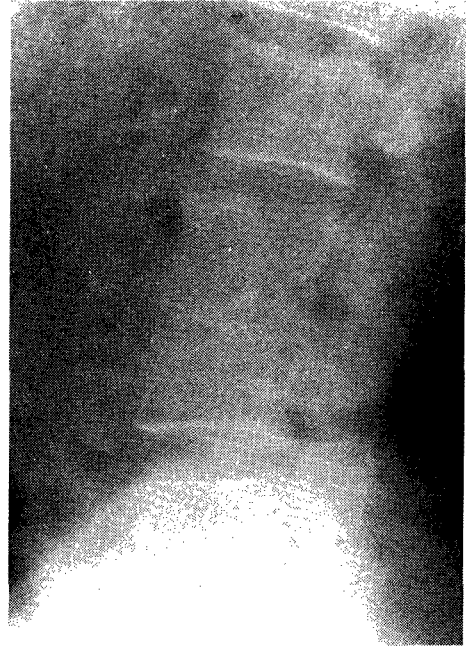


FIG. 2-B

VII — CONCLUSÕES

A espondilite melitocócica parece-nos por enquanto mais rara nos nossos serviços hospitalares que a espondilite específica.

É no entanto uma hipótese de diagnóstico a considerar em todas as lombalgias intensas e permanentes («tipo inflamatório»), não esquecendo que pode não haver febre, a imagem radiológica ser normal de início e a V. S. inclusivamente ser baixa; do mesmo modo que a reacção de Huddleson pode ser por vezes negativa, pelo que deverá ser sempre repetida em caso de suspeita de melitococcia.

A terapêutica ortopédica e antibiótica é quase sempre suficiente, devendo ser mantida tempo suficiente.

RÉSUMÉ

Révision de 10 cas de spondylite mélitococcique, insistant sur les caractéristiques principales — début après la période fébrile, V. S. souvent normale, radiologie typique — et les bons résultats du traitement conservateur — lit et corset plâtrés, administration prolongée de streptomycine et tetraciline.

SUMMARY

A review of 10 cases of brucella spondylitis with special mention to some of its fractures—begining after the fever disapeared, ESR often low, radiological aspects—and to the good results of a conservative approach—bed rest, carts and braces, long administration of streptomycin and tetracycline.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BRITO, M.; GONZALEZ, J.; MARQUES, J.; GOMEZ, G. e BARCELÓ, P. — «Brucelosis osteoarticular. Nuevas adquisiciones diagnósticas. Revision de 20 casos recientes *Rev. Esp. Reum.*, 15, 3, 219, 1972.
- 2 — PARRA GARCIA, J. L. e ROCA BAÑULS R. — «La brucelosis como primera causa infecciosa de afectación osteoarticular: revisión de 32 casos» — *Rev. Ortop. Traum.*, 20 SB, n.º 3, p. 325, 1976.
- 3 — SÈZE S. e RYCKEWAERT A. — «Maladies des Os et des Articulations» — Flammarion edit., Paris.
- 4 — SANS SOLÀ, J. e BARCELÓ, P. — «Localizaciones de la brucelosis en aparato locomotor.» — *Rev. Esp. Reum.*, 11, 4, 256, 1965.
- 5 — SALVADO VALENTE, J. — «Algumas considerações a propósito da Febre de Malta em Portugal» — *Acta Reum. Port.* II, 2, 327, 1974.

Relmus[®]



tiocolquicosido

inflamação

contractura

inflamação



136 JOSÉ CARLOS BOTANERO

HYDERGINE®

EM REUMATOLOGIA

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

dores da espádua e braço
cefaleias
perturbações da sensibilidade
parestesias
estados pseudo-anginosos

HYDERGINE®

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

A XERORRADIOGRAFIA NAS AFECÇÕES REUMÁTICAS. GENERALIDADES

JOÃO FIGUEIRINHAS ⁽¹⁾ e E. PASSOS ANGELO ⁽²⁾

Resumo: *No trabalho que se apresenta, os AA. avaliam e discutem vantagens e desvantagens da xerorradiografia, em comparação com a roentgenografia convencional a preto e branco, quando aplicada a algumas situações reumáticas.*

Apresentando os primeiros resultados de um estudo mais profundo em curso, os AA. concluem afirmando que a xerorradiografia deve ser considerada como uma ótima técnica de estudo das articulações periféricas e das partes moles periarticulares.

Trata-se ainda de uma técnica cujas possibilidades de aperfeiçoamento estão longe do fim.

I — INTRODUÇÃO

A *Xerorradiografia* (termo que deriva do grego Xéros = seco) foi descoberta pelo físico Chester F. Carlson (2, 23) em 1937, na cozinha do seu apartamento em Astoria, Long Island. A primeira imagem foi realizada juntamente com o seu assistente Otto Kornei em 22 de Outubro de 1937.

Os detalhes técnicos foram descritos, entre outros, por ROACH e HILLEBOE em 1954 e em 1955 (16, 17), por CAMPBELL e col. em 1957 (3), por BREBNER e JUDELMAN em 1974 (2), etc.

Podemos dizer, contudo, que a base do sistema é a placa xerorradiográfica. Esta é constituída por uma placa de alumínio, medindo 9×14 polegadas, cuja superfície está revestida por uma fina camada de selénio. Este tem a propriedade de ser fotocondutor, retendo uma carga eléctrica na ausência da luz ou da energia ionizante. Quando os Raios X atingem esta placa, previamente carregada pelo gerador iónico a um determinado

⁽¹⁾ Médico graduado do I.P.R.

⁽²⁾ Especialista dos H.C.L.

potencial positivo, dá-se a fotocondução, criando-se na placa uma carga electrostática semelhante à parte examinada. Isto é invisível até à revelação da imagem. Cria-se então uma imagem de pó na superfície da placa ao trazer à proximidade desta uma nuvem de finas partículas plásticas chamadas *toner*. Estas partículas de carga negativa são atraídas para a placa e prendem-se a ela em quantidade proporcional à voltagem residual da placa que existe após o exame radiográfico.

A imagem em pó então criada é transferida para uma folha de papel fundida permanentemente por encapsulação na sua superfície plástica, ficando pronta para interpretação.

Vemos assim que a xerorradiografia é um método original de registo e de reprodução no qual se verifica a substituição de um processo químico por outro físico.

Desde 1942 que se trabalhava no sentido de se conseguir a comercialização deste processo. Em 1947, a *Haloid Company* obteve licença para essa comercialização. Desde então, as investigações efectuadas sobretudo no *Batelle Memorial Institute* e no *Albany Medical College* trouxeram vários aperfeiçoamentos que foram sendo progressivamente introduzidos (2). Eles vieram tornar esta técnica de diagnóstico perfeitamente acessível.

De início utilizada na mamografia — xeromamografia — com óptimos resultados, é actualmente aplicável a outras especialidades médicas (5, 12) e em especial, por tal mais directamente nos interessar, à Reumatologia (3, 22).

Embora estejam descritos alguns inconvenientes, os trabalhos já publicados referem várias vantagens sobre a radiologia clássica em filme a preto e branco, o que nos fez interessar vivamente por este meio auxiliar de diagnóstico.

Assim, tem-se afirmado que a xerorradiografia é uma técnica que permite um estudo mais preciso da estrutura óssea (3, 22), o que, só por si, é um factor altamente positivo.

Diversas referências há também quanto às vantagens desta técnica para o estudo da patologia das partes moles, por exemplo, para o estudo da patologia ligamentosa (3), nomeadamente para o estudo dos ligamentos cruzados do joelho (10, 21).

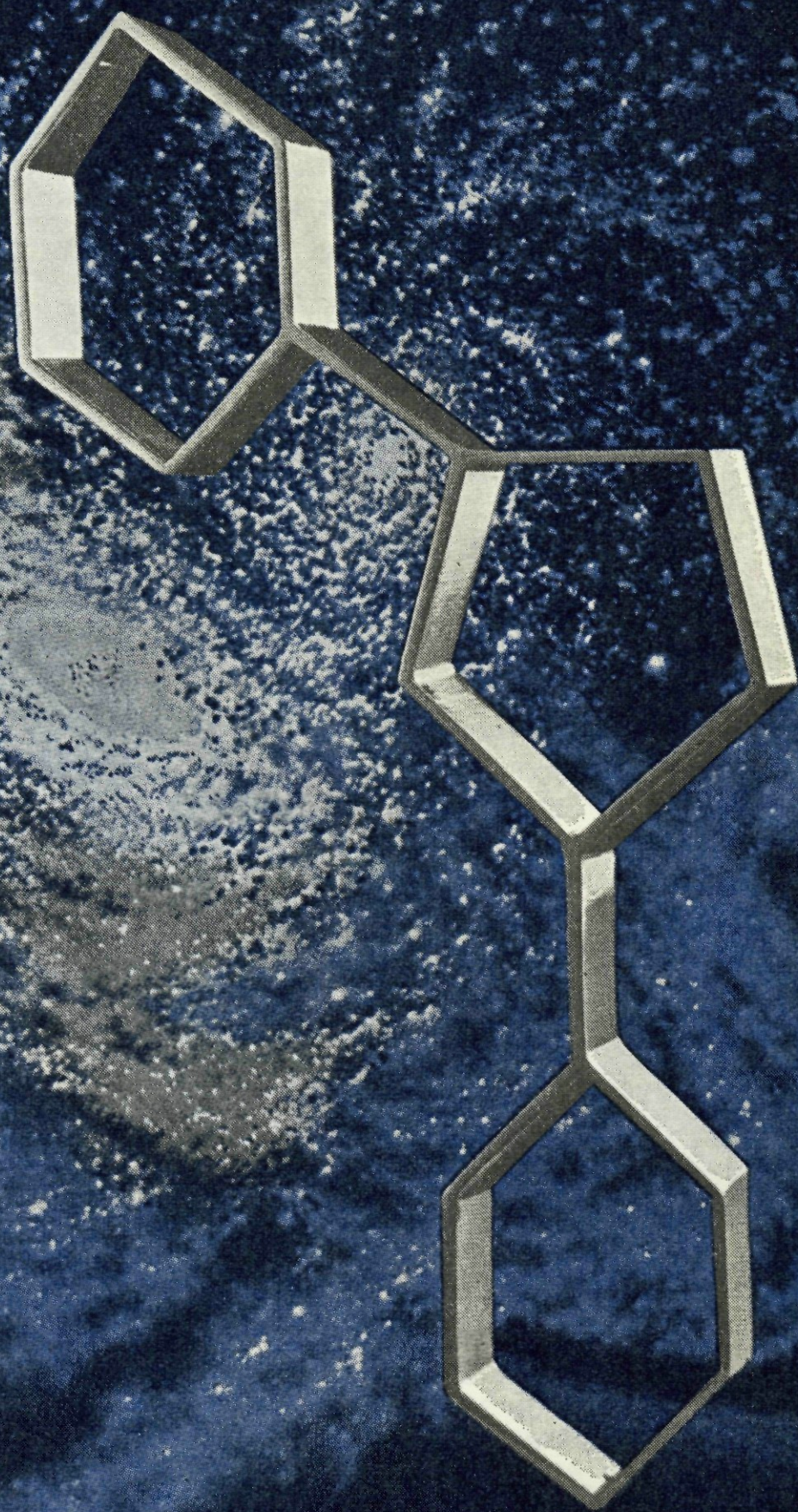
Na continuação de outros trabalhos, também nós começamos a dedicar-nos ao estudo da aplicação da xerorradiografia à patologia reumatismal. Aliás, o estudo da patologia ósteo-articular com esta técnica em Portugal, é muito recente.

II — MATERIAL E MÉTODO

Estudou-se a aplicação desta técnica de diagnóstico a várias articulações periféricas de doentes com diversas afecções diagnosticadas segundo os critérios mais vulgarmente aceites (1, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 19).

Estudaram-se e avaliaram-se ainda algumas vantagens e desvantagens da xerorradiografia em relação à radiologia convencional com filme a preto e branco.

Donorest*



NOVO
anti-inflamatório
não esteroide

Donorest*

(fentiazac)

Wyeth



**anti-inflamatório
não esteroide**

**rápida acção analgésica
excelente tolerância**

Posologia simplificada:

Drageias -

2 a 3 por dia

Supositórios -

1 a 2 por dia



**Drageias doseadas a 100 mg
caixa de 30 drageias
caixa de 60 drageias**

**Supositórios doseados a 200 mg
caixa de 10 supositórios**

**Produto preparado em Portugal
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

Procurámos realizar, neste trabalho, um estudo clínico já que as características técnicas são bem conhecidas, (2, 3, 16, 17) assim como bem conhecidas são as suas desvantagens (2, 22).

Não se estudaram nomeadamente a bacia, a coluna dorsal e a coluna lombar em virtude de, para tal estudo, se requererem exposições a doses desaconselháveis de radiações.

Com este nosso trabalho pretendemos chamar a atenção para um novo meio auxiliar de diagnóstico, agora ao nosso alcance, e acentuar algumas diferenças entre esta técnica e a radiologia clássica.

III — RESULTADOS

Obtiveram-se várias xerorradiografias de articulações periféricas (mãos, ombros, joelhos, pés e coluna cervical) de doentes com diversa patologia reumática, quer inflamatória, quer degenerativa, quer metabólica. (Artrite reumatóide, gota, hiperostose vertebral anquilosante, espondilartrose, gonartrose, pelvispondilite, artropatia psoriásica, periartrite calcificada do ombro, quisto sinovial, etc.).

Nalguns casos estudaram-se as mesmas situações com as mesmas incidências sobre as mesmas articulações dos mesmos doentes, utilizando-se a radiologia clássica e a xerorradiografia.

Os xerorradiogramas foram obtidos quer em positivo quer em negativo

IV — DISCUSSÃO

Em xerorradiografia há uma *latitude de registo* maior. Assim todas as densidades da região radiografada são visíveis, desde os menos densos como a pele, tecido celular sub-cutâneo, músculos, tendões, até às estruturas mais densas como as ósseas. Este facto explica como numa simples xerorradiografia do pé (Fig. 1 e 2), por exemplo, todos os seus diferentes elementos são visíveis desde as exeremidades ungueais até à própria articulação tíbio-társica, bem como as partes moles. Na radiologia clássica seriam necessários vários radiogramas com condições técnicas diferentes para permitirem o mesmo conjunto de elementos.

Isto constitui por si só um factor de *economia* e condiciona uma *menor dose global de radiação*.

Vários dados sobre a *estrutura óssea* podem ser obtidos em precisão, em grau e em número muito superiores aos obtidos com os radiogramas clássicos (fig. 3, 4, 5, 6).

No que se refere ao estudo da *patologia das partes moles*, podemos constatar a superioridade desta técnica em várias situações, nomeadamente em tumores paraarticulares e roturas ligamentosas. Os limites condromatosos são melhor definidos com a xerorradiografia. Pudemos fazer o diagnóstico de um quisto sinovial do joelho pelo xerorradiograma.

Compreende-se ainda a vantagem desta técnica para o estudo das periartrites calcificadas, as quais são apreciadas muito precocemente com



FIG. 1 — Radiografia dos pés de um doente nos quais se pode apreciar um moderado hallux valgus bilateral mais acentuado à direita. Bem visualizadas as articulações metatarso-falângicas.

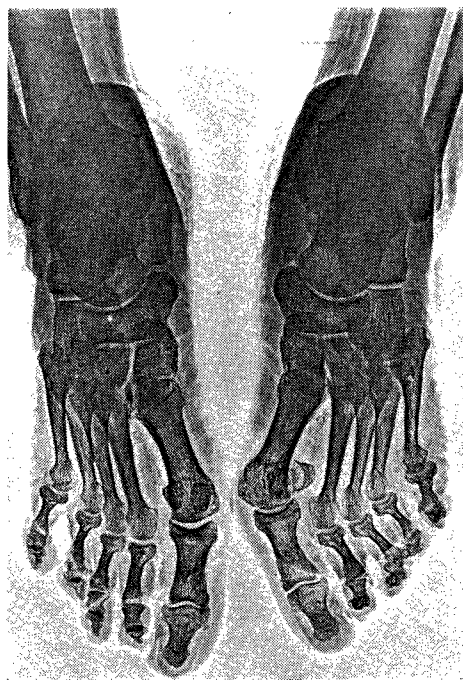


FIG. 2 — Xerorradiografia do mesmo doente. Riqueza muito maior de dados no que toca ao tarso e aos dedos. Calcificações vasculares bem visíveis.

a xerorradiografia (fig. 7, 8), das calcificações vasculares (fig. 9), das alterações ósseas secundárias a insuficiência venosa, bem como das miosites ossificantes, das calcificações parasitárias, das atrofias musculares, etc.

Esta vantagem dos xerorradiogramas deve-se igualmente à melhor definição dos elementos mais densos pelo *efeito de bordo*. Este resulta de uma propriedade física segundo a qual as zonas de maior densidade apresentam carga electrostática mais elevada à sua periferia, condicionando uma maior atracção das partículas de pó e por conseguinte acentuando-se uma maior diferenciação entre si.

As variações da *densidade tecidual*, e em especial as discontinuidades, (3, 5, 22, 23) são melhor observadas nos xerorradiogramas do que nos radiogramas em filme preto e branco. Assim, há vantagens para o estudo das linhas de fractura (22), das calcificações das partes moles (22) e dos limites dos tumores malignos (22), assim como para o estudo ósteo-articular. Assim se compreende também que os autores refiram a xerorradiografia como uma boa técnica de estudo das microfracturas e da sua consolidação, das osteocondrites, etc. (22, 23).

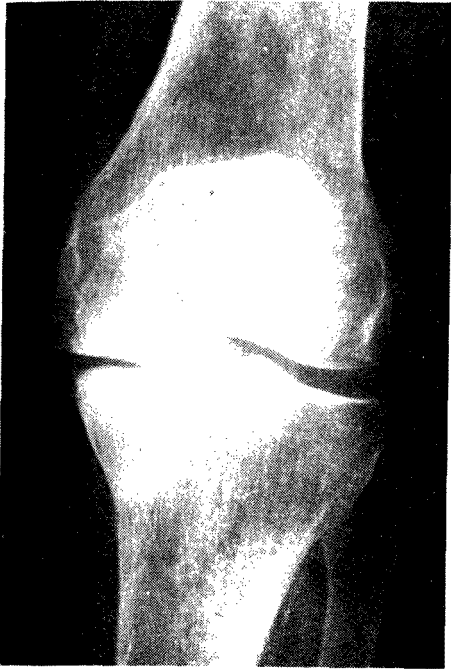


FIG. 3 — Radiografia de uma ósteo-artrose com estreitamento da entrelinha articular e reacção osteofitária marginal; ligeira sub-luxação. As sobreposições impedem a apreciação da estrutura óssea.

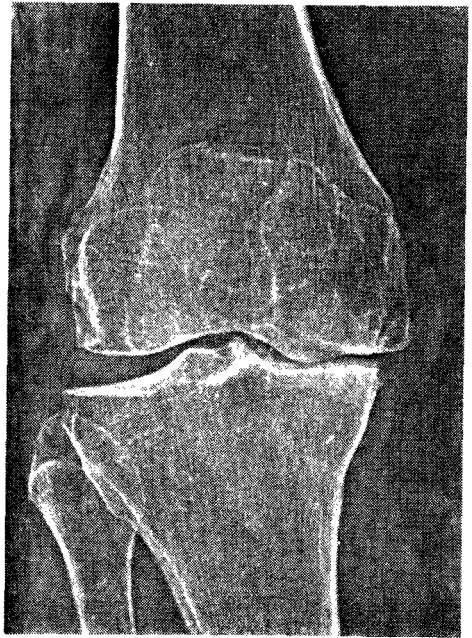


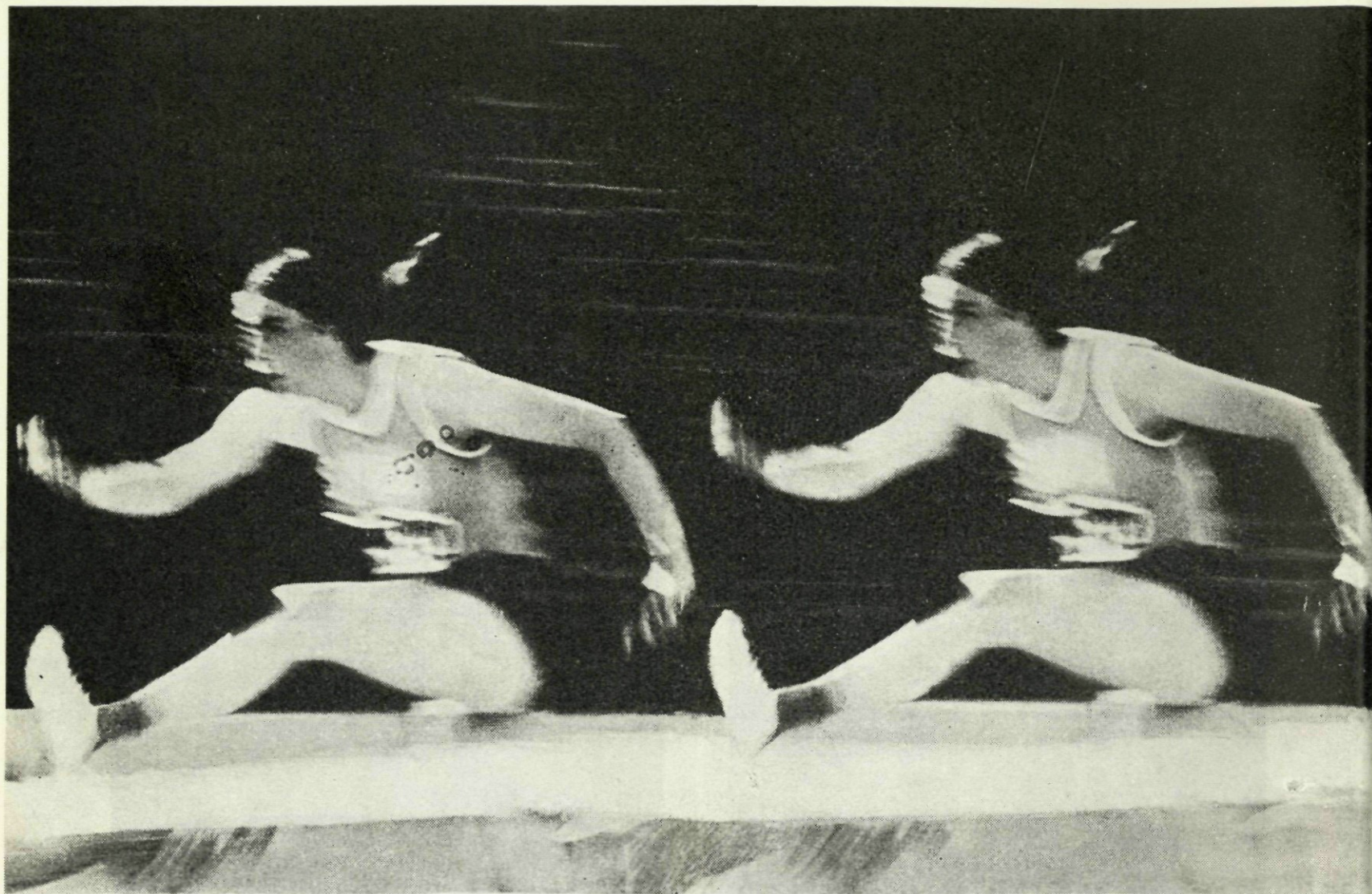
FIG. 4 — Xerorradiografia do mesmo joelho e da mesma doente reproduzido na figura 5. A estrutura óssea é muito melhor apreciada, sobretudo nos locais em que há sobreposições.



FIG. 5 — Radiografia de uma gonartrose secundária a fractura.



FIG. 6 — Xerorradiografia do mesmo joelho. A riqueza dos dados referentes à estrutura óssea é muito superior.



DUAS FORÇAS NUM ÚNICO OBJECTIVO

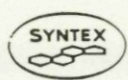
NAPROSYN-DUO (Naproxen)[®]

AUMENTA A POTÊNCIA SEM AUMENTAR OS RISCOS

**2 ADMINISTRAÇÕES
POR DIA
TRATAMENTO
PARA 30 DIAS**

- reduz a dor e a inflamação
- alivia a rigidez matinal
- melhora a mobilidade

30 comprimidos a 250mg+30 supositórios a 500mg



Preparado e distribuído em Portugal por:
Laboratórios Medicamenta, s.a.r.l. | Lisboa

NOVO

agente anti-reumático da
MERCK SHARP & DOHME



Artribid

(sulindac, MSD)

desde o início

Para a maioria dos doentes com:
osteoartrite, artrite reumatóide,
espondilite anquilosante, gota,
bursites, tendinites e tenosinovites

TRATAMENTO SIMPLES E ALTAMENTE EFICAZ

- alivia a dor
- controla permanentemente a inflamação

BEM TOLERADO

No conjunto de ensaios duplamente cegos abrangendo mais de 1.000 doentes. ARTRIBID mostrou ser bem tolerado; nos casos em que foram descritos efeitos colaterais, estes foram em regra ligeiros, não afectando o programa de tratamento.*

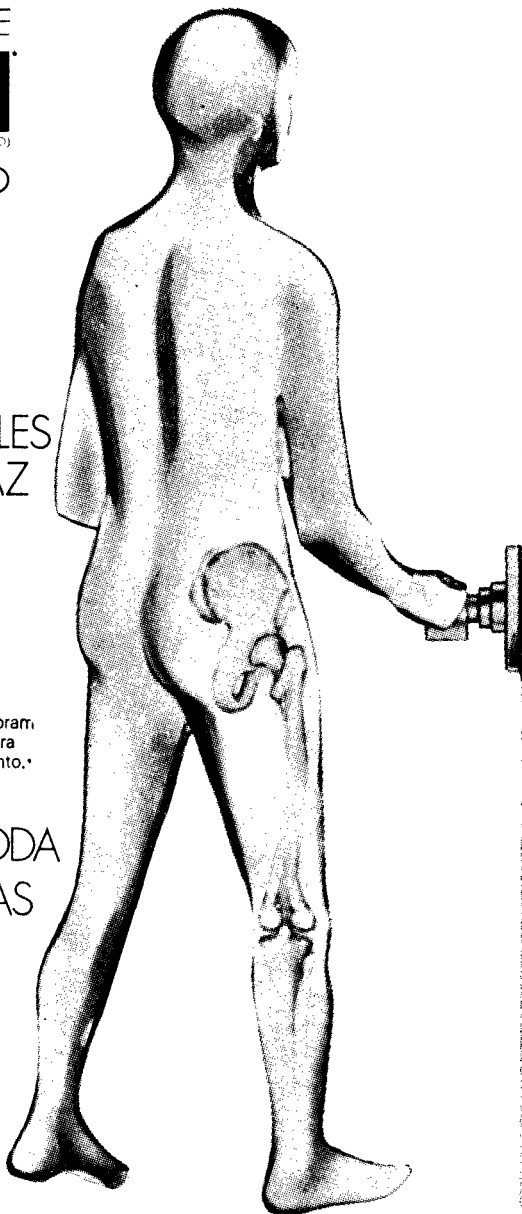
POSOLOGIA CÓMODA DUAS TOMAS DIÁRIAS PARA UM EFEITO DE 24 HORAS

- controlo diurno e nocturno da dor e da rigidez
- controlo eficaz da inflamação com resposta continuada em situações crónicas

MSD
MERCK
SHARP &
DOHME
LIMITADA

A pedido fornecemos informações detalhadas sobre o produto.

* dados de estudos multicêntricos ainda não publicados



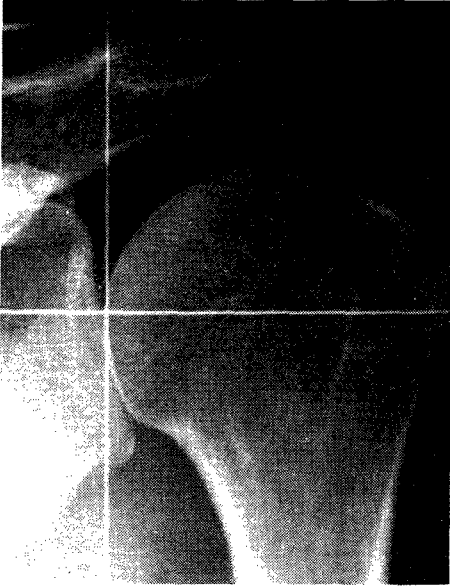


FIG. 7 — Ombro direito de um doente com sinais clínicos de periartrite. O exame radiográfico nada revelou de anormal.

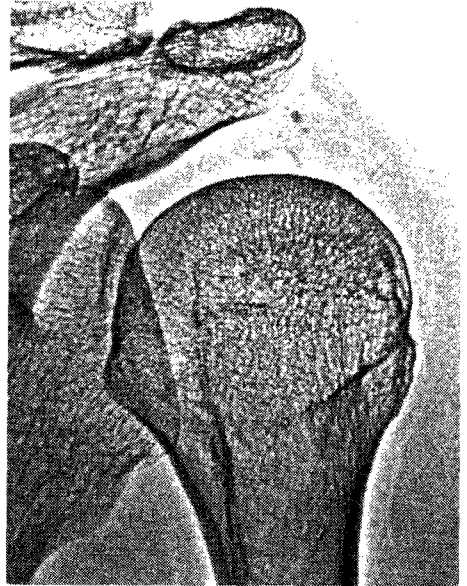


FIG. 8 — Xerorradiografia do mesmo ombro do mesmo doente onde se aprecia um «pico-tado» cálcico de periartrite.

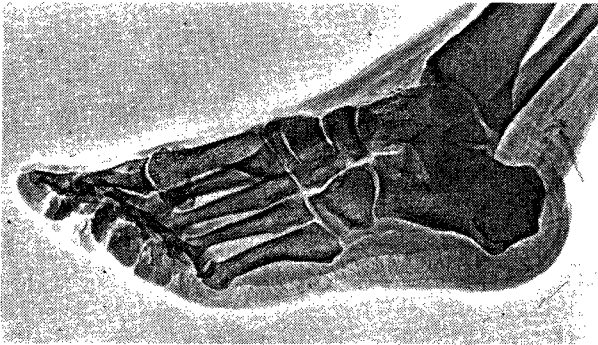


FIG. 9 — As calcificações vasculares são muito bem apreciadas em xerorradiografia .

As sobreposições anatómicas são por este efeito de bordo melhor individualizadas nas xerorradiografias, permitindo a diferenciação dos diferentes elementos entre si.

Como técnica de eleição para o estudo das *partes moles*, contribui para a detecção de corpos estranhos de fraca ou nenhuma rádio-opacidade como o vidro e por extensão, para o estudo de calcificações pouco desenvolvidas e de corpos estranhos intra-articulares, quer em positivo, quer em negativo, situações estas que, por vezes, passam despercebidas nos radiogramas ou se apresentam neles muito esbatidas. Também as bursites são bem visualizadas com a xerorradiografia (Figura 26).

No que toca à *patologia micro-cristalina*, a xerorradiografia é uma ótima técnica para o estudo da condrocalcinose. Também na gota nos pode dar dados de interesse mas, neste caso, a superioridade desta técnica não é muito evidente (fig. 10).

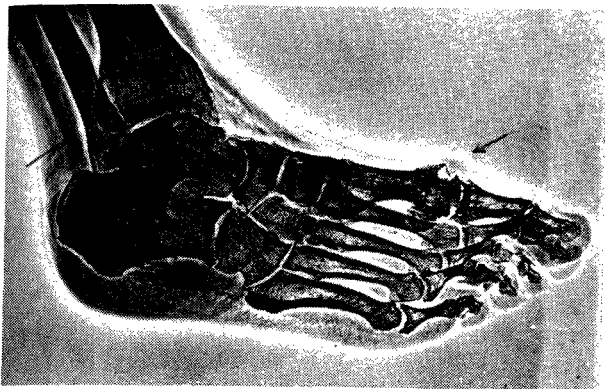


FIG. 10 — Xerorradiografia de um pé gótico. Notam-se alterações de estrutura, um solo, uma imagem em saca-bocados e calcificações vasculares, além de sinais de artroses várias.



FIG. 11 — Lesões precoces de Hiperostose Vertebral Anquilosante na coluna cervical: pequenas calcificações punctiformes nos ângulos ântero-inferiores de alguns corpos vertebrais.



FIG. 12 — Lesões mais avançadas de Hiperostose Vertebral Anquilosante: aparecimento do chamado triângulo de Forestier.



FIG. 13 — Radiografia do perfil cervical de um caso de hiperostose vertebral anquilosante.



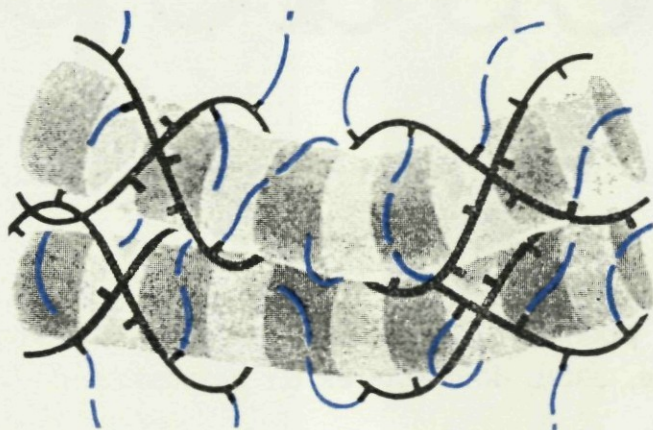
FIG. 14 — Xerorradiografia do mesmo doente cuja radiografia se apresenta na fig. 13. Lesões avançadas de Hiperostose Vertebral Anquilosante. Com esta técnica aprecia-se muito melhor a estrutura óssea vertebral. Distinguem-se perfeitamente as duas primeiras vértebras cervicais.

Na *patologia vertebral cervical* tem igualmente vantagens sobre a radiologia clássica nomeadamente no estudo das calcificações incipientes e nas lesões iniciais ou pouco avançadas da hiperostose vertebral anquilosante (fig. 11, 12, 13, 14).

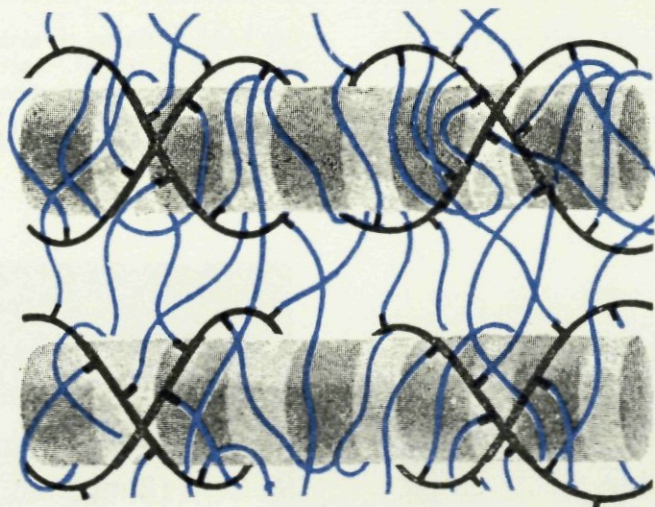
Pode ter interesse igualmente no diagnóstico diferencial das imagens que se podem obter da fusão de dois *osteofitos contíguos* de um *sindesmofito* (fig. 15 e 16), embora não tenha vantagens apreciáveis na pelvispondilite (fig. 17 e 18). Por outro lado, o perfil cervical em xerorradiografia, além dos dados referentes às estruturas ósseas, dá-nos também elementos de interesse para o estudo da traqueia, espaços aéreos, cartilagens, etc. (fig. 19).

A xerorradiografia pode ser de grande auxílio para o diagnóstico precoce da *artrite reumatóide*: o inchaço das partes moles é mais fácil de apreciar e geralmente é mais precocemente reconhecido com esta técnica do que empregando a radiologia clássica. Por outro lado, as lesões destrutivas iniciais — geodos, erosões, imagens em saca-bocados, diminuição das entrelinhas, osteoporose, etc. — são fácil e mais rigorosamente apreciadas com esta técnica (fig. 20, 21 e 22).

O PROCESSO ARTRÓSICO



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



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

RUMALON[®]

Terapêutica de fundo da artrose

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

Apresentação: Caixas com 5 e 25 ampolas de 1 ml

Robapharm

PHARM
ROBAPHARM

Celesdepot®

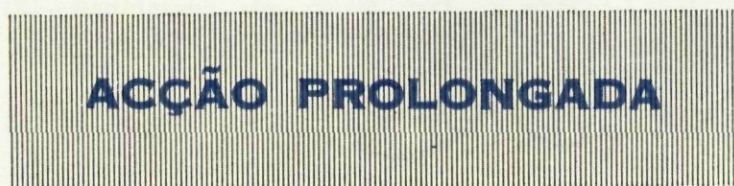
(fosfato dissódico de betametasona + acetato de betametasona)

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



**ACÇÃO
IMEDIATA**

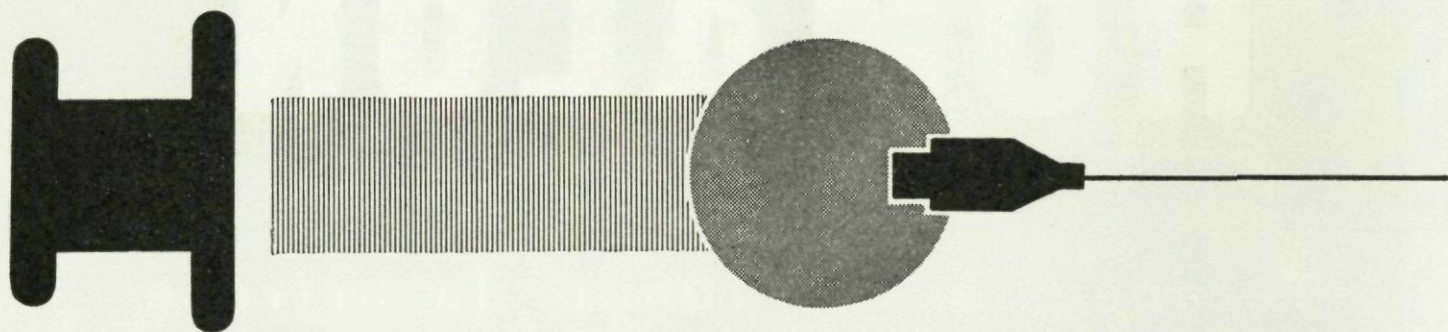
fosfato dissódico de betametasona (3 mg/ml)



ACÇÃO PROLONGADA

acetato
de betametasona
(3 mg/ml)

agora numa só



FRASCOS DOSE MÚLTIPLA DE 2 ml

® Marca registada

SCHERING CORPORATION USA





FIG. 15 — Reacção osteofitária e calcificações diversas com várias localizações. As dúvidas serão esclarecidas pela xerorradiografia. Não se individualizam os corpos vertebrais das primeiras cervicais.



FIG. 15 — Em xerorradiografia individualizam-se muito melhor as calcificações e as reacções osteofitárias. Individualizam-se perfeitamente os contornos das duas primeiras vértebras cervicais. Calcificação ligamentos em ponta pré-discal em C₅ - C₆.



FIG. 17 — Radiografia do perfil cervical num caso de pelvispondilite.



FIG. 18 — O mesmo caso em xerorradiografia. Maior riqueza de pormenores sobre as calcificações ligamentosas, sobre a estrutura óssea e sobre as duas primeiras vértebras cervicais.

Acresce que a imagem é obtida muito mais rapidamente do que na radiologia em filme a preto e branco e a leitura dos xerorradiogramas é muito mais fácil, dispensa o negatoscópio e não necessita de luz muito forte.



FIG. 19 — Os espaços aéreos são muito bem observados numa xerografia do perfil cervical. Aprecia-se muito bem a estrutura dos diferentes tecidos.

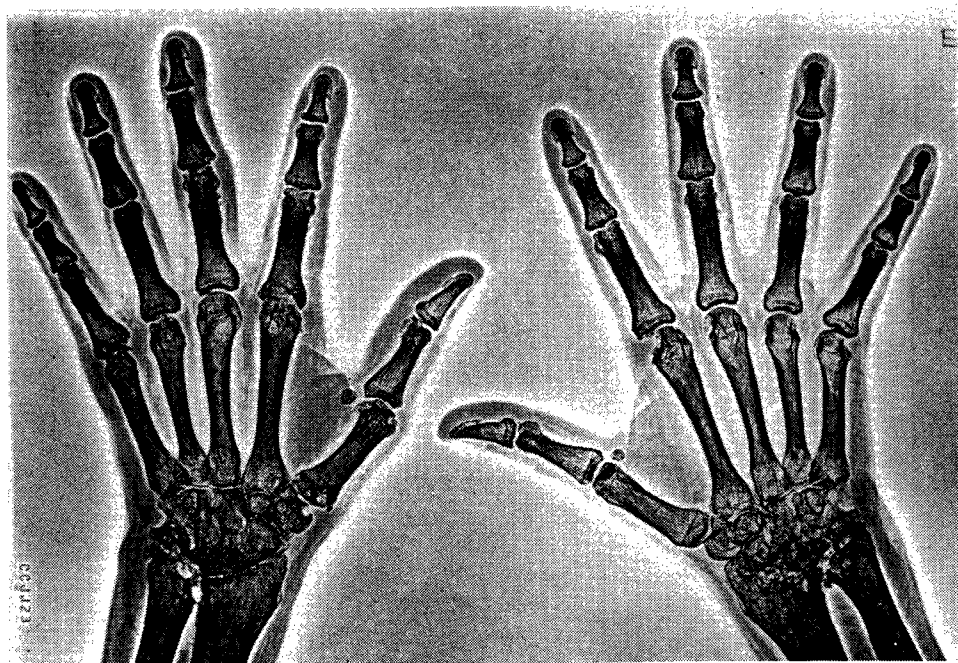
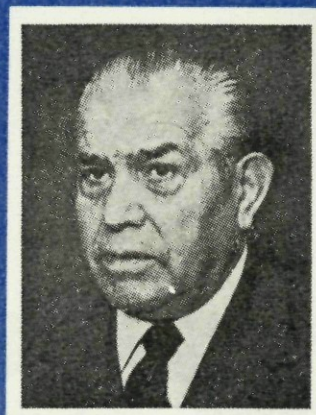
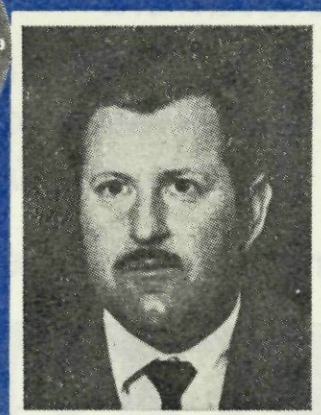
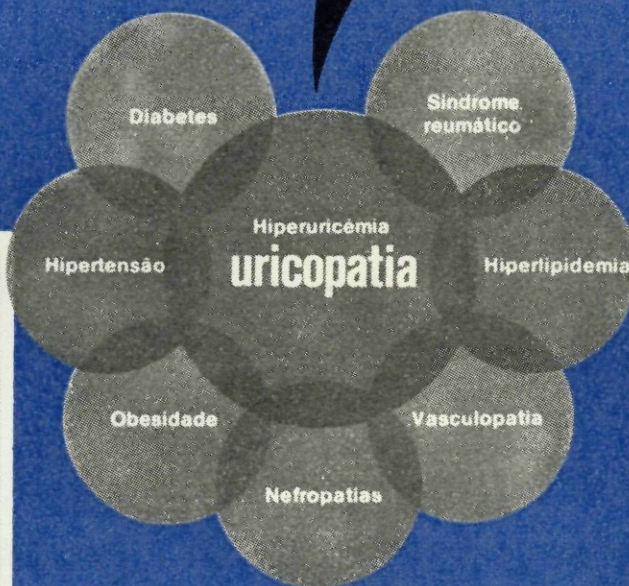


FIG. 20 — Xerorradiografia de uma mão reumatóide. Intensas alterações no carpo. Lesões destrutivas múltiplas e com várias localizações. Pode apreciar-se aumento de volume das partes moles. A osteoporose em banda não é bem apreciada.

**O DOSEAMENTO
DO ÁCIDO ÚRICO CONFIRMA:
Em factores de risco
muito frequentes
há**



**33 % dos Hipertensos
têm Hiperuricémia**



**70 % dos Hiperlipidémicos
têm Hiperuricémia**

para uma terapêutica causal

Zyloric*
antiuricopático

sem
interrupção



Wellcome

Rua Visconde de Seabra, 4, 4-A
LISBOA 5



perclusone®

Potente acção Anti-inflamatória

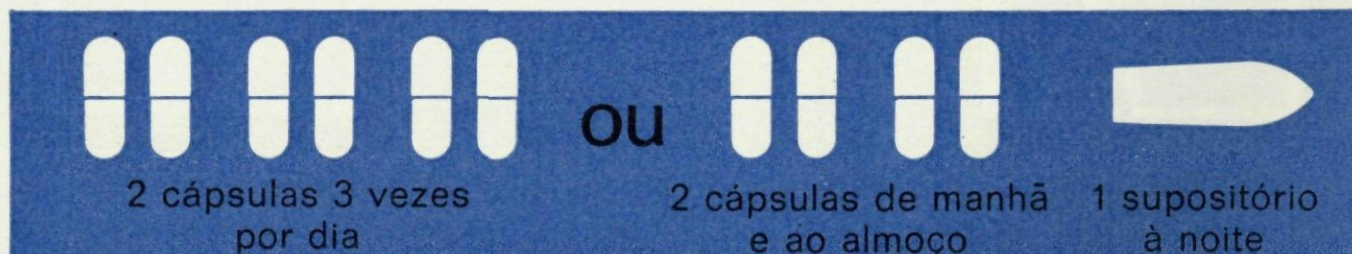
artrites • artroses • gota • lumbago • ciática • tendinite •
ORL: estados inflamatórios • pós-operatório • extracções dentárias.

Rápida acção Analgésica

Tolerância

- o menos tóxico dos anti-inflamatórios maiores (DL 50 superior a 2000 mg/kg).
- não provoca úlcera gástrica experimental

Tratamento de ataque



Por prudência, o PERCLUSONE, como todos os anti-inflamatórios maiores, não deverá ser utilizado em doentes com úlcera gastro-duodenal, mesmo antiga e considerada curada; nefrite crónica; cardiopatia descompensada ou em eminência de descompensação; hepatites; cirroses e hemopatias.

Apresentação

Cápsulas doseadas a 200 mg de clofezona, frasco de 20 cápsulas.

Supositórios doseados a 400 mg de clofezona, caixa de 10 supositórios.

MEDINFAR

produtos farmacêuticos, lda.
av. ferreira godinho - cruz quebrada

FABRICADO
EM
PORTUGAL

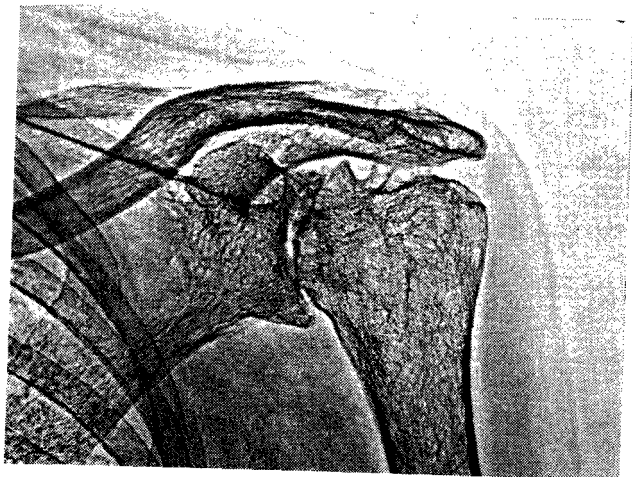


FIG. 21 — Intensas destruições no ombro de um doente com artrite reumatóide.

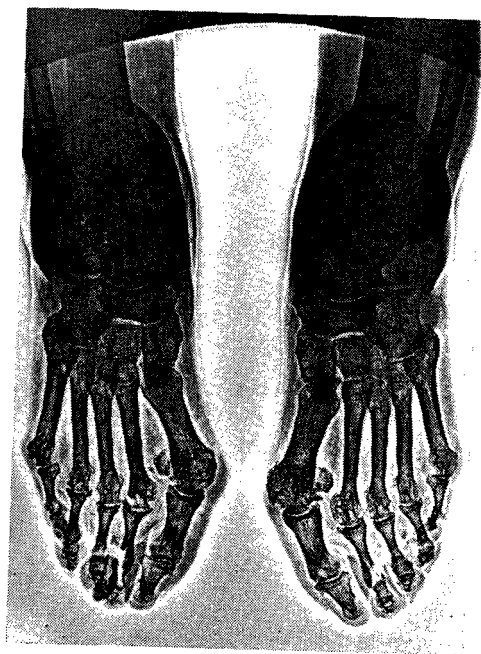


FIG. 22 — Lesões líticas múltiplas em pés reumatóides.

V — CONCLUSÕES

Podemos afirmar que a xerorradiografia constitui uma nova técnica que muito contribuirá para o diagnóstico precoce das doenças reumatológicas, quer inflamatórias, quer metabólicas, quer degenerativas.

A sua vantagem em relação à radiologia convencional está em relação com:

- 1.º A sua maior latitude de registo;
- 2.º Contraste menor na xerorradiografia, 4 vezes menos do que na radiologia clássica;
- 3.º Melhor definição dos elementos mais densos pelo efeito de bordo;
- 4.º Possibilidade de obtenção de uma imagem em positivo ou em negativo;
- 5.º Dispensa o negatoscópio, não necessitando de luz mais forte.

RÉSUMÉ

Dans le travail qu'on présente, les AA. évaluent et discutent des avantages et des désavantages de la Xéroradiographie en comparaison avec la roentgenographie conventionnelle en noir et blanc, quand appliqué à quelques situations rhumatismales.

En présentant les premiers résultats d'un étude plus profond en cours, les AA. ont conclu en disant que la Xéroradiographie doit être considérée comme une excellente technique d'étude des articulations périphériques et des tissus moux périarticulaires.

Il s'agit encore d'une technique dont les possibilités d'achèvement sont encore loin de la fin.

SUMMARY

In the work that it's presented, the AA. value and discusse the advantages and disadvantages of the Xeroradiography in comparation with the routine roentgenography in black and white, when applied to some rheumatic diseases.

Presenting his first results from a deeper study in course, the AA. conclude by affirming that the Xeroradiography must be considered as a perfect technic for the study of the joint of the extremities and of the soft tissues.

That's a technic whose possibilities of improvement are still far from the end.

BIBLIOGRAFIA

1. BOLAND, E. W.; PRESENT, A. J. — «Rheumatoid spondylitis; study of 100 cases, with special reference to diagnostic criteria». *J.A.M.A.*, 129:843, 1945
2. BREBNER, D. M.; JUDELMAN, E — «An Introduction to Xeroradiography», *S. Afr. Med. J.*, 48:2289, 1974
3. CAMPBELL, C. J.; ROACH, J.; GRISOLIA, A. — «A Comparative Study of Xeroroentgenography and Routine Roentgenography in the Recording of Roentgen Images of Bone Specimens», *J. Bone & Joint Surg.*, 39-A:577, 1957
4. CAMPBELL, C. J.; ROACH, J. F.; JABBUR, M. — «Xeroroentgenography. An Evaluation of its Use in Diseases of the Bone and Joint of the Extremities», *J. Bone & Joint Surg.*, 41-A(2):271, 1959
5. Editorial — «Xeroradiography», *Lancet*, :1196, 1972
6. FIGUEIRINHAS, J. — «Gota e acalásia do esófago». *Acta Reuma. Port.*, III (172: 57, 1975.
7. FORESTIER, J. — «Discussion des critères de l'A.R.A. avec référence particulière à la Spondylarthrite Ankylosante (Ankylosing Spondylitis)». *Rhumatologie*, :223, 1961
8. FORESTIER, J. — «Hyperostose vertébrale ankylosante». *VI Congr. Europ. de Reum.*, Lisboa, 1967.
9. FORESTIER, J.; BYWATERS, E. G. L. — «Vocabulaire des spondylopathies». *VI Congr. Europ. de Reum.*, Lisboa, 1967

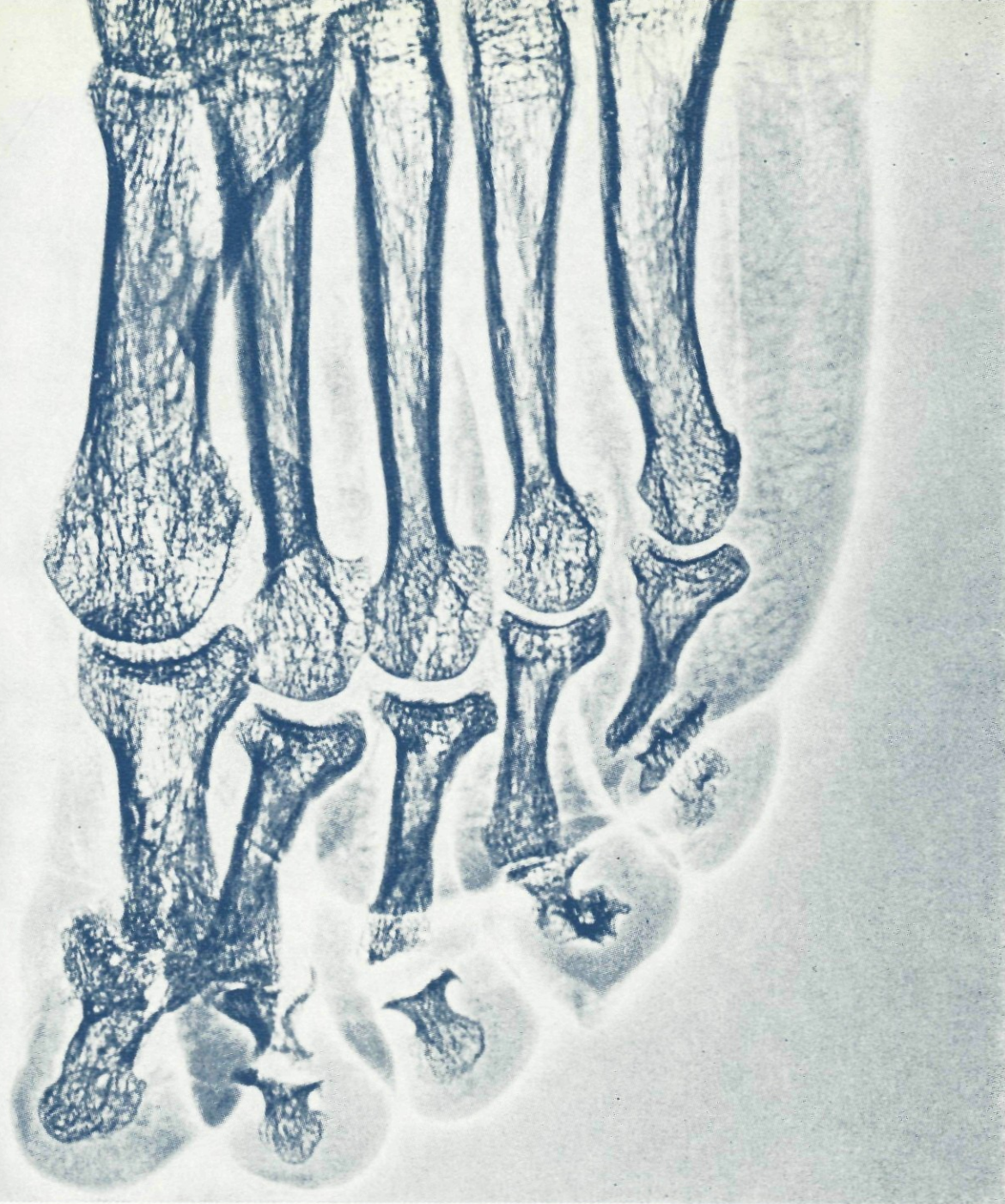


Fig. 23 — Antepé psoriásico: intensas lesões destrutivas nas articulações digitais, lesões estas que se apresentam muito bem definidas.

Fig. 24 — O Túnel cárpico em Xerorradiografia.



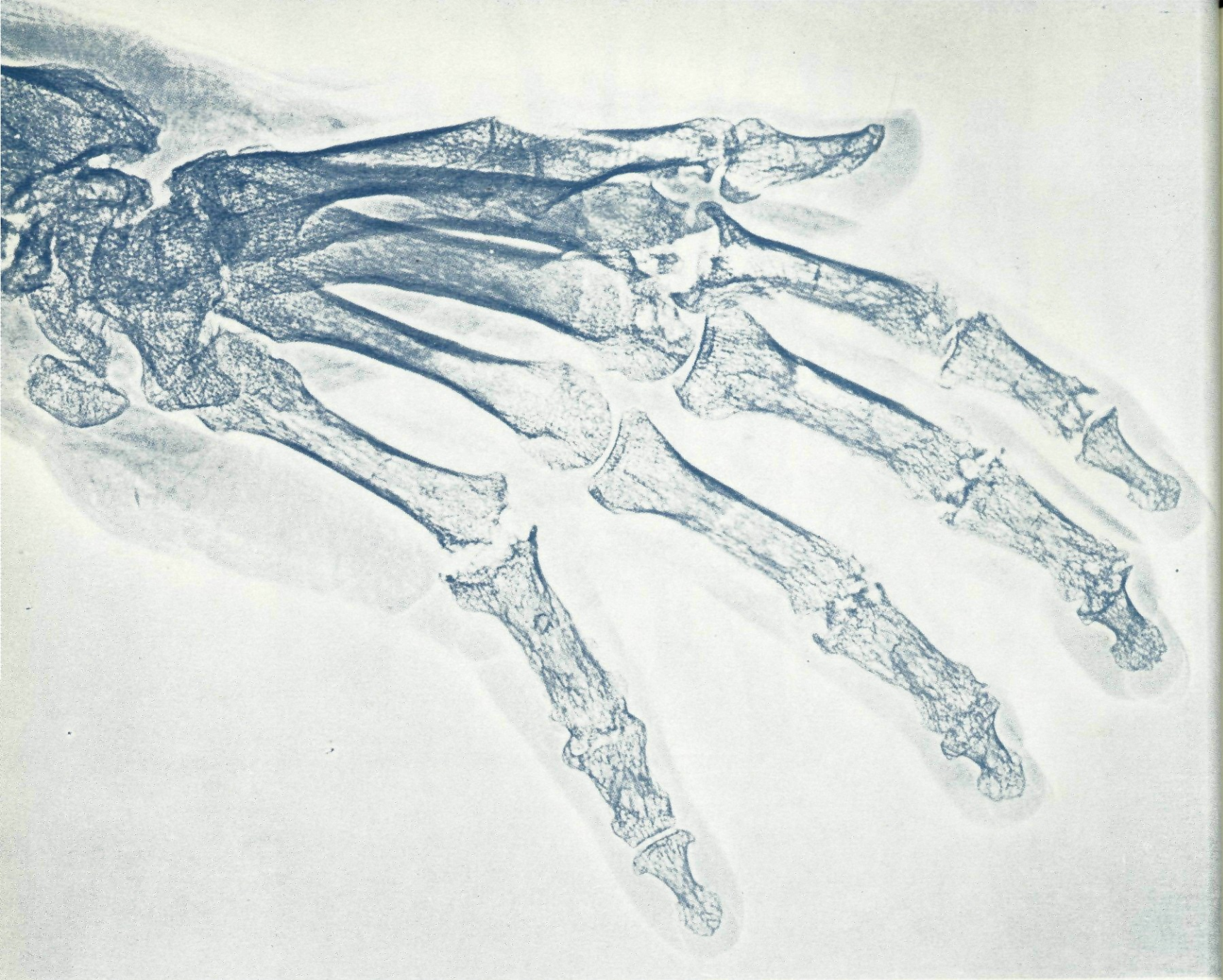


Fig. 25 — Mão reumatóide masculina: intensas lesões destrutivas, perfeitamente visíveis e muito bem delimitadas, a nível cárpico, das metacarpo-falângicas e das interfalângicas.

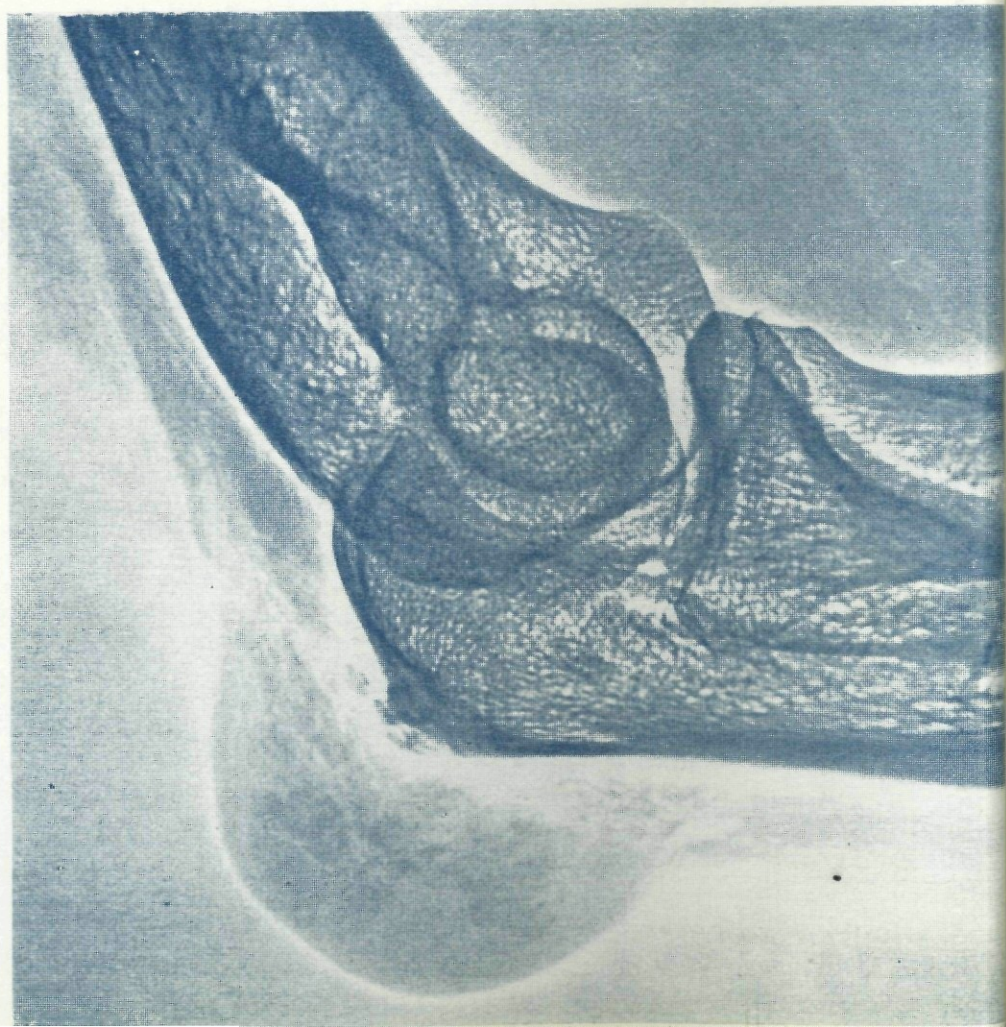
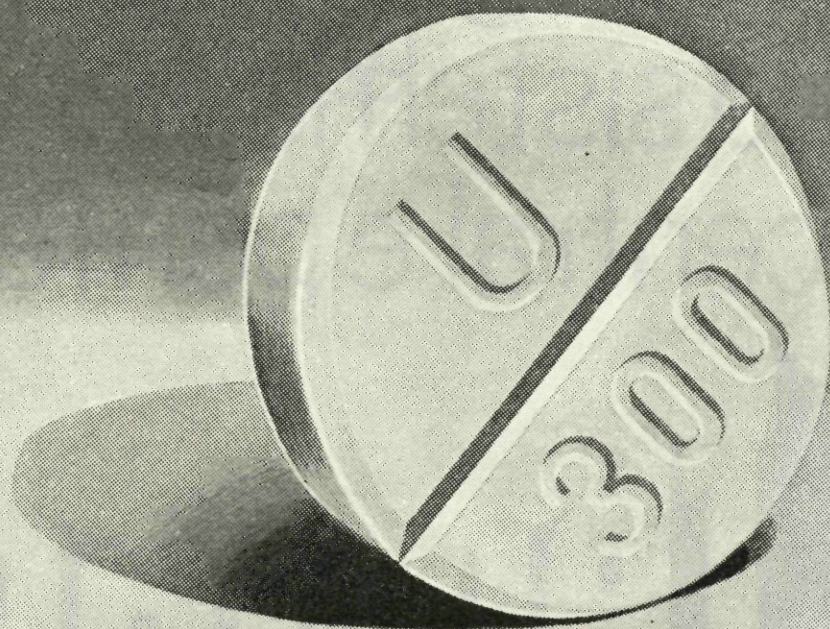


Fig. 26 — Bursite gotosa. Notam-se alguns conglomerados de ácido úrico.

Uripprim

Uripprim 300

Bial



a mais moderna e
cómoda terapêutica
de base da **GOTA**

VITAMINOTERAPIA INTENSIVA POR VIA ORAL E PARENTÉRICA

TRIVIDOR

nas afecções
inflamatórias

B₁

e degenerativas
do sistema nervoso
central e periférico

B₆

B₁₂

TRIVIDOR

FRASCO DE 50 COMPRIMIDOS • CAIXA DE 6 AMPOLAS



LUSOFÁRMACO • LISBOA

10. FORESTIER, J.; ROTÉS-QUEROL, J. — «Hyperostose ankylosante vertébrale senile». *Rev. Rhum.* 17:525, 1950.
11. GRIFFITHS, H. J.; D'ORSI, C. J. — «Use of Xeroradiography in cruciate ligament injuries», *Am. J. Roentg.*, 121(1):94, 1974
12. GOLDMAN, S. M.; DOMINGUEZ F. M.; SALIK, J. O.; VANDARWARKA, M. — «Xeroradiography; nonmammographic applications». *South. Med. J.*, 67(7):813, 1974
13. QUEIRÓS, M. V. — «Alguns Critérios de Diagnóstico em Reumatologia». *J. do Méd.*, (1609:130, 1973
14. QUEIRÓS, M. V.; FIGUEIRINHAS, J.; TEIXEIRA, M. A. — «A Hiperostose Vertebral Anquilosante e as suas relações com a Gota Úrica, a Diabetes Mellitus e a Obesidade». *Acta Reuma. Port.*, 2(2):115, 1974
15. QUEIRÓS, M. V.; FIGUEIRINHAS, J.; TEIXEIRA, M. A. — «Gota Úrica e Hiperostose Vertebral Anquilosante». *Acta Reuma. Port.*, 2(2):121, 1974.
16. ROACH, J. F.; HILLEBOE, H. E. — «Xeroradiography», *JAMA*, 157:899, 1955
17. ROACH, J. F.; HILLEBOE, H. E. — «Xeroradiography», *Arch. Surg.*, 69:593, 1954
18. ROPES, M. W. BENNET, G. A.; COBB, S.; JACOX, R.; JESSAR, R. A. — «Diagnostic Criteria for Rheumatoid Arthritis. 1958 Revision by A Committee of the American Rheumatism Association». *Ann. rheum. Dis.*, 18:49, 1959
19. ROTÉS-QUEROL, J.; MUÑOZ GÓMEZ, J. — «La Gota». Ediciones Toray, Barcelona, 1968
20. SCHLOSSTEIN, L.; TERASAKI, P. I.; BLUESTONE, R.; PEARSON, G. M. — «High Association of en HL-A Antigen, W27, with Ankylosing Spondylitis». *New Engl. J. Med.*, 288:704, 1973
21. TRICKEY, E. L. — «Rupture of posterior crociate ligament of Knee», *J. Bone & Joint Surg.*, 50-B; 334, 1968
22. WOLFE, J. N. — «Xeroradiography of the Bones, joints, and soft tissues». *Radiology*, 93:583, 1969
23. WOLFE, J. N. — «Xeroradiography mage content and comparison with film roentgenograms», *Am. J. Roentg.*, 117(3):690, 1971

ANTI-ARTRÓSICO ● ANTI-REUMATISMAL



optidase

ENZIMA REGULADOR DOS PROCESSOS DE OXIDAÇÃO-REDUÇÃO



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

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

APRESENTAÇÃO

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

Literatura médica e amostras à disposição dos Exmos. Clínicos



LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775
LISBOA — PORTUGAL

(LICENÇA A. CASTAIGNE — LYON)





Nas articulações, bolsas serosas e bainhas tendinosas inflamadas:

DEPO - MEDROL

Upjohn

- proporciona um alívio acentuado da dor e do edema.
- ajuda a restabelecer a mobilidade.
- produz acção localizada e intensa.

Posologia: Varia com o tamanho da articulação e com a gravidade da situação. Nas situações crónicas as injecções devem ser repetidas de uma a cinco semanas, dependendo do grau de alívio.

Tamanho da articulação	Exemplos	Doses
Grande	Joelho, Tornozelo, Ombro	20 a 80 mg
Médio	Cotovelo, Pulso	10 a 40 mg
Pequeno	Metacarpofalângica, Interfalângica, Esternoclavicular, Acromioclavicular	4 a 10 mg

Apresentação: 40 mg/ml de acetato de metilprednisolona em frasco ampola de 1 cc. e em Embalagem-Seringa de 2 cc.



DOENÇA ÓSSEA DE PAGET (*)
(Osteíte deformante)PIEIDADE LOPES DA SILVA (**), JORGE E. SANTO (***), JOSÉ A. GOMES (***)
e VIANA QUEIRÓS (****)

Resumo: *A propósito de um caso de Paget polios-tótico, os autores fazem uma revisão parcial da literatura preocupando-se, particularmente, com as novas aquisições no campo da terapêutica desta doença.*

A — Caso clínico

J. V. S. S., doente do sexo masculino, de 70 anos de idade, funcionário administrativo reformado, natural de Angola, onde viveu até um ano antes do internamento, e residindo desde então em Portugal. Foi internado por dores ósseas, anemia intensa e caquexia.

Da *Anamnese*, fornecida pelos familiares, há a destacar:

— Saudável até aos 50 anos de idade, altura em que adoeceu com hematúria total que se manteve intermitentemente durante 10 anos, até aos 60 anos de idade. Vivia então numa zona endémica de bilharziose, tendo sido medicado com cloranfenicol (de que tomou cerca de 700 comprimidos em 10 anos).

— Desde os 60 anos de idade que se queixa de dores ósseas, localizadas particularmente nos membros inferiores, bacia e coluna vertebral, exacerbando-se com os movimentos e calmando com o repouso. Foi-lhe feito, radiologicamente, o diagnóstico de «osteoporose» (sic). O seu estado manteve-se estacionário até alguns meses antes do internamento, pas-

(*) Núcleo de Reumatologia do Serviço de Medicina IV do H. S. M. — Lisboa (Dir. Prof. Fernando de Pádua)

(**) Interna da Especialidade de Medicina Interna do H. S. M.

(***) Internos policlínicos do H. S. M.

(****) Interno da Especialidade de Medicina Interna do H. S. M. — Reumatologista.

sando desde então a referir anorexia, astenia, adinamia, cansaço fácil e palidez progressiva da pele e das mucosas. Fez análises que revelaram anemia (Hemoglobina 39%), tendo sido medicado, em regime ambulatório, com Globiron® e Co-Hegama®. Como não melhorasse, recorreu ao serviço de Urgência do H. S. H., tendo sido internado.

— *Antecedentes pessoais e familiares sem interesse.*

Do Exame Objectivo, à entrada, destacamos:

— Grande prostração do doente, que se encontrava consciente mas profundamente confuso e com hipoacusia bilateral, não dando qualquer colaboração na colheita da anamnese, e com acentuada palidez da pele e das mucosas. Aspecto «simiesco», com aumento do volume do crâneo, cifrose dorsal muito acentuada, e membros inferiores encurvados, com marcado varismo dos joelhos. (Fig. 1).



FIG. 1

Tensão Arterial — 120/70 mmHg. Pulso — 120 ppm rítmico e filiforme.
Ausc. Pulmonar — Murmúrio vesicular mantido, e com ritmo, intensidade e timbre dentro da normalidade, em ambos os hemi-torax.
Ausc. Cardíaca — Taquicardia.
Abdomen — Não se palpava fígado nem baço.

Eumotol

atinge rapidamente o centro da inflamação



Composição: Cada grajeia contém 110 mg de Bumadizona-Ca, nova substância anti-inflamatória, sintetizada por BYK GULDEN.
Posologia inicial: 2 grajeias 3 vezes por dia.
Apresentação: Caixas com 30 e 50 grajeias.



**Byk Gulden
Pharmazeutika
Konstanz**

Rua Sampaio e Pina, 12-8.º Esq. — Lisboa 1

Imuran®

Artrite Reumatoide

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

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

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

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

* Marca registada ®

Exames complementares

Hemograma: Eritrócitos — 1 900 000 Hemoglobina — 5,8 % VG — 0,92
 Leucograma: dentro dos limites do normal. Reticulócitos — 4,6%. Características globulares — acentuada anisocitose e poiquilocitose moderada. Ferro sérico — 40%; VSE — 60/120mm.

Valores séricos de glucose, ureia, ácido úrico, creatinina, colesterol, triglicéridos, lípidos totais e ionograma, dentro dos limites do normal.

Provas de função hepática normais, à excepção das fosfatase alcalina de 70 Unid. Bodanky (não foi possível o doseamento das fracções hepática, óssea e intestinal). Fosfatase ácida — 13,9 U. (fracção prostática — 6,9 U.). Urina II — densidade: 1013, sem elementos anormais. Sedimento sem alterações significativas. Mielograma — Medula rica de elementos do parenquima, sem desvio da relação leuco-eritoblástica, sem alterações morfológicas ou maturativas de qualquer das séries. Não se observa aumento do número de plasmócitos.

O estudo da anemia foi dificultado, e condicionado, pela terapêutica «anti-anémica» feita antes do internamento.

Electroforese das proteínas — dentro da normalidade.

Proteinúria de Bence-Jones — negativa.

Balanço fosfo-cálcico dentro dos valores normais, com excepção do valor já referido da fosfatase alcalina. Não foi possível o doseamento da hidroxiprolinúria das 24 horas.

Electrocardiograma — taquicárdia sinusal.

Radiogramas do torax, simples do abdomen e do tundo digestivo (esófago, gastro-duodenal, trânsito intestinal e clister opaco) dentro do normal.

Urografia de eliminação — atraso na eliminação do contraste e possível hipertrofia prostática.

Das radiografias do esqueleto destacam-se:

CRÂNIO (Figs. 2 e 3) — Calote craneana muito hipertrofiada, com espessura média de 2,5 cm e atingindo um máximo de 3 cm na região fronto-parietal. A separação entre as tábuas e o diploe está apagada, com franca alteração de toda a estrutura óssea, observando-se numerosos ilhéus de osteoesclerose, com contornos mal definidos, de forma e volume variáveis, distribuídos entre zonas mais claras e realizando um aspecto «alгодado».

A estrutura óssea da base está igualmente atingida, embora em menor escala, e a sua parte posterior faz proclidência por cima, ao nível do buraco occipital (convexobasia). Os ossos da face encontram-se parcialmente poupados, com excepção do mento.

COLUNA LOMBAR — Chama-nos particularmente a atenção o aumento proporcionado de L2 e L4, que se encontram desalinhasadas do bloco vertebral. Este aumento inclui as apófises articulares e espinhosas. Ao nível das vértebras referidas a estrutura óssea está alterada, com trabeculação grosseira, e os respectivos corpos vertebrais apresentam densificação marginal, desenhando «imagem em quadro», muito nítida em L2.

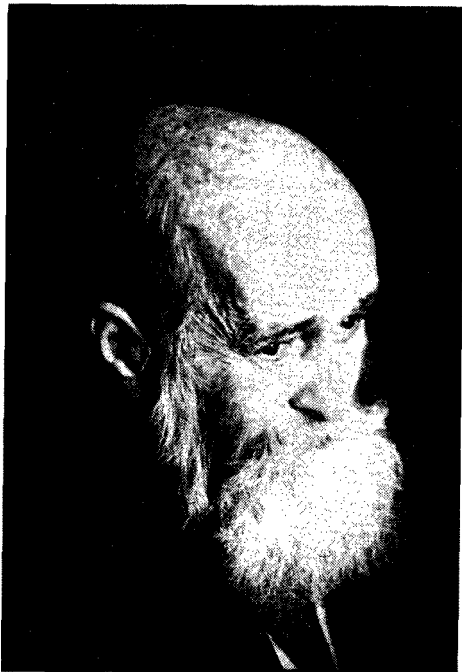


FIG. 2



FIG. 3

Existem alterações semelhantes à descritas atrás, mas mais discretas, em D11, L1 e L3.

Formações osteofitárias marginais difusas e com localização posterior em L1-L2 e L2-L3.

BACIA (Fig. 4) — Existe completa alteração de toda a estrutura óssea da bacia, poupando parcialmente a parte média e superior das asas ilíacas,



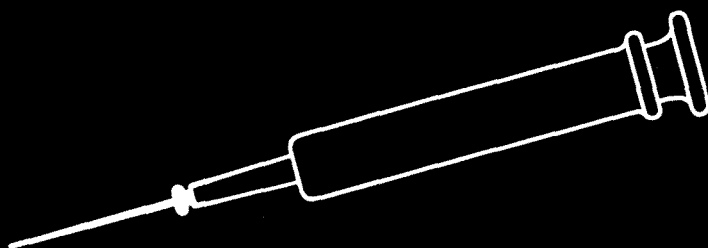
FIG. 4

KETOPROFENE
PRODUTO ORIGINAL
RHÔNE-POULENC
SPÉCIA

PROFENID

(KETOPROFENE)
INJECTÁVEL LIOFILIZADO

● GRANDE ACTIVIDADE ANALGÉSICA



● RAPIDEZ DE ACÇÃO

POSOLOGIA

EM MÉDIA 2 AMPOLAS/DIA, POR VIA INTRAMUSCULAR

APRESENTAÇÕES

CÁPSULAS A 50 MG DE KETOPROFENE
EMBALAGEM DE 24
EMBALAGEM DE 48

SUPPOSITÓRIOS A 100 MG DE KETOPROFENE
EMBALAGEM DE 12

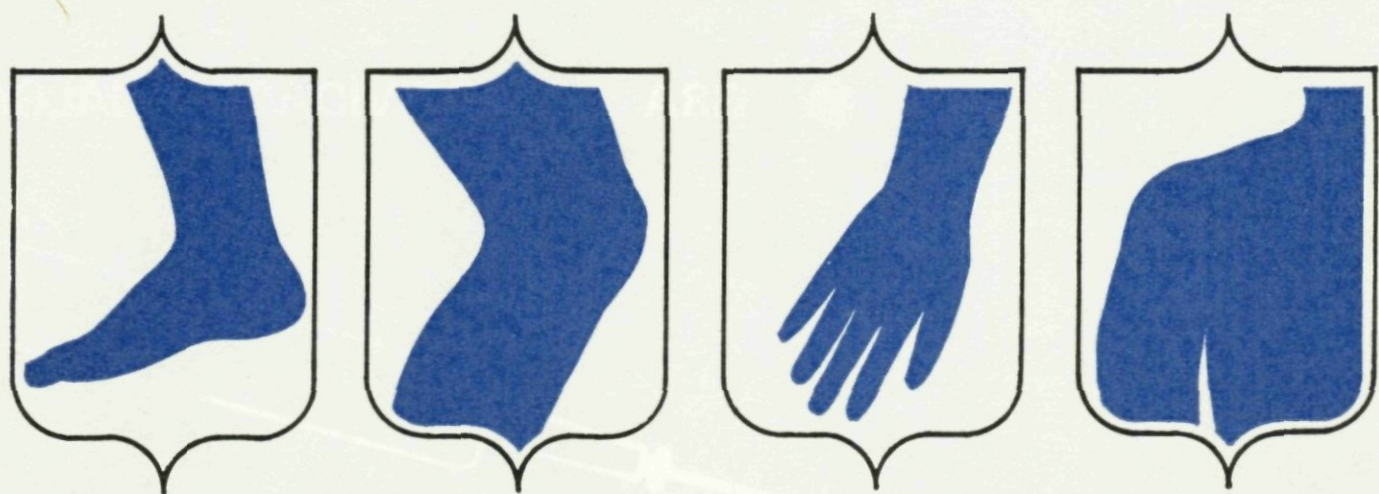
AMPOLAS A 50 MG DE KETOPROFENE
EMBALAGEM DE 6 FRASCOS

* FABRICADO EM PORTUGAL SOB LICENÇA DE RHÔNE - POULENC - SPÉCIA

LABORATÓRIOS VITÓRIA

no tratamento da inflamação

colchicine



da gota ao reumatismo

ROUSSEL LABORATÓRIOS ROUSSEL, LDA.

Rua João de Deus, 19
VENDA NOVA — AMADORA

caracterizada por marcada hipertrofia das trabéculas ósseas, que são grosseiras, irregulares e por vezes anárquicas. Observam-se igualmente zonas de osteoesclerose, separadas por outras transparentes e realizando «aspecto algodado», embora menos nítido do que no crâneo.

Entreitamento uniforme das linhas inter-articulares coxo-femorais, mais marcado à esquerda, sem esclerose sub-condral ou osteofitose.

Imagens ovoides, heterogéneas, de densidade muito elevada, bilaterais, projectadas na parte externa das assas ilíacas e partes moles, são sugestivas de corresponderem a calcificações de nódulos de esteatonecrose.

A mortofologia da bacia não se encontra significativamente alterada.

FÉMURES e TÍBIAS — Acentuado aumento da largura dos ossos, particularmente à esquerda. A metade inferior do fémur, joelho e tibia direitas são normais. Existe hipertrofia óssea, com espessamento da cortical e alterações difusas da estrutura, sobreponíveis às descritas anteriormente. Acentuado encurvamento para dentro e para fora da tibia esquerda, realizando o clássico aspecto em «lâmina de sabre».

CONCLUSÃO: Aspectos radiológicos compatíveis com o diagnóstico clínico de Doença de Paget polioestótica, de longa evolução.

(Os relatórios dos radiogramas do esqueleto foram efectuados pelo Dr. José Maria Guerreiro, do Serviço de Radiologia do H. S. H.).

Confirmado o diagnóstico de Doença de Paget, o doente foi enviado às consultas de *Cardiologia* que permitiu infirmar alterações, particularmente de natureza hemodinâmica; de *Oftalmologia* que excluiu não só a existência de estrias angióides bem como perturbações visuais eventualmente relacionadas com lesões do nervo óptico; de *Neurologia* onde se comprovou a existência de sinais compatíveis com lesão do neurónio motor periférico, muito provavelmente relacionadas com as compressões nervosas ao nível da coluna vertebral; *Otorrinolaringologia* que confirmou a hipoacúsia bilateral por lesão do auditivo e de *Urologia* onde se confirmou a existência de um adenoma da próstata.

Não sendo possível, por não estar comercializada em Portugal, utilizar a calcitonina, iniciou então terapêutica com 4g de aspirina por dia, anabólicos, cálcio, e ferro, tendo-se assistido a uma melhoria gradual e progressiva, traduzida numa diminuição da VS (60→20), aumento da hemoglobina (5,8→11g) e desaparecimento das dores ósseas.

B — Revisão da Literatura

1. **DEFINIÇÃO** — Pode conceituar-se como uma perturbação crónica do esqueleto do adulto em que a destruição inicial e a subsequente remodelação conduzem a um alargamento e amolecimento do osso afectado (5).

É uma doença exclusiva da espécie humana e, não obstante só ter sido descrita em 1876 por Sir James Paget, lesões pagéticas foram encontradas em esqueletos do período neolítico e no crâneo do Homem de Néanderthal (36).

2. *EPIDEMIOLOGIA* — A osteíte deformante foi durante muitos anos considerada uma raridade e uma curiosidade até que Schmorl (50) na Alemanha e Collins (51) nos Estados Unidos, baseando-se em dados de autópsias, demonstraram frequências, respectivamente, de 3% e 3,7% nos adultos de idade superior a 40 anos. Pygott (40) nos Estados Unidos, estudando perto de 10 000 radiografias da coluna lombar e da bacia de indivíduos com mais de 35 anos de idade, despistou 2,2 % de lesões pagéticas.

Os casos publicados de doença de Paget confinam-se à Europa, à América do Norte e à Austrália, não permitindo o facto de a doença ser praticamente desconhecida nos países subdesenvolvidos tirar, à priori, quaisquer conclusões. Com efeito, se existe um factor racial ou geográfica, o mesmo está longe de ser esclarecido, dispondo-se de muito poucos dados estatisticamente comparáveis. Há aspectos epidemiológicos bizarros; assim, por exemplo, a doença é mais frequente entre a população australiana de origem anglo-saxónica do que na Grã-Bretanha, ao ponto de na região de Sidney ser corrente um generalista ver uma centena de casos durante a sua carreira (5)!

É rara antes dos 40 anos de idade, e raríssima na infância e na juventude. Há uma ligeira predominância do sexo masculino sobre o sexo feminino (3:2) na maioria das séries, e estão descritas várias observações de casos familiares.

3. *ANATOMIA PATOLÓGICA* — Podendo atingir qualquer osso, apresenta-se com a seguinte ordem decrescente de frequência numa série de 135 casos (41): fémur — 85; bacia — 78; tibia — 28; coluna lombar — 27; crâneo — 23; coluna dorsal — 13; humero — 7; rádio — 7; peróneo — 6; coluna cervical — 3; calcâneo — 3; clavícula — 2 e omoplata, falange, rótula e ossos do nariz em um caso. Em 44% dos casos o Paget era monostótico, e em 56 % dos casos poliostótico (41).

As principais características mortológicas do osso pagético são (52):

- Osteocondensação;
- Estrutura e Textura Ósseas Anormais;
- Hiperosteoclastose;
- Hiperosteoidose;
- Fibrose Medular.

A *OSTEOCONDENSAÇÃO* traduz-se por uma densificação da esponjosa e por uma cortical anfractuosa;

AS *ANOMALIAS DA ESTRUTURA* caracterizam-se por substituição das unidades osteónicas normais por áreas de contornos irregulares e imbricadas anarquicamente «em puzzle», sendo, por sua vez, a *TEXTURA* destas pequenas áreas frequentemente anormal. Na verdade só cerca de metade delas

**Para os testes qualitativos
e quantitativos**

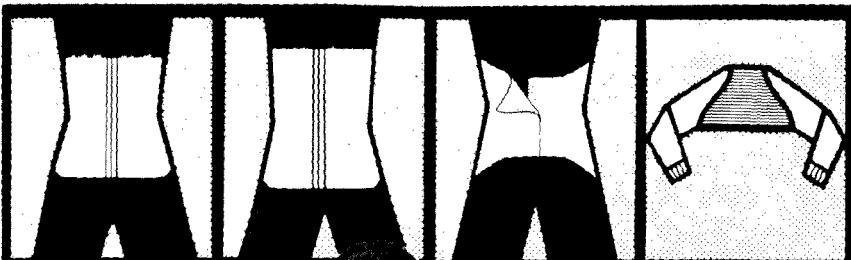
Reagentes Reumatológicos

do Instituto Behring

**Para o diagnóstico
das doenças Reumáticas**

INSTITUTO BEHRING

E. Behring

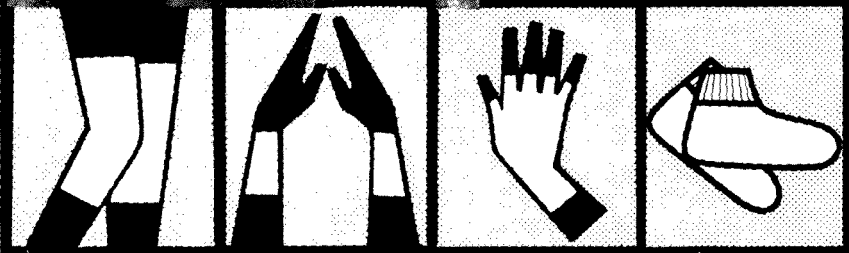


VESTUÁRIO TERAPÊUTICO



O frio, a corrente de ar, a humidade, etc. exercem uma influência agravante sobre um grande número de doenças reumáticas. Assim, depois de uma forte transpiração, a evaporação do calor cutâneo e do suor pode já provocar este efeito nefasto. O vestuário confeccionado de lã de coelho angora e de fibras sintéticas são utilizados como meio terapêutico complementar dos tratamentos medicamentosos e físicos.

MEDIMA-Werke
D-7867 Maulburg



À venda nas Farmácias e nas Casas Ortopédicas

Distribuidor oficial: **ORTOMOL** — Sociedade Importadora de Material Ortopédico, Lda.
Rua Luciano Cordeiro, 89, 3.º Esq. — Lisboa - I — Telef. 55 59 39

conservam a estrutura lamelar, sendo os restantes territórios constituídos por tecido ósseo primário — Woven-bone — a estrutura lamelar desaparece e dá lugar a um entrecruzadamente anárquico de fibras do colagénio e da matriz óssea. São estas anomalias da estrutura e da textura que explicam a fragilidade do osso pagético.

A *HIPEROSTEOCLASTOSE* é devida, por um lado, à maior extensão das superfícies trabeculares de reabsorção osteoclástica e, por outro lado, ao aumento de tamanho dos osteoclastos e ao elevado número dos seus núcleos.

A *HIPEROSTEOBLASTOSE* e a *HIPEROSTEOIDOSE*, traduzem-se por um aumento do número e do volume dos osteoblastos e, ainda, por aumento da superfície do tecido osteóide. A velocidade de mineralização do tecido osteóide está acelerada o que, juntamente com a rapidez de elaboração do osso e o turn-over tissular acelerado, faz com que muitas zonas ósseas sejam destruídas antes de serem calcificadas.

A *FIBROSE MEDULAR* acompanha-se de hipervascularização a qual explica as modificações termográficas dos ossos pagéticos superficiais.

4. *ETIOPATOGENIA* — Desconhecida. Para Lièvre (28) só há duas causas de Paget merecedoras de discussão: o traumatismo e a hereditariedade.

Com Bloch-Michel e Benoit (26), Lièvre descreve o remanejamento pagetóide pós-traumático, distrofia localmente indistinguível da lesão pagética nascendo no ponto de aplicação de um traumatismo sobre um osso superficial e estendendo-se a partir deste ponto. A lesão permanece geralmente limitada a um osso, podendo estender-se ao osso contíguo.

A hereditariedade pagética admite-se estar ligada a um carácter mendeliano autosómico dominante, e ser responsável por um pequeno número de casos.

A análise microscópica do processo pagético mostra que não há lesão pagética sem destruição óssea, e que a reconstrução é outro aspecto invariavelmente presente. Estas fases de destruição e reconstrução anormais estão estreitamente ligadas a uma actividade celular alterada. Várias hipóteses são sugeridas para explicar esta actividade celular anormal como a de uma mudança na estrutura da cromatina e a de uma ou várias mutações somáticas.

5. *CLÍNICA* — A doença pode exteriorizar-se por *dores* que umas vezes são a tradução do transtorno distrófico ósseo e outras vezes estão ligadas a deformações ósseas e articulares com repercussão sobre a mecânica articular. Enquanto as primeiras são profundas, terebrantes, chegando a perturbar o ritmo da vida e o descanso nocturno, as segundas são do tipo mecânico, aumentando com o esforço e a marcha e calmando com o repouso. As *deformações* que podem ser localizadas nas formas monostóticas, dão às formas poliestóticas os aspectos clássicos muito caracterís-

ticos: crâneo aumentado de volume (sinal do chapéu), tronco encurvado para a frente, membros inferiores arqueados, marcha claudicante e muitas vezes auxiliada com um bastão. Há formas cefálicas em que, apenas, o crâneo está afectado e, outras vezes, o crâneo e a face estão comprometidos adquirindo esta o aspecto característico da leontíase óssea: nariz apagado entre os malaras salientes. Frequentemente há associação das lesões da coluna, da bacia e dos membros inferiores com marcada impotência funcional, particularmente quando há coxopatia pagética. As formas isoladas de alguns ossos são relativamente frequentes em algumas localizações (vértebras e tíbias) e mais raras noutras (rótula e calcâneo).

6. *EXPLORAÇÃO BIOLÓGICA* — A exploração biológica é imprescindível para nos dar uma ideia da intensidade do transtorno ósseo (desequilíbrio entre a osteogénese e a osteólise) e da evolução.

A taxa das fosfatases alcalinas está relacionada com a actividade osteoblástica, aumentando nos períodos de actividade da doença.

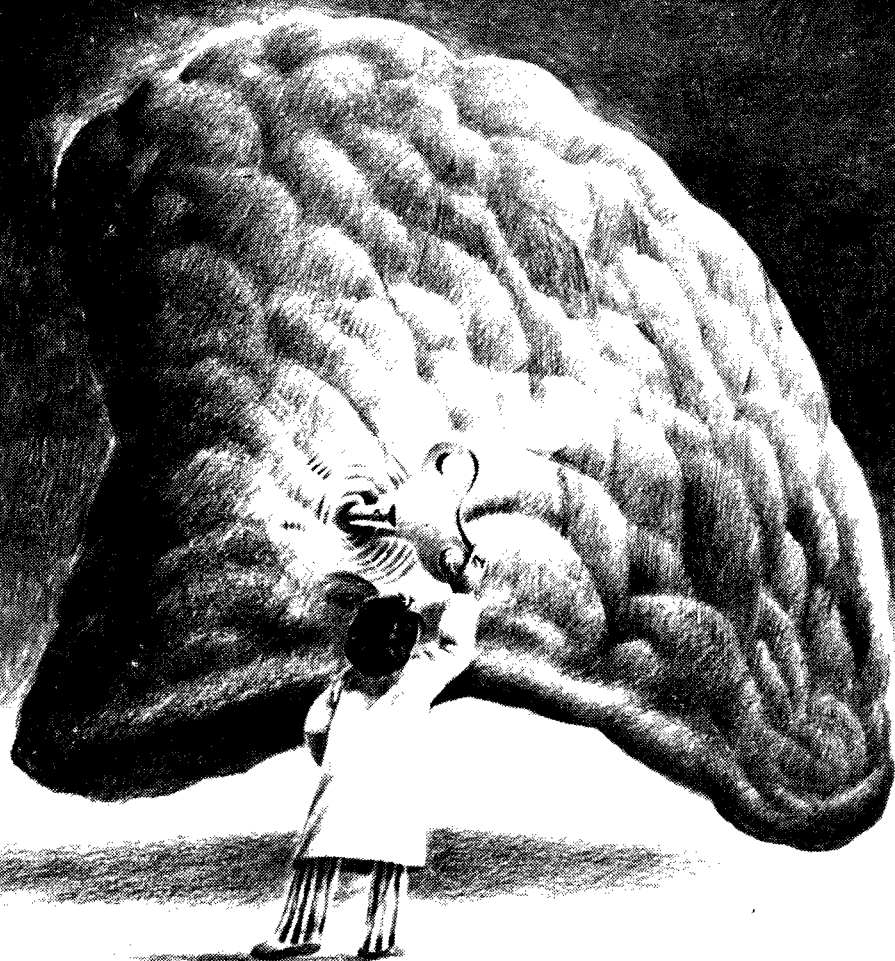
O aumento da eliminação urinária da hidroxiprolina reflecte a destruição do colagénio ósseo (existem normalmente 25 a 40 mg de hidroxiprolina na urina das 24 horas, podendo nos períodos de maior intensidade destrutiva atingir os 500 mg/24 horas).

A calciúria pode estar muito elevada nas formas evolutivas com predomínio da osteólise estando, pelo contrário, normal ou diminuída nos casos em que predomina a osteogénese.

A calcémia é, por via de regra, normal.

Este estudo biológico sistemático permite-nos distinguir *as formas sem aparente actividade* ou em *repouso* (provas biológicas normais) das *formas com predomínio osteolítico* (aumento da hidroxiprolinúria e da calciúria) e das *formas com predomínio osteogénico* (fosfatases alcalinas séricas aumentadas, hidroxiprolinúria moderadamente aumentada e calciúria normal ou baixa).

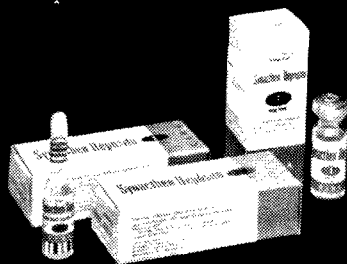
Por nos parecer de utilidade recordemos que a fosfatase alcalina é constituída por vários isoenzimas que podem ser fraccionados por métodos físico-químicos, sobre coluna utilizando o Sephadex G200, por métodos imuno-químicos e por métodos electroforéticos. No soro humano há sempre, e pelo menos, dois isoenzimas, um de origem óssea e outro de origem hepatobiliar podendo, ainda, haver um terceiro de origem intestinal. Na gravidez há um quarto isoenzima de origem placentária que se revela no 3.º trimestre. Não podemos, ainda, deixar de recordar o isoenzima de Ragan, uma fosfatase alcalina que pode ser segregada pelos tumores malignos, quaisquer que eles sejam. A elevação sérica da fosfatase alcalina à custa da sua fracção óssea, é extremamente característica da doença e depende, essencialmente, da extensão das lesões e da sua actividade. Assim, com excepção do crâneo que na sua forma «galopante», conhecida pelo nome de osteoporose circunscrita do crâneo, se pode acompanhar de valores muito elevados, podemos afirmar que o valor deste enzima é directamente proporcional à extensão das lesões.



Corticoterapia fisiológica

Synacthen Depósito, ao contrário da corticoterapia de substituição estimula as funções fisiológicas do cortex da supra-renal, podendo, assim, evitar-se o síndrome de supressão, os fenómenos de resistência e os efeitos catabólicos dos corticosteroides

Corticoterapia moderna
mais fisiológica
mais completa
mais segura
mais eficaz



ampolas 0.5mg/ml
ampolas 1mg/1ml
frasco ampola 2mg/2ml

Synacthen Depósito CIBA

TEJUNTIVO, novo fármaco que podemos definir como um harmonizador biológico, é um derivado acetilado da hidroxiprolina, cuja actividade se exerce ao nível do tecido conjuntivo.

Sendo particularmente abundante nos tecidos embrionários e fetais em vias de crescimento acelerado, a sua acção eutrófica, anti-inflamatória e cicatrizante é notável e verifica-se no tecido conjuntivo de todo o organismo.

Aminoácido constituinte do colagéneo, a hidroxiprolina actua como um verdadeiro regulador do metabolismo do tecido conjuntivo, indicando-se, por isso, nas afecções em que esse metabolismo está perturbado, como, por exemplo, nas doenças articulares.

Por outro lado, TEJUNTIVO, como elemento necessário à reestruturação dos tecidos lesados, comporta-se como um protector e agente acelerador da cicatrização.

As características e indicações deste novo produto exigem, porém, uma explanação mais minuciosa. E é nesse sentido que Laboratórios Vitória põem à disposição dos Ex.mos Médicos uma brochura detalhada sobre TEJUNTIVO. Basta requisitá-la através de um simples postal ou pelo telefone.

Apresentação:

Embalagem de 35 cápsulas a 200 mg

LABORATÓRIOS VITÓRIA — VENDA NOVA — AMADORA

Na história natural da doença como foi demonstrado por Woodard (48) há tendência para um aumento lento e progressivo da taxa de fosfatase alcalina. Afecções intercorrentes, quando severas, dão origem a uma queda dos valores séricos da fosfatase alcalina. Woodard (48) relata dois casos de Paget em que o fosfatase alcalina desceu intensamente no decurso de duas intercorrências severas: um caso de úlcera duodenal perfurada seguida de infecção viral, e um caso de litíase renal com infecção urinária. A imobilização é outra causa da queda da taxa de fosfatase alcalina, bem assim a degenerescência sarcomatosa da doença. A evolução para o osteosarcoma pode, ao contrário, acompanhar-se de elevação da fosfatase alcalina, às vezes de uma maneira explosiva (24, 48) sendo, contudo, estas elevações fulminantes mais características do osteosarcoma primitiva do que da transformação osteosarcomatosa da doença de Paget. Um último factor que é susceptível de modificar os valores séricos da fosfatase alcalina é a administração de medicamentos com vista a suprimir a actividade pagética (salicilatos em doses altas, corticóides, calcitonina, mitramicina, difosfonatos). A hiperfosfatemia alcalina, mesmo à custa da sua fracção óssea, não tem qualquer especificidade com efeito todas as afecções em que há um turn-over ósseo aumentado, acompanham-se de hiperfosfatemia. Por outro lado, o Paget acompanha-se mais frequentemente de hiperparatiroidismo e de mieloma múltiplo do que a população em geral (7).

A hidroxiprolinúria das 24 horas é indispensável para a apreciação do turn-over ósseo do Pagético. O valor obtido indicará mais fielmente o que se passa ao nível do osso, e completa os ensinamentos fornecidos pelo doseamento das fosfatases séricas. Não só é um parâmetro mais fiel do turn-over ósseo como reflecte, de modo muito mais sensível e rápido, a velocidade de renovação óssea. A maior parte dos autores (13, 49, 17) verificaram a existência de uma boa correlação entre a hidroxiprolina urinária e a taxa sérica da fosfatase alcalina na doença de Paget. Por outro lado, todos os factores evocados aquando da discussão da fosfatase alcalina se aplicam «mutatis mutandis» à hidroxiprolinúria.

OUTROS PARÂMETROS DO TURN-OVER ÓSSEO

— *Estudos cinéticos com um isótopo osteotrope, preferencialmente o Ca47.*

— *A uricemia, aumentada (17) o que reflecte o hipercatabolismo das nucleoproteínas das células ósseas muito activas do pagético. 40 % da população pagética estudada por Franck e col (17) apresenta hiperuricemia em comparação com 7,3 % dos controlos do sexo masculino; donde um em quatro pagéticos do sexo masculino apresentar manifestações de gota úrica (gota metabólica secundária).*

— *Aumento da excreção urinária da pseudo-uridina, composto principal da pirimidina e que reflecte o turn-over do A. R. N.*

— *Aumento da citremia em 60 % dos casos da série de Kissin e Kreeger (22), e da fosfatemia segundo A. A. (6).*

— *Deficiência em ácido fólico*, hipótese emitida em 1968 por Somayaji procurando explicar, em parte, a má absorção intestinal presente em vários pagéticos.

— *A cintigrafia óssea*, essencialmente praticada com o pirofosfato de tecnésio mostra uma hiperfixação nítida do isótopo nas zonas distróficas (45).

— *A termografia* tem interesse na apreciação da evolução da doença e das suas modificações sob a terapêutica. Nas zonas lesadas há uma hipertermia de 2 a 3° em média (1).

7. RADIOLOGIA

«It is extremely difficult to put into words the radiographic findings in Paget bones, and no Words are of themselves as descriptive as the x-ray negative».

S. MOORE, 1923 (54)

O primeiro aspecto radiologicamente significativo do remanejamento pagético é uma destruição óssea seguida de uma reconstrução sobre as novas bases adquiridas no curso da fase lítica. Há uma modificação arquitectural que se traduz radiologicamente por modificações elementares da densidade, da estrutura e da forma, sucedendo-se estas modificações no tempo e no espaço e realizando na fase de estado um conjunto de anomalias radiológicas virtualmente patognomónicas do remanejamento pagético. Resumimos as alterações radiológicas no quadro que se segue:

1. DENSIDADE

— Diminuição inicial
— Aumento ulterior
(Focal ou difuso)

2. ESTRUTURA

- a) *cortical*
 - espessamento
 - estrutura fibrilhar
- b) *esponjosa*
 - tabeculação grosseira ou estrutura heterogénea
- c) *desdiferenciação cortico-esponjosa ou cortico-medular*

3. FORMA

— Hipertrofia
— Deformações
(incurvação, particularmente)


8. *DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL* — É essencial estabelecer o diagnóstico diferencial das lesões pagéticas a fim de evitar erros grosseiros tais como considerar como foco pagético uma lesão tumoral ou vice-versa. Uma ma-

REVISTA DE MEDICINA NA TERAPÊUTICA DAS INFECÇÕES
E PARASITÓLOGIA E PATOLOGIA
CLÍNICA



Osadrin®

drageias
ampolas
supositórios

 **KNOLL LUSITANA, LDA.**

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

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

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

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

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

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

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

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

Tem as seguintes apresentações:

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

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

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

* Marca registada.

neira prática de encarar o problema é aplicar, em cada caso, duas regras básicas, a saber (29):

- a) Toda a lesão que não preenche os critérios radiológicos por nós já referidos, não pode ser considerada como pagética e é, em princípio, suspeita;
- b) Toda a lesão reunindo para além do conjunto de alterações radiológicas citadas, outras, que não as complicações banais, é igualmente suspeita.

Entre os principais diagnósticos diferenciais a reter estão: as metástases em particular as dos carcinomas da prostata localizadas na bacia, os linfomas, os angiomas, o hiperparatiroidismo primitivo ou secundário que, em certos casos e a certos níveis (crâneo e bacia particularmente) pode simular o remanejamento pagético (20, 15), a degenerescência sarcomatosa e a doença de Von Recklinghausen.

9. *COMPLICAÇÕES* — *A exoftalmia*, mais frequentemente citada como complicação da degenerescência sarcomatosa (46), é clássica segundo A. A. e interpretada de um modo controverso: invasão da sela turca pelo processo pagética levando a perturbações das funções hipofisária e tiroideia (55); invasão da órbita pelo tecido pagético provocando protrusão do globo ocular (56).

As Fracturas, ora resultantes de um traumatismo (40 % dos casos na série Boxus) ora dependentes de um microtraumatismo com carácter de verdadeiras fracturas patológicas, o que se verifica em 60 % dos casos da mesma série.

Mourgues (35) distingue três grandes tipos de fracturas:

- as fracturas parcelares caracterizadas por um traço horizontal incompleto rompendo a continuidade da cortical;
- as fracturas verdadeiras;
- e, finalmente, as fracturas favorecidas pela desmineralização.

É difícil precisar a frequência das fracturas na doença de Paget apontando A. A. (14, 24, 30, 42) números oscilando entre os 10 e os 20 % dos casos de Paget diagnosticados. Em 80 % dos casos a fractura foi o sintoma revelador do Paget (25, 4, 35, 19). O fémur é o osso mais frequentemente atingido em todas as grandes estatísticas publicadas (14, 27, 30). As fracturas são mais raras ao nível do húmero, mas se tivermos em mente que este osso é menos frequentemente atingido pelo osteíte deformante do que o fémur, constatamos que a frequência relativa destas fracturas é, também, elevada, talvez até mais elevada do que a do fémur (25). Marchi e Cittadini (30) relatam uma incidência de 25 % para o fémur e 11 % para o húmero. Apesar de algumas opiniões discordantes, a experiência tem demons-

trado que o osso pagético possui um potencial de reparação após a fractura pelo menos igual ao do osso normal (35, 19, 30, 37, 25). Alguns autores (38, 37) são de opinião, e apresentam factos que não podem ser estatisticamente considerados como meras coincidências, que existe, em alguns casos, uma relação entre a fractura e a transformação maligna. Por outro lado, Mc Kena e col. (32), após uma revisão exaustiva da literatura concluem que nada indica que a fractura de um osso pagético predisponha ao desenvolvimento de um sarcoma. Barry (4) e Grundy (19) são da mesma opinião. É de referir que até ao momento não foi relatada uma transformação maligna após osteotomia correctora ou artroplastia da anca na doença de Paget. Qualquer que seja a natureza da relação entre a fractura e a transformação maligna, a sua associação parece suficientemente frequente para justificar depois dos trabalhos de Nicholas e Killoron, (37), uma biópsia sistemática nos casos de fracturas da diáfise femural. O tratamento destas fracturas não difere, nos seus princípios gerais, do tratamento das fracturas banais, mas apresenta dificuldades particulares motivadas pelas propriedades mecânicas anormais do osso pagético e das suas deformações eventuais (25). *As Deformações* são sobretudo marcadas ao nível dos membros inferiores conduzindo a alterações da estática. As intervenções realizadas (osteotomias cuneiformes ou osteotomias planas oblíquas) não devem ser nem muito precoces (provável reprodução ulterior da deformação) nem muito tardias (8). *As Artropatias* — por via de regra as articulações são respeitadas — mas, em certos casos surgem artropatias preferencialmente localizadas à anca e ao joelho. A «coxopatia pagética» traduz-se clinicamente por um quadro sobreponível ao da coxartrose: dores do tipo mecânico e rigidez progressiva podendo chegar à anquilose. Não há paralelismo entre a clínica e a radiografia; com efeito lesões radiológicas impressionantes podem não apresentar sintomas clínicos (41). *Os Sarcomas* — É difícil estimar o valor percentual do degenerescência sarcomatosa da doença de Paget. Price (39) num estudo epidemiológico realizado na região de Bristol e de Leeds, conclui que a incidência desta complicação é aproximadamente de 1,8 casos por milhão de habitantes e por ano. O mesmo autor baseando-se nos trabalhos de Collins (51), que encontrou uma frequência de 3,7 % da doença na população em geral, e calculando em 20 anos a evolução média de um Paget, considera que o risco da transformação maligna é da ordem de 1 para 500 casos, isto é 0,2 %. Poretta (38), na Clínica Maio, estudando 1573 casos de Paget, encontrou degenerescência maligna em 0,9 % dos casos. Os locais preferenciais da degenerescência sarcomatosa são os ossos da espádua, a bacia, o crâneo e o fémur. *A Surdez*, por compressão do auditivo. *As Perturbações Oftalmológicas* que podem chegar à cegueira por compressão do nervo óptico e presença de estrias angióides no fundo do olho. *As Perturbações Cardiovasculares*, traduzidas por alterações hemodinâmicas com velocidade circulatória aumentada e débito cardíaco elevado surgem nas fases evolutivas da doença comprometendo 35% ou mais do esqueleto (27). São frequentes as calcificações vasculares múltiplas (42 vezes em 100 doentes) segundo Cabasson e Bargon (9). São igualmente frequentes as perturbações electrocardiográficas constituídas por alterações coronárias e alterações da condução (31). *Complicações Neurológicas*, por compressão

DOR • CONTRACTURA • ANSIEDADE



ADALGUR

antálgico
descontracturante
ansiolítico

glafenina 200mg
tiocolquicosido 2mg
meprobamato 100mg
(por comprimido)

caixas com 12 e 24 comprimidos drageificados

ROUSSEL

LABORATÓRIOS ROUSSEL, LDA.

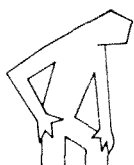
Sede: Rua João de Deus, 19 — Venda Nova — Amadora — Telefone 93 31 21



FLUNEMIN

(apresentado em cápsulas de 100 mg. de ácido flufenâmico)

um novo anti-inflamatório
e analgésico não esteróide para
tratamento das doenças reumáticas



FLUNEMIN

FORTE

(apresentado em cápsulas de 200 mg. de ácido flufenâmico)

POSOLOGIA: A dose diária varia entre 400 a 600 mg. Os doentes com menos de 45 Kg deverão absorver 10 mg/Kg/dia. A posologia do FLUNEMIN deverá ser especialmente estabelecida em pacientes com menos de 14 anos.



INIBSA PORTUGUESA

dos nervos craneanos nos orifícios estreitados da base do crâneo; Hidrocefalia por remanejamento da base do crâneo; compressões medulares podendo conduzir a paraplegia por hipertrofia das lâminas vertebrais e, finalmente isquemia encefálica (23).

10. *EVOLUÇÃO* — Numerosos autores insistem na extensão progressiva das lesões ao longo das diáfises ou da calote craneana. A velocidade de progressão é da ordem de 1 cm/ano para os ossos longos e de 1 a 2 cm/ano para o crâneo; o que significa serem necessários vinte a trinta anos para que o remanejamento pagético se estenda à maior parte do fémur, de uma tibia ou da abóbada craneana. Estes factos sugerem que, na maioria dos casos, o começo real da doença é mais precoce do que se pensa e pode, por vezes, situar-se entre os vinte e os trinta anos (29).

11. *TRATAMENTO* — Podemos, esquematicamente, considerar a terapêutica clássica e as modernas aquisições farmacológicas. Entre os fármacos clássicos há a considerar: a *Aspirina* considerada como a mais sólida sobrevivente das medicações clássicas, em doses de 3 a 4 gramas diárias (para além de analgésica, parece reduzir os fenómenos da reabsorção óssea); os *Anti-Inflamatórios não Esteróides*; os *Corticóides* que podem ser utilizados nas fases evolutivas em doses de ataque de 15 a 30 mg/dia de prednisona ou prednisolona ou doses equivalentes de outros esteróides, reduzindo-os logo que possível até à supressão (parece que bloqueiam a fase lítica da doença, não devendo ser utilizados em tratamentos propongados, entre outras razões, pela osteoporose a que conduzem); os *Anabolizantes*, que podem ser utilizados nas formas com predomínio osteolítico; o *Cálcio* e o *Fósforo* — 2 a 3 g/dia de cálcio durante 20 dias, seguidos de 1 a 2 gramas de fósforo durante 10 dias, o que parece favorecer a mineralização óssea, ainda que a sua acção sobre as dores seja duvidosa; a *Radioterapia* que chegou a ter uma certa difusão, utilizando-se doses anti-inflamatórias de 1000 a 1500 r. na terapêutica das crises dolorosas localizadas em certas zonas pagéticas, tem vindo progressivamente a ser abandonada até porque não é de excluir a possibilidade de poder contribuir para a degenerescência sarcomatosa; *Medidas Ortopédicas Conservadoras ou Cirúrgicas* dependentes da situação (fracturas, compressões medulares, etc); *Laminectomias*; *Osteotomias* de alinhamento nas grandes alterações da estática; *Artroplastias* totais da anca e do joelho nas artropatias evolutivas (esta cirurgia dá excelentes resultados mas é relativamente difícil devendo ser realizada por cirurgiões especializados) (47). Entre as aquisições recentes, destacamos:

A *CALCITONINA*, considerada por alguns autores como o medicamento electivo da doença, foi descoberta em 1963 por Hirsch, Gauthier e Munson (21). Trata-se de uma hormona segregada pelas células C (parafoliculares) da tiróide estando até ao momento comercializadas (não entre nós) a porcina, a de salitrão e a humana. A calcitonina porcina, a mais utilizada no momento actual é um polipeptídeo constituído por 32 amino-ácidos com um peso molecular de 3500. As calcitoninas humana e de sal-

mão têm uma estrutura básica similar à do porco. As de origem porcina e de salmão são extremamente semelhantes o que pode explicar a reacção imunológica cruzada frente a estas duas hormonas. A potência biológica da hormona exprime-se em unidades M. R. C. (Medical Research Council), sendo uma unidade M. R. C. igual a 100 vezes a dose de calcitonina administrada intravenosamente capaz de baixar em cinquenta minutos 10 % da calcemia de um rato de 150 g de peso. Um miligrama de calcitonina porcina corresponde aproximadamente a 50 unidades M. R. C., enquanto que 1 mg da hormona humana equivale a 100 unidades M. R. C. Parece que a hormona circula no plasma em forma livre ou unida às proteínas e admite-se a existência de um sistema inactivador de natureza ainda desconhecida no sangue e na urina.

No sentido de esclarecer quais os estímulos para a secreção da hormona, Copp e col (10) em 1972, demonstraram no pombo que a introdução de cálcio no jejuno estimula a produção de calcitonina. Cooper e col (11) demonstraram que a gastrina, a colecistoquinina, a pentagastrina e outros produtos sintéticos análogos estimulam a produção de tireocalcitonina. Dos estudos efectuados até ao momento pode deduzir-se que existe uma hormona digestiva (gastrina, colecistoquinina) susceptível de ter uma acção protectora contra a hipercalcemia de origem digestiva. Drogas adrenérgicas, aumentando os níveis do A. M. P. cíclico, que é considerado o mensageiro secundário mediador da acção de diversas hormonas, estimulam a produção de calcitonina, enquanto que os fármacos adrenérgicos têm uma acção oposta. A injeção intravenosa de estreptomina produz no rato hipocalcemia e hipofosforemia, admitindo-se que este efeito se produz através do A. M. P. cíclico.

O cálcio, o magnésio, o glucagon, a teofilina, a oxitocina, a tiroxina, a pancreozimina, a gastrina, a acetilcolina, a epinefrina, a prostaglandina E₁, a serotonina e a histamina aumentam a libertação da calcitonina dos tecidos tiroideus. A acção da calcitonina no homem é mal conhecida, sabendo-se que actua ao nível do osso, do rim e do intestino. *Ao nível do osso* a hormona bloqueia a sua destruição nos minutos que se seguem à sua injeção. A calcitonina inibe em culturas ósseas a libertação do cálcio produzida pela paratormona e pela vitamina D. Quer em cultura de tecidos, quer no osso «in vivo» de animais a que se administrou calcitonina, observa-se uma redução dos osteoclastos. A possibilidade de a calcitonina favorecer a formação do osso, é um assunto controverso. Gaillard (18) afirma que a hormona estimula a proliferação osteoblástica; pelo contrário, Flanagan (16) afirma que não afecta a síntese do colagénio. Parece poder concluir-se após os trabalhos dos últimos anos que a calcitonina inibe a reabsorção óssea, sendo insuficientes os dados actualmente existentes no sentido de demonstrar a neoformação óssea. *Ao nível do rim*, no homem, tem um efeito calciúrico e fosfatúrico, e *ao nível do intestino*, no animal em crescimento, aumenta a absorção do cálcio durante a digestão e diminui a excreção do cálcio endógeno. Os estudos da calcitonina sobre o intestino demonstram que a hormona não parece influenciar o transporte do cálcio através da parede intestinal. *Ao nível do sangue* a calcitonina e a paratormona têm efeitos antagónicos, anulando-se as suas acções quando administradas simultaneamente no que

Corticoterápia

na

Reumatologia

- URBASON DEPOT manoject 60 mg
- tratamento a longo prazo
1 injeção por mês

URBASON RETARD 8 mg

- tratamento inicial
até 6 drageias por dia
durante 6 dias
- tratamento de manutenção
2 drageias por dia

URBASON RETARD MITE 4 mg

- nos casos mais favoráveis e em
crianças
- tratamento de manutenção mais
maneável

URBASON®
6-metilprednisolona



OHB₁₂

HIDROXICOBALAMINA

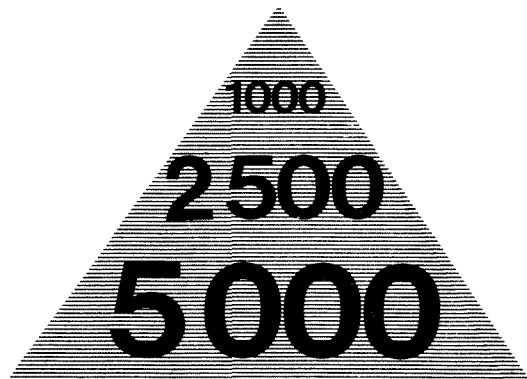
10 000

5 000

2 500

1 000

AMPOLAS LIOFILIZADAS



OHB₁₂B₁

HIDROXICOBALAMINA
+
MONOFOSFATO TIAMINA



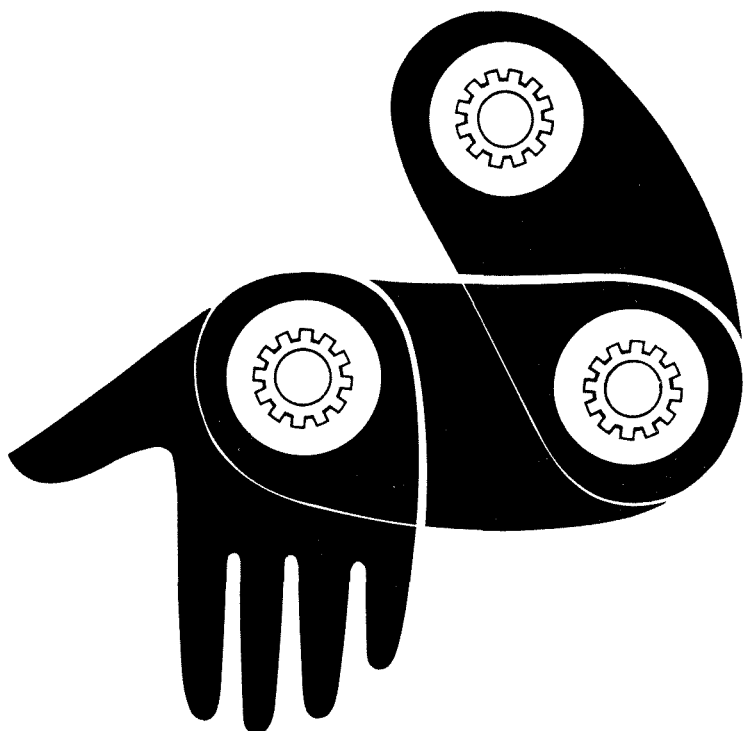
se refere à calcemia tendo, pelo contrário, acção aditiva em relação à fosfo-remia. As duas hormonas aumentam a excreção dos fosfatos pelo rim. Em conjunto admite-se que a calcitonina exerce a sua principal acção inibindo a reabsorção óssea, opondo-se à acção da paratormona e da vitamina D, bloqueando a captação do cálcio pelas células ósseas, modificando a distribuição do cálcio nas estruturas sub-celulares e estimulando a saída do cálcio da célula. Como diz Milhaud (34) os conceitos sobre o metabolismo do cálcio estão a modificar-se graças a novas aquisições sabendo-se, actualmente, que na homeostasia do cálcio intervêm duas hormonas antagónicas: uma hipercalcimante, a paratormona e outra hipocalcemiante, a calcitonina. A série de conceitos resultantes dos trabalhos realizados nos últimos anos levaram à aplicação da calcitonina no tratamento de algumas osteopatias nomeadamente no Paget, e na osteoporose. Um dos problemas mais controversos é o da quantificação da dose eficaz. Milhaud (34), um dos autores com maior experiência na matéria, estudando a curva da radioactividade após a administração no homem de calcitonina marcada, verificou que a hormona desaparece rapidamente do sangue para se fixar nos receptores celulares, em especial nos ósseos. Os osteoclastos são particularmente sensíveis à hormona tornando-se, ao fim de alguns minutos, inactivos e carecendo de um tempo relativamente longo para se reactivarem. Estes factos levam o autor a aconselhar a administração de doses baixas (1 u. M.R.C. ou 5 mg em dias alternados) durante três meses. Depois de um intervalo de repouso de outros três meses pode administrar-se nova série. Milhaud afirma ser inútil administrar doses altas que, para além de favorecerem a formação de anticorpos anti-calcitonina, podem estimular a formação da paratormona anulando-se, assim, a acção da calcitonina. Pelo contrário, outros autores sustentam uma metodologia diferente, aconselhando 160 u. M. R. C. diariamente ou em dias alternados segundo a evolução da doença, afirmando que as doses pequenas são ineficazes. De Rose e col (12), tratando um grupo de 22 doentes com calcitonina porcina (200 u. M. R. C./dia, por via sub-cutânea) durante 9 meses, seguida de calcitonina de salmão na dose de 50 u. M.R.C., três vezes por semana durante mais 11 meses, verificaram diminuição das dores, da temperatura cutânea sobre as lesões ósseas e aumento progressivo da actividade física em 80 % dos casos. Apenas em um caso houve diminuição, do tamanho das lesões. De 5 doentes com comprometimento vertebral e sintomas de sofrimento medular, dois apresentaram melhoras notáveis. De uma maneira geral a melhoria do quadro pagético surgiu ao fim de 6-9 meses de tratamento e traduziu-se, para além da diminuição das dores e aumento da actividade física, por uma descida dos níveis séricos de fosfatase alcalina e pela diminuição da hidroxiprolinúria. Ao fim de 1 ano de tratamento houve uma estabilização dos resultados, quer dizer não se verificou uma melhoria progressiva, o que se atribui, segundo os autores, à formação de anticorpos anti-calcitonina que, de resto, foram demonstrados. É possível que outros mecanismos (indução da secreção da paratormona, por exemplo) possam explicar os resultados incompletos e os insucessos. Os estudos até agora realizados com os três tipos de calcitonina comercia-

lizados permitem formar uma ideia inicial acerca da sua acção no homem. A calcitonina porcina parece ter uma acção menos potente e de duração mais curta do que a humana e a de salmão. A tolerância parece ser excelente, sem reacções alérgicas seja qual for o tipo de calcitonina utilizado devendo, contudo, segundo Sèze e col citarem-se dois fenómenos que podem constituir óbices nos tratamentos prolongados: o hiperparatiroidismo secundário e, como já referimos, a formação de anticorpos anti-calcitonina. É provável que a obtenção em quantidade suficiente da calcitonina humana de síntese, permita encarar os tratamentos mais racionalmente e por tempo indefinido (28).

A *MITRAMICINA* é um antibiótico provavelmente citotóxico em consequência da sua união ao D. N. A., bloqueando a síntese do R. N. A. Ryan e col. (44) referem ter tratado no espaço de 4 anos 80 casos de Paget em actividade com este fármaco na dose de 15-25 microgramos/kg de peso/dia, administrados por infusão endovenosa cada 12 horas durante 10 dias consecutivos. Produziu-se uma melhoria dramática nos sintomas dolorosos com descidas da fosfatase alcalina e da hidroxiprolinúria em 60 % dos casos. Nas biópsias ósseas das lesões observou-se o desaparecimento dos osteoclastos e a redução do número dos osteoblastos. Verificaram-se melhorias muito prolongadas (de vários meses a 3 anos), e as radiografias revelaram tendência para a normalização das lesões ósseas. Um outro grupo, de 18 doentes tratados com doses de 15-25 microgramos/kg de peso/dia em infusão endovenosa durante 5 dias consecutivos por semana, num período de 4 semanas, os autores constataram efeitos sobreponíveis ao ensaio anterior. O efeito secundário mais frequente foi, em alguns casos, o aparecimento de náuseas e de vômitos. Noutros casos surgiu uma hipocalcémia suficientemente intensa para justificar a administração de cálcio. As toxicidades hepática e renal são moderadas, o que não contra-indica a sua utilização em indivíduos com estes órgãos íntegros e, os fenómenos hemorrágicos que podem surgir quando se empregam doses altas (neoplasias) não apareceram com as doses utilizadas.

OS *DIFOSFONATOS*, são compostos químicos simples contendo uniões fósforo-carbono-fósforo. Comprovou-se que inibem a precipitação de diversos sais de cálcio e que bloqueiam a conversão do fosfato de cálcio em hidroxiapatita. Este facto é importante e explica a inibição da reabsorção óssea. Russel e Smith (43) estudaram o efeito do E. H. D. P. (1-hidroxi-1,1 difosfonato) em 40 casos de Paget administrando o fármaco na dose de 20 mg/kg de peso/dia.

Constataram que a descida dos níveis séricos das fosfatases e da hidroxiprolinúria se iniciaram no primeiro mês, tendo-se os valores mantido praticamente normais durante o período de tratamento que oscilou entre três e seis meses. Em seis doentes cujo tratamento se manteve durante 6 meses verificou-se através de biópsias ósseas um aumento considerável do tecido osteóide.



DEXAMOVIRENE

O anti-reumatismal
potencializado e seguro

Actividade terapêutica poderosa

DEXAMOVIRENE aproveita o efeito potencializador do MOVIRENE sobre a dexametasona, já por si só 25 a 35 vezes mais activa que a cortisona.

Campo de indicações específicas

- Poliartrite crónica evolutiva.
- Reumatismo articular agudo.
- Certas formas de periartrite e de reumatismo abarticular.

Efeitos secundários mínimos

Apresentação na dose óptima

DEXAMOVIRENE é apresentado em frascos de 20 comprimidos contendo 0,5 mg de dexametasona e 320 mg de MOVIRENE, dose esta que proporciona um efeito anti-reumatismal máximo para um risco mínimo de incidentes terapêuticos.



DIVISÃO FARMACÊUTICA

Bruxelas

Bélgica

Norgesic

Alivia simultaneamente as dores
e os espasmos musculares...
...permite que o doente se mova
e acelera a recuperação.

Norgesic

Alivia a dor local das lesões dos tecidos
Alivia os espasmos musculares dolorosos...
Alivia os músculos rígidos dolorosos.
Restaura a mobilidade...
acelera o regresso à actividade normal.
Confere uma sensação de bem-estar ao doente
reduz o período de tratamento...
Poupa o doente ao sofrimento de muitos dias de dores.

Composição

Cada comprimido de **NORGESIC** contém:

Citrato de orfenadrina B.P.C.	35 mg
Paracetamol B.P.	450 mg

Posologia

Dois comprimidos, três vezes ao dia.

RIKER LABORATORIES 
LOUGHBOROUGH ENGLAND

RESUMÉ

A prôpos d'un cas de Paget poliostotique, les auteurs ont fait une révision partielle de la littérature mettant en point, particulièrement, les nouvelles aquisitions dans le traitement de la maladie.

SUMMARY

In the present work — a case of Paget's Disease — the authors do a bibliographical revision concerning, particularly, the new acquisitions for the treatment of this disease.

BIBLIOGRAFIA

1. ARLET; LAUREUT, J. e ROMIEU, C. — *La Maladie Osseuse de Paget. Colloque Régional de Pathologie de Montpellier*, Outubro, 1974.
2. BARCELÓ (Sr.), P. e BARCELÓ (Jr.), P. — *Tratamiento de la enfermedad de Paget (osteitis deformante)*. *Rev. Española de Reumatismo y Enfermedades Osteoarticulares*, Barcelona, 3.º trim. 1974.
4. BARRY, C. — *Fractures of the femur in Paget's disease of bone in Australia*. *J. Bone Surg.* 1359-1370, 49A, 1967.
5. BARRY, H. C. — *Paget's Disease of Bone*. Baltimore, Williams e Wilkin Co, 1970.
6. BIJVOET, M. e DE VRIES, R. — *Plasma-phosphate in Paget's disease*. *Lancet*, 1283-1284, 1, 1974.
7. BOONSTRA, E. e JACKSON, E. — *Serum calcium survey for hyperparathyroidism: results in 50 000 clinic patients*. *Amer. J. Clin Path.* 523-526, 55, 1971.
8. BOXUS, B. — *Le traitement chirurgical des complications osteo-articulaires de la maladie de Paget*. *Journal Belge de Rhumatologie et de Médecine Physique*. 339-348, vol. 29, 1974.
9. CABASSON, J. e BARJON, C. — *La maladie osseuse de Paget. Colloque Régional de Pathologie Locomotrice de Montpellier*, Outubro, 1974.
10. COLL; CAMERON; CHENEY; DAVIDSON e HENZE — *Evidence of calcitonin, a new hormone from the parathyroid, that lowers blood calcium*. *Endocrinology*: 638, 70, 1972.
11. COOPER; GRAY; HUNDLEY e MAHGOUH — *Secretion of thyrocalcitonin and its regulation*. *International Congress Series num. 238*, pag. 349. Excerpta Medica, Amsterdam.
12. DE ROSE; SINGER; AURAMIDES; BAKER e WILLACH — *Treatment of Paget's Disease with calcitonin. Clinical aspects of metabolic bone disease*. 540 Ed. Excerpta Medica, Amsterdam, 1973.
13. DELL'ANNO, R.; EISINGER, J. e RECORDIER, M. — *Les explorations biologiques e isotopiques dans la maladie osseuse de Paget*. *Rhumatologie*, 119 - 139, 23, 1971.
14. DICKRON, D.; CAMP, D. e GHORMILEY, K. — *Osteitis deformans. Paget's disease of bone*. *Radiology* 449-470, 44, 1945.
15. ELLIS, K. e HOCHSTIM, J. — *The Skull in hyperparathyroid bone disease*. *Amer. J. Roentgenol*, 732-742, 83, 1960.
16. FLANAGAN e NICHOLS — *Bone matrix turn-over and balance in vitro. Effects of parathyroid hormone and thyrocalcitonin*. *J. Clin. Invest.* 48, 595, 1969.
17. FRANK, A.; BRESS, M.; SINGER, R. e KRANE, M. — *Rheumatic manifestations of Paget's disease of bone*. *Amer. J. Med.* 592-603, 56, 1974.
18. GAILLARD e THESING — *Bone cultures with calcitonin. Symposium on Thyrocalcitonin and the Celles*. Londres, 1968.
19. GRUND, M. — *Fractures of the femur in Paget's disease of bone. Their etiology and treatment*. *J. Bone Surg.* 252-263, 52B, 1970.
20. GUTMAN, B. e PARSONS, B. — *Hyperparathyroidism simulating or associated with Paget's disease*. *Ann. Int. Med.* 13-31, 12, 1938.
21. HIRSCH; GAUTHIER e MUNSON — *Thyroid hypocalcemic principal and recurrent laryngeal nerve injury as factors affecting the response to parathyroidectomy in rats*. *Endocrinology*, 73, 244, 1963.
22. KIRSIN, B.; KREEGER, N. — *Serum citric acid in Paget's disease*. *Amer. J. Med.* 301-305, 228, 1954.
23. LABAUGE, R. — *La maladie osseuse de Paget. Colloque Régional de Pathologie Locomotrice de Montpellier*, Outubro, 1974.
24. LAKE, M. — *Studies of Paget's disease*. *J. Bone It. Surgery*, 323-335, 33B, 1951.
25. LEMAIRE, R. — *Les fractures des os longs dans la maladie de Paget*. *Journal Belge de Rhumatologie et de Medecine Physique*, 349-366, vol. 29, 1974.
26. LIEVRE, A.; BLOCH-MICHEL, H. e BENOIT, P. — *Le remaniement pagétoïde post-traumatique du Tibia*. *Bull. Soc. Méd.* pag. 479-482, Paris, 1947.
27. LIEVRE, A. — *Maladie Osseuse de Paget*. *Encycl. Médico-Chir., App Locomoteur*, 14023, Rio, 3, 1969.
28. LIEVRE, J. — *Données chimiques et etio-pathogéniques sur la maladie de Paget*. *Journal Belge de Rhumatologie et de Médecine Physique*, pag. 322, vol. 29, 1974.
29. MALDAGUE, B. e MALGHEM, J. — *Aspects radiologiques de la maladie de Paget*. *Journal Belge de Rhumatologie et de Médecine Physique*, pag. 293-322, vol. 29, 1974.
30. MARCHI, B. e CITTADINI, G. — *Le fracture instantanee in osseo pagetico*. *Minerva Ortop.*, 615-629, 19, 1969.
31. MAY, V. — *Manifestations cardiovasculaires de la maladie de Paget. Symposium International sur la maladie de Paget*. S. Paul-de-Vecue, Junho, 1973.
32. McKENNA, J.; SCWINN, P.; SOONG, Y. e HIGINBOTHAN, L. — *Osteogenic sarcoma arising in Paget's disease*. *Cancer*, 42-66, 17, 1964.

33. MOORE, S. — *Observations on osteitis deformans*. Amer. J. Roentgenol, 507-518, 10, 1923.
34. MILHAUD, G. — *Metabolisme du calcium; la thyrocalcitonine*. Acquisitions medicales recentes, 99, 1973. Ed. Expansion Scientifique, Paris.
35. MOURGUES, C.; COMTET, J. e FISHER, L. — *Les fractures dans la maladie osseuse de Paget*. Rev. Chir. Orthop. 657-666, 53, 1967.
36. NAGAUT DE DEUXCHAÏENES, C. e KRANE, M. — *Paget's disease of bone. Clinical and metabolic observations*. Medicine, 1964, 43, (n.º 3) ,233-259.
37. NICHOLAS, A. e KILLORAN, P. — *Fracture of the femur in patients with Paget's disease. Results of treatment in twenty-three cases*. J. Bone It. Surg. 450-461, 47A, 1965.
38. PORRETA, A.; DAHLIN, C. e JANES, M. — *Sarcoma in Paget's disease of bone*. J. Bone Surg. 1314-1329, 39A, 1957.
39. PRICE, G e GOLDIE, W. — *Paget's Sarcoma of bone*. J. Bone It Surgery, 205-225, 51B, 1969.
40. PYGOTT, F. — *Paget's disease of bone: the radiological incidente*. Lancet, 1957, 1, 1170.
41. RAUIS, A. — *Etude statistique sur la maladie de Paget*. Journal Belge de Rhumatologie et de Médecins Physique, pag. 367, vol. 29, 1974.
42. ROGERS, H. e ULTIN, R. — *Fractures in Paget's disease*. J. Bone Surg. 914-920, 18, 1936.
43. RUSSEL; SMITH; WOODS e BISHOP — *Diphosphonates and Paget's disease of bone*. Lancet, 945, 1, 1971.
44. RYAN, W. e col. — *Treatment of Paget's disease of bone with mitramycin. Clinical aspects of metabolic bone disease*, 5, 35, Excerpta médica, Amsterdam, 1973.
45. SUQUET, P. — *La maladie osseuse de Paget*. Colloque Régional de Pathologie Locomotrice de Xontpellier, Outubro, 1974.
46. TOUSAINT, J.; TONDEUR, G.; BOSSU, A. e DUSART, D. — *L'exoftalmie dans la maladie de Paget*. Journal Belge de Rhumatologie et de Médecine Physique, 333-338, 29, 1974.
47. VIDAL, J. e ALLIEU, Y. — *La maladie osseuse de Paget*. Colloque Régional de Patrologie Locomotrice de Montpellier, Outubro, 1974.
48. WOODARD, Q. — *Long term studies of the blood chemistry in Paget's disease of bone*. Cancer, 1959a, 12, 1226-1237.
49. WOODHOUSE, Y. — *Paget's disease of bone*. Clin. End. Med. 125-141, 1, 1972.
50. SCHMORL, G. — *Uber ostitis deformans Paget cit*. Rauis in Journal Belge de Rhumatologie et de Médecine Physique, 368, 29, 1974.
51. COLLINS, H. — *Paget's disease of bone: incidence and subclinical forms*. Lancet, 51-57, 271, 1956.
52. MEUNIER, P.; EDOUARD, C. e BERNARDO, J. — *Histologie quantitative et dynamique de l'os pagétique*. Journal Belge de Rhumatologie et de Médecine Physique, 219, 29, 1974.
53. SOMAYAJI, N. — *Malabsorption syndrome in Paget's disease of bone*. Brit. Med. J. 278-280, 4, 1968.
54. MOORE, S. — *Observations on osteitis deformans*. Amer. J. Roentgenol, 507-518, 10, 1923.
55. FERRATA cit. TOUSSANT in Journal Belge de Rhumatologie et de Médecine Physique, 337, 29, 1974.
56. SCHMITT, G.; BARRUCAND, D. e DUC, M. — *Manifestations neurologiques intracramiennes de la maladie de Paget*. Rev. Oto-neuro-ophthal. 196, 40, 1968.

ERRATA

Página 26, linha 16:

onde se lê 1,42 milimicrocuries por litro

deve ler-se 10, 42 milimicrocuries por litro

ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

VOL. III — 1975

ÍNDICE DE AUTORES

A		DELBARRE, F.	71
		DIAZ CURIEL, M.	73
AHO, K.	121	DOLY, J.	69
AHVONEN, P.	121	DUDLEY HART, F.	70
ALBERTI, M.	125		
ÂNGELO, E. P.	139	F	
ANSELL, B.	122	FASSBENDER, H. G.	125
		FEBRRER CALLIS, M.	75
B		FIGUEIRINHAS, J.	
BALME, H.	70	57, 73, 76, 78, 85, 93, 125, 126,	139
BARCELÓ, P.	71	FREITAS, S.	47
BERGHOLTZ, H.	79		
BERRY, H.	70	G	
BERTRAND, P.	69	GIBSON, T.	70
BLOTMAN, F.	76	GLEICH, G. J.	70
BORRACHERO DEL CAMPO, J.	1	GOMES, J. A.	153
BOTELHO, J. C.	47, 131	GRAHAM, R.	70
BURRY, H.	70	GSCHWEND, N.	72
BUSSIÈRE, J.	69		
		H	
C		HEDMAN, S.	79
CAROIT, M.	77	HENDERSON, D.	70
CARRINGTON, M. D.	29	HUGHES, G. R. V.	71
CAUWENBERGE, H. van	122	HUNDER, G. G.	70
CLAUSTRE, I.	76	HUSKISSON, E.	70
CRUZ, J. M.	109		
		I	
D		ISOMÄKI	123
DAVIS, P.	71		
DEBEYRE	77		

J		Q	
JEANPIERRE, J.	69	QUEIRÓS, M. 39, 65, 69, 70, 71, 72, 73, 83, 153	
JOSENHANS, G.	123		
JOURDE, H.	69		
JUNET, R.	73		
K		R	
KAHN, M.-F.	77	RAMPON, S.	69
KAJANDER, A.	121	RAPADO, A.	73
KNORRING, J. von	122	RAUNIO, P.	123
KORST, V. der	122	RICKEWAERT, A.	78
KOUPERNIK, G.	77	RIVELIS, L. A.	7
		ROBERTS, P.	122
L		S	
LAPALUS, F.	69	SALCEDO, I. de	29
LEMONS, M. M.	29	SANTO, J. E.	153
LEROY, V.	69	SAUVEZIE, B.	69
LEQUESNE, M.	77	SCHEIER, H.	72
LORENZEN, I.	121	SEIDER, K.	121
LOUYOT, P.	69	SÈZE, S. de	77
LUNDMARK, K.	79	SILVA, J. L.	29
		SILVA P. L.	153
		SIMON, L.	76
		SÖDERBERG, D.	79
		STOEBER, E.	122
		SUNDQVIST, H.	122
		SUSS, P.	69
		SVARTZ, N.	79
M		T	
MÄKELÄ, A.	122	TAMISIER, J.	69
MÄMÄLÄINEN, M.	123		
MARTINS, R. P.	77		
MISSMAHL, H. P.	122		
MISSIOUX, D.	69		
N		V	
NASSONOVA, V.	123	VAZ, A. L.	47
		VIEIRA, J. A. N.	23
O		W	
OLIVEIRA, C.	117	WOJTULEWSKI, J.	70
OMILLA ARROTA, E.	72	WOOD, P.	123
P		Z	
PAHLE, J.	123	ZANNETTI, A.	69
PELTOLA, P.	122	ZEA MENDOZA	73
PELTOLA, P.	122	ZITNAN, D.	122
POAL BALLARIN, J. M.	75, 127		
POURET, J.	69		
PRIN, P. H.	69		

ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

VOL. III — 1975

ÍNDICE DE TRABALHOS

A

«Abrégé de Rhumatologie»	76-77
Acalásia do esófago (Gota e —)	57-64
Afecções raras da sinovial	78
Afectación cervical en la artritis reumatoidea	72
Águas Santas do Vimeiro	98
Aho, K.	121
Ahvonon, P.	121
Albany Medical College	140
Alberti, M.	125
	98, 107
Aigoneurodistrofia descalcificante	78
Ansell, B.	122
Amiloidose	78
Amiloidose na doença reumatóide	122
Antigène HL-A27 et Spondylarthrites ankyosantes (S.A.)	73
Aregos	23, 24, 25
Arrota, E. O.	72
Arthrite expérimentale	80
Arthrite Rhumatoïde	
— les immunocomplexes et leur importanse dans 1'—	79-83
— les types de IgG	80
— facteur rhumatoïde	79
Artrite reumatóide (ver artritis reumatóide, arthrite rhumatoïde e rheumatoid arthritis)	
Artrite reumatóide juvenil (Tratamento da —)	122
Artrites reactivas associadas com infecção	121
Artritis reumatoidea	
— Columna cervical en la —	72
Artropatia da reuopatia diabética	78
Artropatia da tabes	78
Artropatia da siringomielia	78
Artropatia degenerativa e mecânica	78

Atrophia hemofílica	78
Artrophia mecânica	78
Artrophia pós-traumática	78
Artropatias de origem nervosa	78
— algoneurodistrofia descalcificante	78
— artrophia da neuropatia diabética	78
— artrophia da siringomielia	78
— artrophia da tabes	78
Artrose (Velhice e —)	1-6
Artrose de compensação	4
Artrose em poussée «congestiva»	78
Artrose por envelhecimento	4
Artroses	1-6
— etiopatogenia	1-6
— prevenção	5-6
— velhice e Artrose	1-6
«Atteinte du coude chez le boxeur»	125
Automatização do diagnóstico	129

B

Balme, H	70
Banhos de São Paulo	98
Barceló, P.	71
Bargon	164
Barry	164
Batelle Memorial Institute	140
Baumgartner	2
Benoit	159
Berry, H.	70
Bertrand, P.	69
Besançon, J.	25
Biogeleias	25
Blankenhorn, M.	8
Bloch-Michel	159
Biotman, F.	76
Boxus	163
Brebner	139
«Bréviaire de Rhumatologie»	77-79
Brochner-Mortensen	52
Buffon	2
Burry, H.	70

C

Cabasson	164
Caldas da Rainha	98, 107
Caldas da Saúde (Termas das —)	93, 98, 101, 103
Caldas das Taipas	98
Caldas de Monchique	98
Caldas de Vizela	98
Caldas do Gerês	98
Caldeira de Pero Botelho	23, 26
Caldeira Medonha	25
Caldeiras	25
Caldeias	98

Callis, J. M. F.	75
Campbel	139
Carlson, C. F.	139
Carrel, A.	3
Cartilagem	
— envelhecimento prematuro ou «patológico»	3-5
— envelhecimento normal ou «fisiológico»	3-5
Chaves	24, 98, 102-103
Chvostek, F.	8
Cintigrafia óssea com pirofosfato de Tecnésio (⁹⁹ Tcm)	69
Citostático (Tratamento —)	121
Cittadini	163
Classificação das doenças reumáticas	123
Classificação dos pelóides portugueses	23
Claustre, I.	76
Clopirac	29-37
— adverse reactions	36
— double-blind cross-over study with —	29-37
— in Rheumatoid Arthritis	29
Cohen, M. B.	8
Collins	158, 164
Coluna Cervical na Artrite Reumatóide	72
Computadores en la actividad clínica	129
Comportement (le) gastrique au cours des rhumatismes inflammatoires sous incidence medicamenteuse	69
Condrite costal	55
Condropatia tuberosa	55
Congresso (VIII) Europeu de Reumatologia	121-123
Cooper	166
Copp	166
Coxopatia pagética	164
Crenoterapia e Reumatismo	93-108
Crítérios de Diagnóstico do L. E. D.	123
Cucos (Termas do Vale dos —)	23, 26, 98-104
Cura holotermal	95
Curia	98-104

D

D — Penicillamine and gold in Rhumatoid Arthritis	70
Davis, P.	71
Delbarre, F.	71
Democracia, Paz e Movimento das Forças Armadas (Reumatologia —)	117-119
Diaz Curiel, M.	73
Diaz Rivera, R. S.	8
Dieta na gota	64
Doença de Heberden	5
Doença óssea de Paget	153-170
Doença de Paget	78, 153-170
— anatomia patológica	158-159
— anomalia de estrutura óssea	158-159
— caso clínico	153-157
— calcitonina	165-168
— clínica	159-160
— complicações	163-165
— coxopatia pagética	164

— definição	157
— diagnóstico diferencial	162
— difosfatos	168
— epidemiologia	158
— etiopatogenia	159
— evolução	165
— exames complementares de diagnóstico	160-163
— exoftalmia	163
— exploração biológica	160-161
— fibrose medular	158, 159
— forma em «repouso»	160
— forma «galopante»	160
— forma «osteogénica»	160
— forma «osteolítica»	160
— formas cefálicas	160
— hidroxiprolinúria	160, 161
— hiperosteoclastose	158, 159
— hiperosteoidose	158, 159
— mitramicina	168
— osteocondensação	158, 159
— osteosarcoma	164
— radiologia	162
— revisão da literatura	157
— tratamento	165-168
Doenças de Tietze	55-56
Doença de von Recklinghausen	163
Doenças Reumáticas	
— classificação	123
— nomenclatura	123
Dudley Hart, F.	70
Dumonde, D.	121

E

Efeitos de bordo	142
Elbow — Arthroplasty with the new GSB — Prosthesis	72
Enfermedad de Heberden	5
«Enfermedades Reumáticas y Procesos Afines para el médico general»	75
Ensino Pré-Graduado de Reumatologia (Subsídios para o —)	39-45
— avaliação de conhecimentos	45
— duração	40-41
— metodologia	41-45
— necessidade do —	39-40
— objectivos do —	39-40
— programa	42-44
— técnicas utilizadas	41-45
— tipo de ensino	40-41
Envelhecimento e artrose	1-6
Eosinophilia during gold therapy (Significance of —)	71
Eppinger, H.	8
Erros em Reumatologia	116-119
Espondilite melitocócica (ver também Febre de Malta)	131-138
— antibioterápia	134
— artrite subastragaliana	132
— ciatalgias	132
— clínica	132-133

— cruralgias ..	132
— eosinofilia ..	133
— esplenomegália ..	133
— febre ..	133
— frequência ..	137
— hemocultura ..	134
— hepatomegália ..	133
— imunoglobulina IgG ..	134
— laboratório ..	133-134
— nevralgias intercortais ..	132
— osteofitose precoce ..	133
— prova de Coombs ..	133
— pseudosindesmofitos ..	133
— punção biópsia discal ..	134
— radiologia ..	133
— raquialgia ..	132
— reacção de Huddleson ..	126, 133
— sinal de Pedro Pons ..	133
— tratamento ..	134-135
Espondilite tuberculosa ..	131
Esquema de Rickewaert ..	62
Estância Termal de Vizela ..	25
Estância Termal dos Cucos ..	23-25
Estômago e terapêutica anti-inflamatória ..	69
Etiopatogenia de la gota ..	71

F

Facteur Rhumatoide ..	78-83
Fassabender, H. G. ..	125
Febre de Malta (ver também Espondilite melitocócica) ..	131-138
— morbidade específica em Portugal ..	132
— percentagem de rebanhos caprinos infectados em Portugal ..	132
— prova de Coombs ..	133
— radiologia ..	133
— reacção de Huddleson ..	133
— tratamento ..	134
Felty (Síndrome de —) ..	65-68
— anatomia patológica ..	65-66
— clínica ..	66
— definição ..	65
— esplenectomia ..	67
— etiopatogenia ..	65
— frequência ..	65
— hematologia ..	66-67
— imunologia ..	67
— mielograma ..	67
— modo de início ..	67-68
— prognóstico ..	67
— tratamento ..	67-68
Flanagan ..	166
Formação das Lamas Medicinais Portuguesas ..	23-27
Formes (les) Cliniques et Biologiques de la Goutte Articulare et Viscérale ..	71
Fosborribosiltransferase (deficit de —) ..	53
FR ..	79-83
Franck ..	161
Furnas (Vale das —) ..	24-25

G

Gaillard ..	166
Gauthier ..	168
GBS — Prosthesis (Elbow-Arthroplasty with the new —) ..	72
Georgia Warm Spring Foundation ..	95
Gerês (Caldas do —) ..	98
Gibson, T.	70
Gleich, G. J.	70
Gota ..	47-54, 57-64, 85-92
— acalásia do esófago e — ..	57-64
— anomalias lipídicas ..	85-91
— articular e visceral ..	71
— dieta na — ..	64-91
— etiopatogenia ..	61-71
— formas clínicas e biológicas ..	71-72
— fosfolípidos na — ..	85
— hábitos alcoólicos e — ..	83, 91
— hipercolesterolemia na — ..	85
— hiperlipidemia na — ..	85-92
— hipertrigliceridemia na — ..	86, 90-91
— lipidograma na — ..	88
— lípidos séricos na — ..	85
— obesidade e — ..	88
— tofácea mutilante (Sobre um caso de —) ..	47-54
— triglicédeos na — ..	91
Gota úrica e hiperlipidemia ..	85-92
Gold and D — Penicilamine in Rheumatoid Arthritis ..	70
Gold therapy (Significance of eosinophilia during —) ..	71
Grahame, R.	70
Gregory, L. E.	8
Griffith, G. C.	8
Grundy ..	164
Gschweno, N.	72

H

Halold Company ..	140
Harris, A.	8
Heberden (Enfermedad de —) ..	5
Henderson, D.	70
Hidroterapia e Reumatismo ..	93-108
Hilleboe ..	139
Hiperlipidemia na gota úrica ..	85-92
Hiperuricemia e gota úrica ..	61-64, 85
Hiperuricemia (Mecanismo da —) ..	61
Hipouricemias ..	73
Hirsch ..	165
HL — 427 et Spondylarthritis Ankylosante ..	73
Holotermal (Cura —) ..	95
Homem de Néanderthal ..	157
Hospital Curry Cabral ..	134-136
Hospital de S. José ..	131
Hospital de S. Lázaro ..	131
Hospital Termal das Caldas da Rainha ..	24
Huddleson (Reacção de —) ..	133

Hughes, G. R. V.	71
Hunder, G. G.	70
Hunskisson, E.	70

I

IgE (Immunoglobulin E) in Serum and Synovial fluid in Rheumatoid Arthritis ...	70
IgG et facteur rhumatoide ...	80-83
Immunocóplexes (Les) dans l'Arthrite Rheumatoide et leur importance ...	79-83
Immunoglobulin E (IgE) in Serum and Synovial fluid in Rheumatoid Arthritis ...	70
Instituto Português de Reumatologia ...	93 98, 100, 104, 105
Interações de fármacos anti-reumáticos ...	122
International Society of Medical hidrology ...	23
Isoenzima de Ragan ...	160
Isomäki ..	123

J

Jeanpierre, J.	69
João V. (D.) ...	24
Josenhans, G.	123
Judelman ...	139
Junet, R.	73

K

Kajander, A.	121
Kahn, M.-F.	77
Kersley ..	53
Killoron ..	164
Kissine ..	161
Kline, B. S.	8
Knowles J., H. C.	8
Kornei, O.	139
Kosoff ...	53
Koupernic, G.	77
Kreeger ..	161
Kusmaul, A.	8

L

Lagoa das Furnas ...	25
Lamas Medicinai Portuguesas	
— aplicação ..	23-25
— classificação ...	23-25
— composição ...	26
— formação ..	23-52
Lameiro dos Lodos ...	25
Lâmina de sabre ..	157
Lassus, A.	123
Leirisalo ...	121
Leitinen ..	121
Lepierre, C.	26
Lequesne, M.	77

Lesch-Nihan (Síndrome de —)	53
Leucemia	78
Lièvre	159
Loewi, G.	125
Logue, R. B.	8
Lorenzen, I.	121
Louyot, P.	69
Lundberg, E. A.	8
Lupus Eritematoso Disseminado (Critérios de Diagnóstico)	123
Luso	98
Lynch, G.	8

M

Macroglobuline FR	81, 82, 83
Mäkelä, A.	122
Maier, R.	8
Mal de Pott	133
Mämäläinen, M.	123
Mamografia	140
Marchi	163
Martins, R. P.	91, 109
Mc Kena	164
Mecanismo da Hiperuricemia	61-64
Mieloma	78
Milhand	167
Miller, A. J.	8
Missmahl, H. P.	122
Monchique (Caldas de —)	98, 107
Monfortinho (Termas de —)	98
Monoartrites subagudas e crónicas	98
Mourgues	163
Mowrey, F. H.	8
Mullins, F.	8
Munson	165

N

Nassanova, V.	123
Neanderthal (Homem de —)	157
Necrose epifisária	78
Neuropatia diabética	78
Nicholas	164
Nódulos de Heberden	5
Nomenclatura e classificação das Doenças Reumáticas	123
Nuevos aspectos en la interpretación de la uricemia: Hipauricemias	78
Nuzum Jr., J. W.	8
Nuzum Sr., J.	8

O

O'Hare, J. P.	8
Ordenadores (Los) en Reumatología y Medicina en general	127-129
Osteíte deformate (Ver Doença de Paget)	153-170
Osteocondromatose sinovial	78
Osteomielite	78
Osteossarcoma e doença de Paget	164
Ouro e D-Penicilamine na artrite reumatóide	70

P

Paget, J.	157
Paget (ver Doença de Paget) ..	153-170
Paget Polioestótico ..	157
Phale, J.	123
Paraneoplásicas (Reacções) no tecido conjuntivo ..	122
« Pathology of Rheumatic Diseases » ..	125
Pedras Salgadas ..	98
Peloid ready for use ..	25
Pelóides Portugueses ..	23-27
— aplicação ..	23-27
— classificação ..	23, 25
— composição ..	26
— formação ..	23-25
— pelóide da Cadeira de Pero Botelho ..	23, 24, 26
— pelóide de Aregos ..	23, 26
— pelóide de Chaves ..	23
— pelóide de São Vicente de Entre-os-Rios ..	23-26
— pelóide de Vizela ..	23, 25-26
— pelóide dos Cucos ..	23, 26
— uso dos pelóides ..	23-25
Pelteola, P.	122
Periarteritis nudosa ..	8
Pirofosfato de tecnétium (Cintigrafia óssea com —) ..	69
Poal Ballarin, J. M.	75, 127
Poliarteritis ..	7-22
— causa de muerte ..	20
— curso ..	20
— diagnóstico ..	20
— duración ..	20
— hallazgos de Anatómo-Pathológicos ..	20-21
— hallazgos Elecetrocardíacos ..	17
— hallazgos de Laboratório ..	16-17
— hallazgos Roentgenológicos ..	18
— história Familiar y Personal ..	10
— signos ..	14-15
— síntomas ..	10-14
— tratamientos ..	18-20
Poliartrite gotosa (Um caso de —) ..	47-54
Pool miscível do ácido úrico ..	61-62
Poretta ..	164
Pott (Mal de —) ..	133
Pouret, J.	69
Price ..	164
Propos (A) de 250 observations de scintigraphie osseuse par le Pyrophosphate d'étain marqué au technétium 99 m. — étude analytique et critique ..	69
Psychalgie ..	77
Pygott ..	158

Q

Quarta Conferência Científica internacional de Dax ..	23
---	----

R

Ragan (Isoenzima de —) ..	160
Rapado, A.	73

Raunio, P.	123
Reacção de Huddleson na Febre de Malta	133
Reacções Paraneoplásticas no tecido conjuntivo	122
Recklinghausen (Doença de —)	163
Regime do gotoso	64
Reumatismo e Termalismo em Portugal	93-108
Reumatologia	
— democracia, Paz e Movimento das Forças Armadas	117-119
— diagnóstico pelos ordenadores em —	127
— erros comuns em —	109
— los ordenadores em —	127
— subsídios para o ensino pré-graduado em — ..	39-45
Rheumatoid Arthritis (Ver artrite reumatoide, artritis reumatoidea)	
— D-Penicillamine and gold in —	70
— double-blind study comparing clopirac wit a placebo in — ...	28-37
Rhumatismes inflammatoires	
— le comportement gastrique sous incidence medicamenteuse dans les -	69
— immunoglobulin E (IgE) levels in serum and synovial Fluid in — ...	70
— eosinophilia during gold ththerapy (Significance of —) ...	71
Ria de Aveiro	25
Rich, A. R.	8
Rickwaert (Esquema de —)	62
Righi, A.	25
Rio Sizandro	24
Roach	139
Roberts, P.	122
Rokitansky, K.	8
Roosevelt, Presidente	95
Russel	168
Ryan	168

S

S. Miguel	25
São Paulo (Banhos de —)	98-107
São Pedro do Sul (Termas de —)	98, 106, 107
São Vicente de Entre-os-Rios	23, 24, 25
Sarcoma e Paget ..	164
Scheier ..	72
Schmorl ..	158
Seider, K.	121
Sector de Reumatologia do Serviço de Propedêutica Médica da Universidade do Porto	94, 97, 100
Sèze, S. de ..	52, 77, 78, 168
Sheep cell test	80
Significance of Eosinophilia during gold therapy	71
Simon, L.	160
Sinal do chapéu	76
Sinal de Pedro Pons na espondilite melitocócica	133
Síndrome costo-condral	55
Síndrome de Feltey	65-68
Síndrome de Lesch-Nyhan	53
Síndrome de Tietze	54-56
Sinovectomia das articulações reumatóides	123
Sinovialoma ..	78
Sinovite vilo-nodular ..	78
Sizandro (Rio —)	24
Smith	168

Somayaji	162
Spondylarthritis Ankylosente (SA) et antigène HL-A27	73
Strong, G. F.	8
Subsídio para o Ensino Pré-Graduado de Reumatologia	39-45
Sundqvist, H.	122

T

Taipas (Caldas das —)	98
Tamisier, J.	69
Terapêutica anti-inflamatória e estômago	69
Terapêutica Hidrotermal	93-108
— cura holotermal	95
— nas artrites infecciosas	94
— nas artropatias degenerativas	94
— nas artropatias metabólicas	94
— nos reumatismos inflamatórios	94
— nos reumatismos não articulares	94
Termalismo	
— factor climático no —	95
Termalismo e Reumatismo em Portugal	93-108
Termas das Caldas da Saúde	93
Termas dos Cucos	93
Termas de Monte Real	98
Termas de São Pedro do Sul	98
Termas do Vale dos Cucos	93
Termas do Vimeiro	98
Test de Waaler-Rose	82
Tietze	55
Tietze (A propósito de um caso de Síndrome de —)	55
Tietze (Doença de —)	55
Toner	140
Toracocondrite	55
Toracocondralgia	55
Torres Vedras	24
Tratamento Citostático	121
Tratamento da Artrite Reumatoide Juvenil	122
Trial comparing D-Penicillamine and gold in Rheumatoid Arthritis. Preliminary Report	70

U

Unhais da Serra	98
Úrico-eliminadores	62
Úrico-frenadores	62-64
Úrico-retentores	64

V

Vale dos Cucos (Termas do —)	93
Vale das Furnas	24-25
Van der Korst, J. K.	122
Van Cauwenberger, H.	122
Velhice e a Artrose	1-6
Vejez y la Artrosis	1-6

Vidago	98
Vimeiro	98-107
Vizela	23, 24, 25
Vizela (Caldas de—)	98, 107
Von Knorring	122
Voural, I. L.	8

X

Xeromamografia	140
Xerorradiografia (A) nas afecções reumáticas	139-151
— aplicações clínicas	141-149
— e estrutura óssea	141
— história da —	129-140
— inconvenientes da —	141
— na artrite reumatóide	146
— na gota	145
— na hiperostose vertebral anquilosante	146
— na patologia do ombro	141-142
— na patologia microcristalina	145
— na patologia das partes moles	142, 144
— na patologia vertebral	146
— na pelvispondilite	146
— nas calcificações periarticulares	141-142
— técnica	139-140
— vantagens	150
Xerorradiograma	141

Y

Young, A. M.	8
----------------------	---

Z

Zannetti, A.	69
Zea Mendoza, A. C.	73
Zeek, P. M.	8
Zitnan, D.	123

W

Warm Springs	95
Warm Springs Foundation	95
Weichselbaum, A.	8
Wojtulewski, J.	70
Wodd, P.	122
Woodard	161
Woven-bone	159

DOR O SINTOMA DOMINANTE NAS DOENÇAS REUMÁTICAS



A SOLUÇÃO MAIS EFECTIVA: RESOLUÇÃO DA
INFLAMAÇÃO

dorindac* Comprimidos
Supositórios

- Alivia eficazmente a dor
- Resolve a inflamação

CHIBRET LIMITADA

Rua Barata Salgueiro, 37, 1.º - Lisboa 2 - Portugal



* Marca Registrada

Mobilidade com o INDOCID

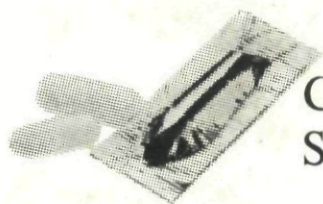
Torna-se imediatamente evidente que o simples lumbago beneficia consideravelmente com tratamento... (INDOCID); em cerca de 85% dos doentes... (verificou-se o desaparecimento total dos sintomas) ou registaram-se melhoras dentro de cerca de 10 dias.

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

Pela maioria dos critérios... subjectivos ou objectivos,

Indocid^{*}
(indometacine, MSD)

Indocid-Duo^{*}
(indometacine, MSD)



Cápsulas
Supositórios

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

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

MSD

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

*Marca registada

