

1.º e 2.º Trimestres - 1976



ACTA

REUMATOLÓGICA

PORTUGUESA

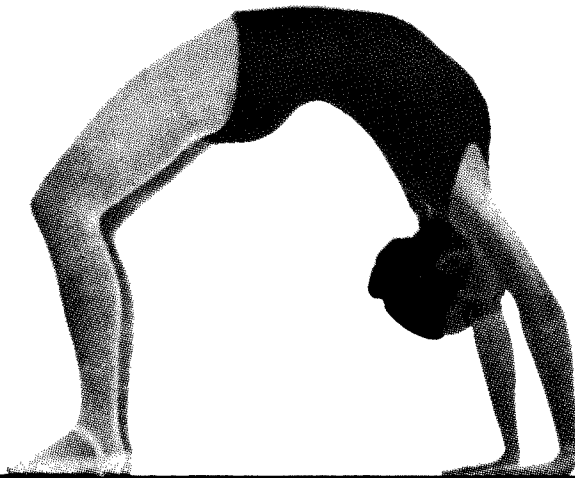
Vol. IV

1-2

Sociedade
Portuguesa de
Reumatologia

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

A ponte está lançada graças a



VOLTAREN

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



ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. IV (Tomo 1-2)

1976 — 1.º e 2.º Trimestres

N.º 11-12

NÚMERO ESPECIAL
DEDICADO
À SESSÃO SOLENE
DA
SOCIEDADE PORTUGUESA
DE REUMATOLOGIA



ESTORIL, 23 DE MAIO DE 1976

SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA

(Liga Portuguesa Contra o Reumatismo)

Rua de D. Estefânia, 187-189 — LISBOA

Telefs. 57 23 26 - 4 07 64

CORPOS GERENTES (1977-1979)

DIRECÇÃO

Presidente	— Dr. Robert Pereira Martins
Vice-Presidente	— Prof. Dr. A. Lopes Vaz
Secretário-Geral	— Dr. João Figueirinhas
Secretário-Adjunto	— Dr. J. Galvão de Figueiredo
Tesoureiro	— Dr. José Neiva Vieira
Delegado à ILAR	— Dr. Manuel Loução Martins Júnior
Delegado à EULAR	— Dr. ^a Georgette Banet

MESA DA ASSEMBLEIA GERAL

Presidente	— Dr. José Mendonça da Cruz
1.º Secretário	— Dr. Luis Monteiro Baptista
2.º Secretário	— Dr. Luis Rego

CONSELHO FISCAL

Presidente	— Prof. Dr. Armando Lopes Porto
Relator	— Dr. M. Viana Queirós
Vogal	— Dr. Manuel Ribeiro Raposo

CONSELHO CIENTIFICO — Vogais Conselheiros

1. Eleitos para:

Presidente	— Dr. Robert Pereira Martins
Secretário	— Dr. João Figueirinhas
Anatomia Patológica	— Prof. Dr. Daniel Serrão
Cardiologia	— Dr. Luis Lima Faleiro
Gastroenterologia	— Prof. Dr. Frederico Madeira
Hidrologia	— Dr. João Almeida Dias
Medicina Interna	— Prof. Dr. A. Robalo Cordeiro
Medicina Física	— Dr. Rogério Pinto Ribeiro
Neurocirurgia	— Dr. A. Vasconcellos Marques
Neurologia	
Ortopedia	— Dr. Artur Lino Ferreira
Radiologia	— Dr. João Manuel Covas de Lima
Reumatologia	— Dr. ^a Maria Adelaide Vahia Carneiro

2. Designados por:

Faculdade de Medicina de Coimbra	— Prof. Dr. Armando Lopes Porto
Faculdade de Medicina de Lisboa	— Prof. Dr. Fernando de Pádua
Faculdade de Medicina do Porto	— Prof. Dr. António Lopes Vaz
Fundação Rainha D. Leonor	
Instituto de Alta Cultura	
Instituto Português de Reumatologia	— Dr. Manuel de Assunção Teixeira
Ordem dos Médicos	— Dr. Nestor Rodrigues
Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa	
Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos	
Sociedade Portuguesa de Medicina Interna	



ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. IV (Tomo 1-2)

1976 — 1.º e 2.º Trimestres

N.ºs 11-12

Sumário

Pórtico	
João Figueirinhas	1
Alocação Presidencial	
Manuel Loução Martins Jr.	5
Doenças Associadas	
Frederico Madeira	11
Encerramento	
Barahona Fernandes	21
Estudo Epidemiológico dos Reumatismos em Portugal	
João Figueirinhas	23
Considerações	
Gonzaga Ribeiro	57
Discussão	
Artur Lino Ferreira	59
João Figueirinhas	60
Manuel Assunção Teixeira	61
Representante dos médicos participantes	62
João Figueirinhas	63
Manuel Assunção Teixeira	63
Interrupção	
Gonzaga Ribeiro	65
Ensaio Clínico Cooperativo Multicêntrico sobre um novo antireumático (Sulindac-MK 231)	
J. M. Braz Nogueira	67
Reabertura	
Gonzaga Ribeiro	85
Posição Oficial da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos	
Leite da Silva	87
Encerramento	
Gonzaga Ribeiro	89
Referatas	91
Crítica de livros	93

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:

Emp. Tip. Casa Portuguesa, Sucs., Lda. — R. das Gáveas, 109 — Lisboa-2 — Telef. 36 67 76

Sommaire

Portique	
João Figueirinhas	1
Alocution Présidentiel	
Manuel Loução Martins Jr.	5
Maladies Associées	
Frederico Madeira	11
Clôture	
Barahona Fernandes	21
Enquête Epidémiologique sur les Rhumatismes au Portugal	
João Figueirinhas	23
Considérations	
Gonzaga Ribeiro	57
Discussion	
Artur Lino Ferreira	59
João Figueirinhas	60
Manuel Assunção Teixeira	61
Représentant de clinilieu participants	62
João Figueirinhas	63
Manuel Assunção Teixeira	63
Interruption	
Gonzaga Ribeiro	65
Éssai Clinique Cooperatif Multicentrique sur un nouveau antirhumatisme (Sulindae-MK 231)	
J. M. Braz Nogueira	67
Réouverture	
Gonzaga Ribeiro	85
Position Officielle de la Section Regional du Sud de l'Ordre des Médecins	
Leite da Silva	87
Clôture	
Gonzaga Ribeiro	89
Excerpts	91
Critique des livres	93

Summary

Portico	
João Figueirinhas	1
Presidential Oratio	
Manuel Loução Martins Jr.	5
Associated Diseases	
Frederico Madeira	11
Closure	
Barahona Fernandes	21
Epidemiological Study on Rheumatisms in Portugal	
João Figueirinhas	23
Considerations	
Gonzaga Ribeiro	57
Debate	
Artur Lino Ferreira	59
João Figueirinhas	60
Manuel Assunção Teixeira	61
Representant of the participants doctors	62
João Figueirinhas	63
Manuel Assunção Teixeira	63
Intermission	
Gonzaga Ribeiro	65
Clinical cooperative essay on a new antirheumatic (sulindac-MC 231)	
J. M. Braz Nogueira	67
Reopening	
Gonzaga Ribeiro	85
Official Position of the South Section of the Medical Association	
Leite da Silva	87
Closure	
Gonzaga Ribeiro	89
Abstracts	91
Books Review	93

PÓRTICO

A Sessão Solene de Abertura do Ano Académico 1975-1976, efectuada no Hotel Estoril-Sol em 23 de Maio de 1976, constituiu a primeira reunião reumatológica nacional com o objectivo de mobilizar os médicos portugueses e de os sensibilizar para a Reumatologia.

A abdicação da Universidade Portuguesa, em relação a um grupo de doenças que constitui cerca de um quarto da patologia assistida pelo clínico geral, conduziu a um panorama bem triste, muito difícil de descrever.

Com a presença de cerca de 1.000 colegas vindos de todo o território metropolitano, pode dizer-se que os objectivos foram plenamente atingidos.

(★ ★)

Aberta a sessão pelo Reitor da Universidade de Lisboa em representação do Sr. Ministro da Educação e Cultura, tomou a palavra o Dr. Manuel Loução MARTINS JR.

O Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia teve ocasião de, na sua Alocução Presidencial, acentuar que o convívio conseguido entre todos «constitui uma pedra importante nos alicerces do grande edificio das doenças reumáticas», logo acrescentando, contudo, entender que «a sua construção só seja possível quando encarado à escala nacional e com a colaboração estatal». E vincando bem as responsabilidades governamentais, o Presidente da S.P.R. acentuou que «um plano de acção, com profundas raízes médico-sociais como é o dos reumatismos, só uma clarividente visão e um ajustado equacionamento de todo este processo, a nível superior, poderá promover programas realistas e conduzir a resultados positivos». Como programa de actividades: «Estamos dispostos a trabalhar, não regateando esforços, que, aliás, a nós próprios impusemos, procurando, apenas atingir uma meta — o desenvolvimento da Reumatologia no nosso país».

(★ ★)

O Prof. Frederico MADEIRA dissertou seguidamente sobre «Doenças Associadas», preferindo esta designação à de doenças paralelas ou à de doenças simultâneas, «atribuíveis à actual terapêutica das doenças agudas» e que «poderão explicar-se por ligações patogénicas». A propósito referiu-se aos inquéritos que por vezes se realizam e que enfermam de erros graves, erros esses que podem provocar «distorções por inclusão», «distorções por detecção» e até pelo «acaso». Com a simplicidade e a profundidade que são apanágio da sua personalidade, o Prof. Frederico MADEIRA chamou a atenção para a importância «da investigação clínica tradicional», isto é para o estudo do «caso clínico», mas «desde que o clínico domine metodologia perfeita e possa dispor de recursos multidisciplinares de alta valia técnica».

(★ ★)

Sublinhando «a implicação da Universidade que não é só uma depositária de ciência para a formação dos profissionais, mas é também a responsável pela sua aplicação social, pela aplicação às comunidades dos progressos científicos e técnicos», o Prof. Barahona FERNANDES, representando o Sr. Ministro da Educação e Cultura congratulou-se por ter sido «já diferenciada a especialidade médica da Reumatologia porque se liga com todo o ensino da pós-graduação».

(★ ★)

Seguidamente apresentou-se o relatório sobre o Estudo Epidemiológico dos Reumatismos em Portugal. Por ele se verifica «a alta e grave invalidez que as doenças reumáticas provocam», se detecta «a grande frequência de reumatismos na população em geral», se acentua que «as afecções reumáticas são uma das maiores causas de absentismo e de reforma», se reconhece que, «do ponto de vista económico, as doenças reumáticas constituem uma situação pesadíssima para a sociedade», se conclui que «o peso sócio-económico dos reumatismos é agravado pelo recurso frequente a outras especialidades e ainda pela cronicidade da maioria das doenças reumáticas», se aponta para «um papel fundamental» que está reservado à Sociedade Portuguesa de Reumatologia «na resolução de muitos problemas aflorados», e se propôs «a criação de uma estrutura social de apoio ao doente reumático, em todos os aspectos, sob a forma de Liga Social». Finalmente, defende-se a necessidade da criação urgente da especialidade cuja falta «obsta a que os doentes reumáticos sejam melhor tratados e, implicitamente, que se diminua a sobrecarga para a sociedade».

(★ ★)

O Dr. Gonzaga RIBEIRO, representante do Snr. Ministro dos Assuntos Sociais e do Snr. Secretário de Estado da Saúde facilmente reconheceu que «a importância das doenças reumáticas no nosso país foi devidamente documentada — científica e concretamente». *Soube ainda concluir que* « neste momento haverá que pensar fundamentalmente na preparação dos futuros cultivadores da Reumatologia, não só nos técnicos especialistas que irão exercer a especialidade como tal, mas também quanto ao ensino dos clínicos gerais que no fundo são o grande motor da prestação de cuidados médicos das populações». *Por tudo isto, o Dr. Gonzaga RIBEIRO reconheceu que* «o problema da Reumatologia» é, *sem sobra de dúvidas, «prioritário».*

(★ ★)

O Dr. Braz NOGUEIRA, ao apresentar o trabalho sobre uma nova substância anti-inflamatória não esteróide, o sulindac, soube fazê-lo com dados de profundo interesse. *Para lá da actividade desta nova substância que poderá vir a desempenhar um papel importante como droga de primeira linha no tratamento das doenças reumáticas» forneceu-nos dados que facilmente demonstram a falência da nossa Universidade. A este propósito basta observar os números referentes à pelvispondilite reumatismal, à artrite reumatóide e à gota.*

(★ ★)

Por tudo isto, e ainda por ser «triste a desprestigiante o conhecimento que temos de não serem reconhecidas pela O.M.S., os colegas que sem culpa, se formaram a partir de 1972», o Dr. Leite da SILVA, representante da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, felicitou a Sociedade Portuguesa de Reumatologia «por, em tanto e tão vasto campo, ter lutado pela elevação do nível médico, prometendo-lhes todo o nosso apoio para que, por dever de justiça, a Reumatologia venha a ser considerada como especialidade a nível oficial, tal como já o está a nível profissional»

(★ ★)

Uma palavra de esperança encerrou a Sessão Solene da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Disse-a o Dr. Gonzaga RIBEIRO: «o Governo saberá responder». Oxalá!

João FIGUEIRINHAS

Secretário-Geral



quando a dor ameaça
estragar o dia...

PONSTAN

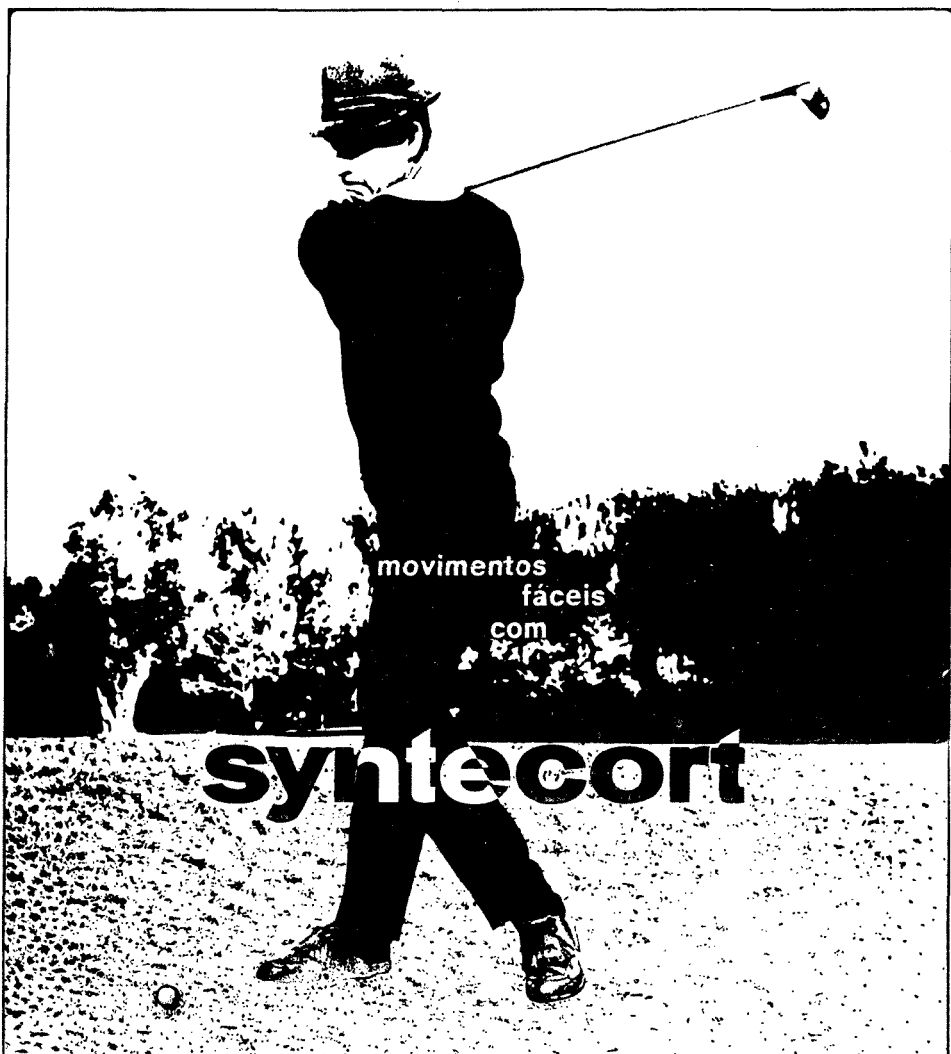
(ácido mefenâmico, Parke-Davis)

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.



Synt. A. Mod. 1/68

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



ALOCUÇÃO PRESIDENCIAL

SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA
LISBOA — PORTUGAL



Manuel Loução Martins

Senhor Representante do Senhor Ministro da Educação e Cultura;
Senhor Representante do Senhor Ministro dos Assuntos Sociais e do Senhor Secretário de Estado da Saúde;
Senhor Professor Doutor Frederico Madeira;
Senhores Presidentes das Sociedades das Ciências Médicas, Hospitais Cívicos, Ortopedia, Medicina Física e Reabilitação e Hidrologia;
Senhor Representante da Ordem dos Médicos;
Senhor Representante dos Médicos participantes no Inquérito Nacional sobre Reumatismos;
Senhores Representantes da Assembleia Geral, Conselho Científico e Conselho Fiscal da Sociedade portuguesa de Reumatologia.

Caros Colegas:

Dignou-se V. Ex.^a, Senhor Reitor da Universidade Clássica de Lisboa, Professor Doutor Barahona Fernandes, em representação do Senhor Ministro da Educação e Cultura, presidir à Sessão Solene de abertura do Ano Académico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

Constitui para todos nós subida honra e motivo de grande satisfação a presença de V. Ex.^a nesta sala.

Na qualidade de Presidente da Direcção da Sociedade, tenho o grato prazer, em nome de todos os seus membros, cumprimentar V. Ex.^a e agradecer a amabilidade de ter vindo até junto de nós, emprestando com o seu alto prestígio e qualificada representatividade o maior brilho a esta reunião científica da nossa jovem e modesta Sociedade.

Veio V. Ex.^a, generosamente, contactar com os médicos que neste país se têm dedicado ao grande problema das doenças reumáticas, o qual, pela sua amplitude, transcende o que o entusiasmo e até o sacrificio de alguns, isolados ou em grupo, pode efectivamente conseguir.

Este convívio médico, pelo que de muito válido e representativo encerra, constitui uma pedra importante nos alicerces do grande edificio das doenças reumáticas, embora, em nosso entender, a sua construção só seja possível quando encarado à escala nacional e com a colaboração estatal.

Neste contexto, de parâmetros diversificados e repercussões de vária ordem, dos pontos de vista médico, e económico e social, a presença de V. Ex.^a muito vale e significa para nós.

Atrevo-me a solicitar de V. Ex.^a, Senhor Reitor, que se digne transmitir a Sua Excelência, o Senhor Ministro da Educação e Cultura esta nossa mensagem de saudação e de esperança, viva expressão das nossas preocupações e anseios.

Cumprimento respeitosamente V. Ex.^a Senhor Adjunto do Senhor Secretário de Estado da Saúde, em representação do Senhor Ministro dos Assuntos Sociais e do Secretário de Estado da Saúde, muito agradecendo a honra de assistir a esta sessão e seguidamente presidir à reunião científica sobre Reumatismos e Saúde Pública, em que se fará a apresentação dos resultados preliminares do inquérito efectuado a nível nacional, base dum futuro mapa reumatológico de Portugal.

A Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, ao agradecer a presença de V. Ex.^a, deseja salientar quanto ela representa para nós como motivo encorajante no prosseguimento duma tarefa que reconhecemos difícil e complexa.

Apesar das nossas insuficiências e da modéstia dos nossos recursos foi possível hoje, mercê das ajudas recebidas e da compreensão e generosidade dos nossos colegas aqui presentes, ensaiar os primeiros passos, já de grande projecção, nesta árdua mas aliciante caminhada.

Porém, num plano de acção, com profundas raízes médico-sociais como é o dos reumatismos, só uma clarividente visão e um ajustado equationamento de todo este processo, a nível superior, poderá promover programas realistas e conduzir a resultados positivos.

Estamos dispostos a trabalhar, não regatearemos esforços, que, aliás, a nós próprios impuzemos, procurando apenas atingir uma meta — o desenvolvimento da Reumatologia no nosso país.

O produto do nosso trabalho, se não assume, pelas nossas limitações, craveira de alta valia, tem, pelo menos, a valorizá-lo o nosso entusiasmo, a nossa dedicação e a generosa colaboração de todos quantos nos têm ajudado.

Podem o Ministério e a Secretaria de Estado, que V. Ex.^a aqui dignamente representa, contar com a colaboração da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e muito gratos ficaremos se V. Ex.^a tiver a gentileza de transmitir às ilustres entidades responsáveis os nossos melhores cumprimentos e a nossa gratidão.

Ao cumprimentar o Senhor Professor Doutor Frederico Madeira e agradecer a honra que nos dá ao efectuar uma conferência sobre Doenças Asso-

ciadas, para além de o fazer muito gostosamente na qualidade de Presidente da Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, um aspecto muito especial assumem as minhas palavras

Há longos anos, tantos quantos os que decorrem desde a nossa frequência da Faculdade, que me habituei a admirar o companheiro e amigo das aulas de Santana e das enfermarias de Santa Marta,, até ao douto catedrático da Faculdade de Medicina, onde, por caminhos diversos porque enveredamos na vida profissional, não mantivemos o convívio habitual de outrora.

No entanto, manteve-se em mim sempre bem viva a amizade e bem marcado o respeito que a verticalidade dos seus sentimentos e a particular valia da sua formação técnica e científica sempre o caracterizaram como homem, médico, mestre e investigador.

Não é demais recordar o passado quando nos cruzamos na vida com figuras de alto relevo e desse passado tiramos ilações ricas de conteúdo moral e científico e nos permitem apontar caminhos que primaram pela grandeza e devoção com que foram percorridos.

Revivo, pois, esse passado, honrado e feliz, e apesar de agigantado pelo fulgor de uma inteligência invulgar e por uma dedicação rara ao trabalho, o Professor Frederico Madeira é hoje, como outrora, o homem simples e modesto que todos nós conhecemos.

Sei que talvez o vá ferir na sua modéstia, mas, quando a sinceridade e a verdade marcam as nossas palavras, nós não louvamos as pessoas, limitamo-nos a fazer-lhe justiça.

Iremos, pois, encantados, ouvir a magnífica conferência com que o Professor Frederico Madeira nos irá brindar que, antecipadamente sabemos, irá constituir mais um precioso documento a ilustrar a sua bibliografia e a enriquecer os nossos conhecimentos.

Saudamos cordialmente os Senhores Presidentes das Sociedades Médicas, agradecendo-lhes a honra da sua comparência nesta sessão, desejando-lhes o maior êxito nos seus trabalhos, e reafirmando-lhes estarmos ao seu dispôr sempre que tal seja julgado oportuno e conveniente.

Senhor representante da Ordem dos Médicos: sensibiliza-nos profundamente a presença do ilustre colega nesta sessão não só pelo prazer que temos e pelo que para nós significa a sua participação nas actividades da Sociedade, mas muito especialmente por nos ser dado o ensejo de convosco viver o momento alto para a Reumatologia em Portugal que representa a decisão da Ordem dos Médicos, com o consenso das três secções regionais, do reconhecimento da especialidade. Sonho que há muito vínhamos acalentando, transformou-se agora numa realidade; há motivos de sobra para nos sentirmos felizes e agradecidos.

Digne-se o colega ser o mensageiro da nossa alegria e da nossa gratidão junto da Comissão Directiva da Ordem dos Médicos e aceite, em nome de todos nós, o nosso muito obrigado.

Cumprimento e agradeço, na pessoa do colega que representa os médicos participantes nos nossos trabalhos, todos quantos devotadamente nelles colaboraram e a quem cabe a honra da concretização e desenvolvimento dum programa que, sem a sua preciosa ajuda, não teria sido possível realizar.

Envolve no mesmo abraço os dignos membros da Assembleia Geral, Conselho Científico e Conselho Fiscal da Sociedade, salientando que, além da amizade e respeito que encerra, traduz a nossa gratidão pela valiosa colaboração que se têm dignado prestar-nos.

Uma palavra de agradecimento a todos os colegas que aqui vieram hoje trazer-nos o seu apoio amigo e a força qualificada da sua presença.

Deseja finalmente a Sociedade Portuguesa de Reumatologia agradecer à Merck Sharp & Dohme a generosa colaboração na efectivação deste encontro e na realização do Estudo Epidemiológico dos Reumatismos, a nível nacional, salientando-se que, se não fora o seu completo apoio e a sua valiosa ajuda, tal iniciativa não poderia vir a concretizar-se.

A toda a equipa interveniente nestes trabalhos, inexcusável nas atenções dispensadas, além de uma impecabilidade de organização, que muito nos apraz realçar, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia saúda cordialmente e agradece muito reconhecidamente.

A Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia regista, com a maior simpatia, o acolhimento, e até o incitamento, com que a têm distinguido, muitos colegas e instituições que, com o prestígio dos seus nomes e o valor da sua colaboração, muito a têm ajudado na cruzada que devotadamente empreendeu.

Trata-se, na realidade, dum problema que se nos afigura de grande importância e sobre o qual nos permitimos apresentar algumas considerações, de ordem geral.

Em 1954, o Comité da Organização Mundial de Saúde das Doenças Reumáticas já esclarecia que as doenças reumáticas crónicas se situavam em primeiro lugar em todas as estatísticas sobre doenças crónicas e a análise dos dados dos seguros sociais bem como as estatísticas referentes ao absentismo, indicavam que estas doenças ocupavam, neste aspecto, o primeiro lugar.

Na realidade, a maior parte das doenças reumáticas são afecções crónicas, isto é, persistem largo tempo e tendem para as recidivas, provocando modificações estruturais tissulares e perturbações funcionais, dando lugar a lesões permanentes com a consequente redução funcional e originando situações de invalidez, temporária e permanente.

Tudo isto conduz não só a graves problemas no plano individual e familiar, bem como, dada a sua difusão nos mais diversos estratos sociais, origina um verdadeiro problema sócio-económico de âmbito nacional.

Por curiosidade, apresento uns dados extraídos dum trabalho do Professor BARCELÓ, Presidente da Liga Internacional contra o Reumatismo, que nos mostram que nos Estados Unidos se calcula que sofram de reumatismo dez milhões de pessoas, e que os casos devidos a reumatismos seriam tão numerosos como os casos de cancro, cardiopatias, diabetes e tuberculose reunidos.

Mais de 300.000 pessoas seriam anualmente afectadas pelo reumatismo. O número de dias de trabalho perdidos por ano, devido ao reumatismo, seria de noventa e sete milhões e ainda que vinte e seis por cento dos doentes com reumatismo são obrigados a mudar de profissão.

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

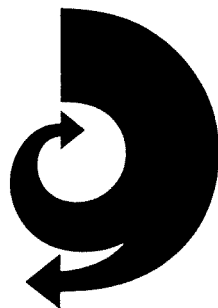
100 g de creme contêm: Heparinóide Bayer
5.000 U/HDB, monossalicilato de etilenoglicol 10 g,
nicotinato de benzilo 2,5 g.

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 poliartrite reumática, artroses, espondilose deformante. Lesões não expostas ocasionalmente por acidentes, tais como contusões, entorses, hematomas ou derrames.

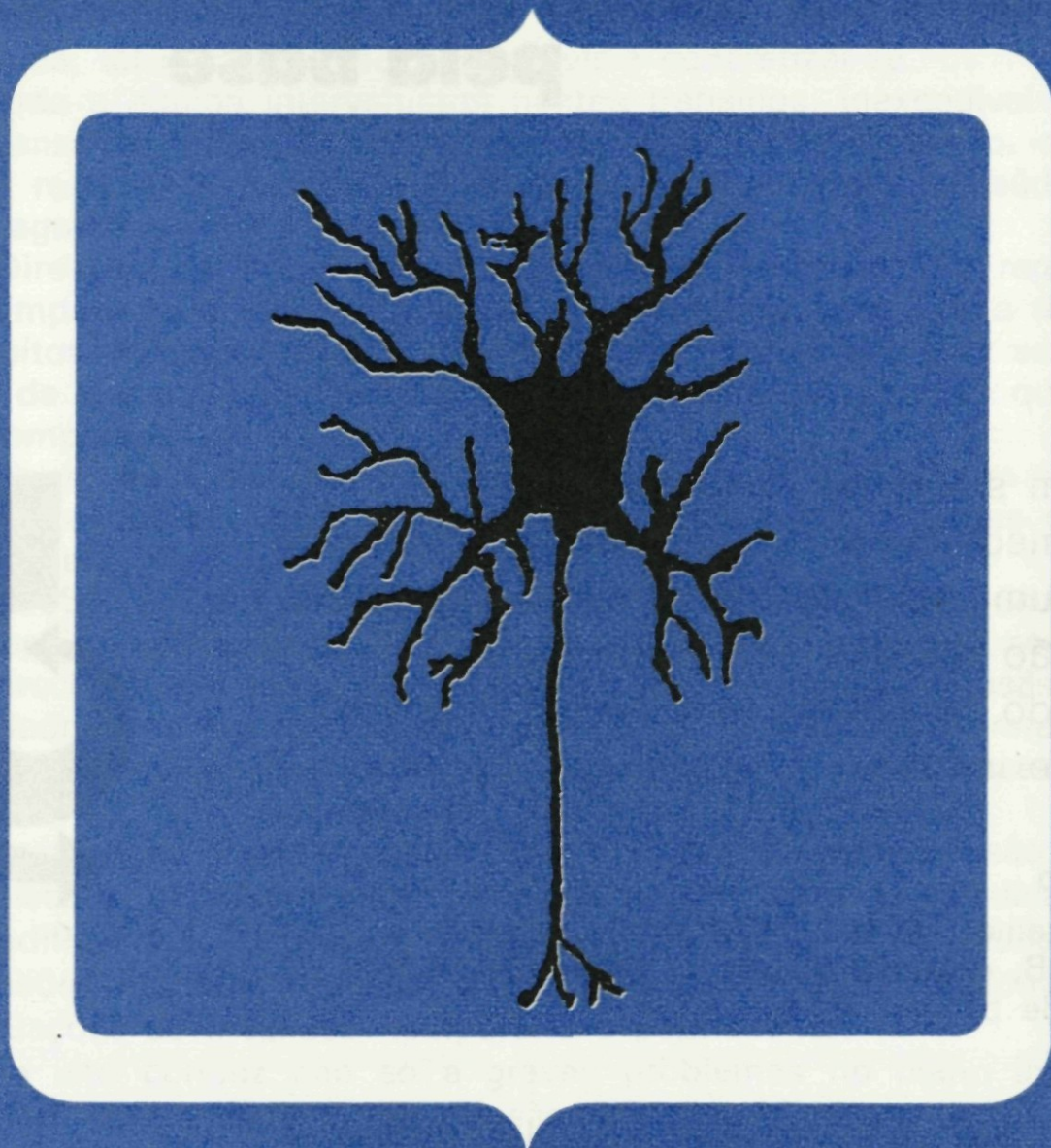
Apresentação

Bisnaga com aplicador, contendo 70 g.



novobédouze

bouchara dez mil



**o antálgico neurótropo
das grandes síndromes dolorosas**

caixas de 4 ampolas de 2 ml 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

Se consultássemos e aqui apresentássemos os dados estatísticos de outros países e, em muitos esse estudo está feito, poderíamos verificar que os números globais e as percentagens encontradas, oscilam, na proporcionalidade das coordenadas que os condicionam, à volta dos valores apontados.

Estes dados demonstram que as doenças reumáticas constituem um problema sócio-económico-social da maior gravidade e importância.

Daqui resulta que um grande número de países, nos últimos decénios, têm organizado planos de luta contra as doenças reumáticas à escala nacional.

Esta luta, além da estruturação de parâmetros médicos e para-médicos, projectando-se nos campos da prevenção, cura e reabilitação, envolve, como é natural, um importante aspecto social.

Daqui que a Sociedade Portuguesa de Reumatologia, constituindo o organismo que consubstancia a Liga Portuguesa contra o Reumatismo, projecte, futuramente, organizar uma Liga Social no seu âmbito e com ela regularmente articulada.

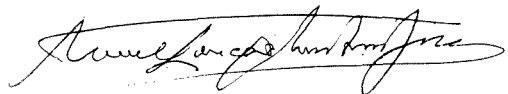
Se cada país tem as suas particularidades e portanto sente a necessidade de adaptar as suas estruturas técnicas e sociais àqueles condicionalismos, o certo é que há factores comuns, de ordem geral, indispensáveis à planificação e desenvolvimento dos esquemas de actuação: a existência da especialidade, a formação para-médica adaptada a esta finalidade e a ajustada participação estatal.

Concretizado como está o primeiro dos princípios enunciados, resta-nos orientar o melhor do nosso esforço no sentido de promover a participação das entidades competentes na programação de acções tendentes a atingir as outras metas indicadas.

Aliás, quando nos situamos no contexto dum futuro Serviço Nacional de Saúde, julgamos estar no bom caminho, certos como estamos de que nos encontramos num sector, como é o das doenças reumáticas, do maior interesse na problemática geral de saúde no país.

Abertos como estamos e continuamos a estar a todas as sugestões e propostas, ponto de honra seguido a nível nacional, prosseguiremos com devoção a nossa tarefa, permitindo-me afirmar, parafraseando Fernando Pessoa, que tudo vale a pena, pois se a alma de todos nós não é pequena a causa porque lutamos também o não é.

Estoril, 23 de Maio de 1976.



Manuel Loução MARTINS JR.
Presidente

DOENÇAS ASSOCIADAS

(COMENTÁRIOS A UM TRABALHO DE DONALDSON)

FREDERICO MADEIRA (*)

Resumo: *Na abertura do ano académico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia o A. fez algumas considerações sobre «doenças associadas».*

Depois de ter demonstrado a importância prática de tais associações, sobretudo no que respeita ao cunho que elas imprimiram na marcha do diagnóstico clínico (seus conceitos orientadores) e na actuação terapêutica, lembra o papel que têm desempenhado na chamada investigação clínica.

Neste campo, o A. inspirado em Feinstein, o verdadeiro fundador da investigação clínica e do conceito básico da taxonomia clínica, acompanha Donaldson na análise de valor do «inquérito» como método de investigação clínica da úlcera péptica como doença associada (2.ª doença), tomada por exemplo.

Conclui pelo maior valor da investigação clínica tradicional (do «caso clínico»), no caso de doenças associadas, desde que o clínico domine metodologia perfeita e possa dispor de recursos multidisciplinares de alta valia técnica (radiológica, morfológica, bioquímica, bacteriológica, etc.).

Entende o A. que a criação de tal «meio de cultura» no sentido da formação de «meios auxiliares» de alta qualidade será o 1.º passo para o desenvolvimento de uma das mais promissoras formas de investigação clínica.

Na primeira Assembleia-Geral da Sociedade Portuguesa de Reumatologia a que presidi, há alguns meses, a escassa dúzia de amigos então presentes, pediu-me algumas palavras de introdução ao ano académico, já tradicionais.

Estava bem longe então de supor a grande audiência deste acto o que seguramente acrescentaria maior embaraço ao que então senti.

(*) Professor Catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa, Director do Serviço Medicina II do H.S.M.



Efectivamente, pobre internista, não é fácil encontrar no campo das minhas preocupações assunto que pudesse, a priori, interessar ao reumatologista.

Lembrei-me então do tema investigação clínica, e dentro deste um pequeno recanto da taxonomia clínica: «doenças associadas» campo no qual introduzido muito resumidamente por Feinstein (1), poderia guiar-me o trabalho muito recente de Donaldson (2) que curiosamente também pertence à Faculdade de Yale. Veremos ainda que não foi estranha a tal escolha, um dos meus *hobbies* — a úlcera péptica (U.P.).

Por muitos anos não pensamos quase em doenças associadas. Dominava a clínica a ideia ainda hoje corrente, de que todos os factos

clínicos de um doente se explicam por uma só doença.

Tal conceito que sem dúvida deu lugar a numerosas e felizes hipóteses de diagnóstico tem sido ultimamente posto em dúvida pela frequência com que se encontram várias doenças crónicas associadas no mesmo doente. Tais associações, atribuíveis à actual terapêutica das doenças agudas, poderão explicar-se por ligações patogénicas. Daí o número de investigações da epidemiologia do fenómeno, sobretudo nas situações de obscura etiopatogenia. Veja-se o que tem acontecido com a úlcera péptica, com as doenças auto-imunológicas, colegenoses, síndromes paraneoplásicas.

As associações de doenças poderão ter pois, para o clínico um triplo significado:

1) O facto em si da sua existência, (independente ou não de ligações patogénicas mais ou menos especulativas) com as modificações que introduz no «xadrez epistemológico» do diagnóstico clínico.

2) O significado da sua existência como meio de penetrar na patogenia obscura de muitas situações.

3) A morbilidade (Feinstein) (1) isto é, modificação do quadro clínico pela existência de doenças associadas, que, ao mesmo tempo lhe alteram o prognóstico ou a resposta terapêutica. Assim acontece na associação carcinoma pulmonar e insuficiência cardíaca ou pneumonia e diabetes grave.

Tais considerações, diz Feinstein (1), não nos preocupavam grandemente quando o ponto de vista do clínico era a descoberta da patogenia e diagnóstico. Tal objectivo mudou radicalmente quando começaram a aparecer

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)

Sob 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

terapêuticas eficazes. Então surgiu a taxonomia clínica, ponto de partida indispensável para o processamento de dados da população ou «material de experimentação terapêutica». As doenças associadas são conceito parcial de um mais vasto — taxonomia clínica — considerado hoje o maior desafio intelectual da ciência clínica contemporânea.

Quem acompanha de perto a clínica da úlcera péptica (U.P.) acaba por ficar rendido à ideia de que ela é uma segunda doença. Sobretudo na úlcera gástrica verificamos que o portador tem quase sempre outra doença crónica considerada de fundo, ou primeira doença, o que não é de estranhar dada a idade tardia do seu aparecimento, mais favorável ao achado de patologias associadas.

A U.P. tem sido associada a:

Hiperplasia córtico-supra-renal, hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, pancreatite crónica, cirrose hepática e shunt-porto-cava, insuficiência respiratória, aneurisma da aorta abdominal, hipertensão, diabetes, (3) doenças renais crónicas, artrite reumatóide (A.R.) (4), sem falar dos numerosos medicamentos incriminados quer na sua etio-patogenia quer na sua evolução.

Tais achados são controversos pois por ex. Conn (5) mostra em 1972 ser fortuita a pretensa associação U.P. shunt porto-cava. De tal forma que Ingelfinger perguntava em 1959 se entre a volumosa bibliografia mostrando tais associações nenhuma havia que pelo contrário as negasse, pois a U.P. «pode associar-se com quase tudo».

Recentemente Donaldson da Universidade de Yale (2) publica um artigo de crítica a tais associações que faz jus à frase com que o seu colega na mesma Universidade, Feinstein, termina o soberbo livro «Clinical judgment»: «The clinician has an ancient and honorable heritage, a tradition of enlightened thought and achievement and a domain whose humanistic and scientific complexity can challenge the most demanding intellect or spirit, at levels of fundamental inquiry. He need not look for «basic science» elsewhere. He can make his own».

Na avaliação de tais contradições da literatura basta muitas vezes um raciocínio simples: a negação de tais associações raramente é comunicada, sobretudo se nada a fizer prever, mas pelo contrário os achados positivos serão cuidadosamente coleccionados mesmo (e talvez sobretudo) se inesperados. (Fig. 1)

DOENÇAS ASSOCIADAS (ERROS)

- 1) A sua ausência raramente é comunicada; a sua presença é avidamente coleccionada.
- 2) Variável prevalência da doença:
 - a) Diferença de critérios de demonstração
 - b) Diferente natureza da população
 - c) Variação do tempo
- 3) Distorção por inclusão (Berckson)
- 4) Distorção por detecção
- 5) Má estatística

Fig. 1

Do trabalho de Donaldson (2) resumimos os seguintes dados que para lá das considerações acima, esclarecem a razão da evidência contravérsia do conceito de U.P. como 2.ª doença.

Há que explicar os seguintes factos que se encontram evidentes nos numerosos trabalhos sobre U.P.:

- a) A prevalência de U.P. numa dada população é enormemente influenciada:
 - 1) Pelos métodos e critérios usados para documentar a sua presença (por ex. exame médico (2-10%) versus autópsia (>27%)).
 - 2) Pela natureza da população (população geral (2-3%) versus população com ocupação específica (5-8%)).
 - 3) A incidência pode variar extraordinariamente dentro de períodos relativamente curtos.

Assim na Fig. 2 se resume a prevalência da U.P. entre adultos do sexo masculino e em 26 artigos diferentes. Dela se conclui:

- a) A prevalência varia entre 4 e 71%.
- b) A prevalência parece ser mais elevada em doentes com doenças específicas do que em diferentes «populações gerais».
- c) Quanto menor o número de indivíduos estudados maior parece ser a frequência da úlcera.
- d) A ocorrência de úlcera péptica numa mesma doença varia muito entre os diferentes artigos.

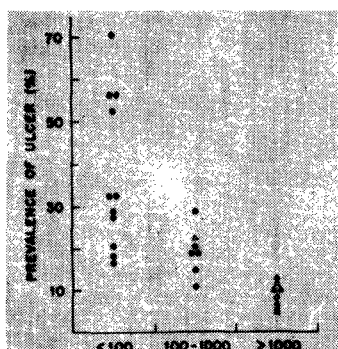


Fig. 2

Segundo Donaldson tais fenómenos devem-se a distorções (*bias*) do estudo que ele classifica em 3 tipos: distorção de amostragem ou inclusão (referral bias), distorção de detecção (detection bias) e o «acaso».

Assim:

A) — DISTORÇÃO POR INCLUSÃO — Princípio enunciado por Berkson há exactamente 30 anos (1946) e que pode apresentar-se da seguinte forma: uma aparente associação entre úlcera e outra doença pode ser observada pelo simples facto que, doentes com 2 doenças virem mais provavelmente à atenção médica do que os que sofrem de uma só doença. Este facto é ilustrado pela Fig. 3.

A população real está representada na metade superior da figura, 10% dos doentes terão simultaneamente U.P. e artrite reumatóide (A.R.).

A composição da amostra observada depende da percentagem de inclusão no estudo ou seja da frequência com que estes doentes vêm ao médico.

No exemplo esquematizado, como essas frequências são iguais a prevalência dos portadores simultâneos das duas doenças será grosseiramente duplo em relação à população real. Pode perguntar-se se se pode ultrapassar a dificuldade comparando a frequência de U.P. na A.R. com a ocorrência da sua associação com qualquer outra doença, por ex. o enfarte.

A Fig. 4 ilustra que mesmo esta comparação pode não resolver o problema se as percentagens de inclusão, para as várias doenças são também diferentes. No lado esquerdo da Fig. está a composição da população real (a prevalência de U.P. será a mesma: 10% na A.R. e no enfarte).

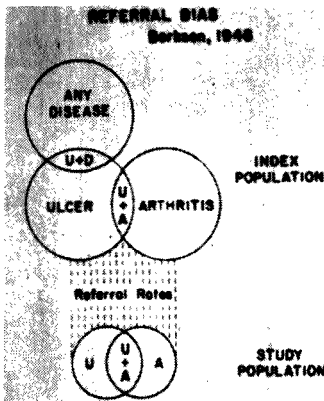


Fig. 3

INDEX POPULATION		STUDY POPULATION	
ARTHRITIS (20%)		ARTHRITIS	
No ulcer	900	180	No ulcer
Ulcer (20%)	100	20	Ulcer
		80 → (20%)	16
PREVALENCE 100/1000	10%	36/216	PREVALENCE 17%
M. INFARCTION (50%)		M. INFARCTION	
No ulcer	900	450	No ulcer
Ulcer (20%)	100	50	Ulcer
		50 → (50%)	10
PREVALENCE 100/1000	10%	60/510	PREVALENCE 12%

Fig. 4

Se as percentagens de inclusão nas populações estudadas (à direita da fig.) forem diferentes (20% para A.R., 50% para o enfarte e 20% para a U.P.) é fácil ver que a prevalência de doentes com A.R. e U.P. será 17% e de enfarte e U.P. 12%, e assim a conclusão seria que na população em estudo a U.P. ocorre mais frequentemente entre doentes com A.R. do que nos doentes com enfarte, conclusão que deverá ser aplicada à população estudada, mas não é verdadeira na população real.

As diferenças observadas serão unicamente resultantes das diferenças de inclusão das duas situações (A.R. ou enfarte) ou, em linguagem estatística, à diferente amostragem.

B) — O 2.º FACTOR DE DISTORÇÃO É O DE DETECÇÃO — A U.P. pode ser procurada mais diligentemente na A.R. do que no enfarte. Porque o seu curso é mais prolongado, o artrítico que além disso tem mais sinais dispépticos, vem mais vezes ao médico e durante mais tempo que o enfarte. Além disso porque estes últimos são doentes mais graves, serão menos valorizados sintomas menos importantes como os dispépticos.

Esta distorção encontra-se esquematizada na Fig. 5 certamente inspirada nos esquemas de Feinstein. Um exemplo deste artifício encontra-se num artigo sobre prevalência da U.P. na doença de Crohn.

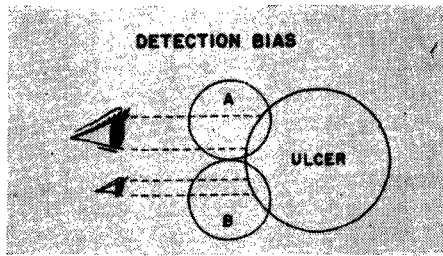


Fig. 5

Como se vê na Tabela I a U.P. é quatro vezes mais frequente nesta doença do que na colite ulcerosa e a diferença é estatisticamente significativa. Todavia um factor adicional mostra o artifício. Enquanto todos os doentes com Crohn fizeram exame radiológico do aparelho digestivo superior, este apenas foi praticado em 28 de 64 colites ulcerosas.

Teria sido esta distorção (por detecção) suficiente para explicar a diferença observada?

QUADRO 1

	Crohn's disease	Ulcerative colitis
Total patients	58	61
With ulcer	12 (21%)	3 (5%)
Upper GI series done ...	58 (100%)	28 (45%)

a Data derived from the report by Sanders and Schimmel.

C) — O 3.º FACTOR É COMUM EM TODA A INVESTIGAÇÃO BIOLÓGICA — O FACTOR ACASO — Sendo a U.P. doença vulgar, as observações sobre a sua ocorrência podem ser influenciadas por amostras insuficientemente extensas ou amostragem defeituosa.

Relmus[®]

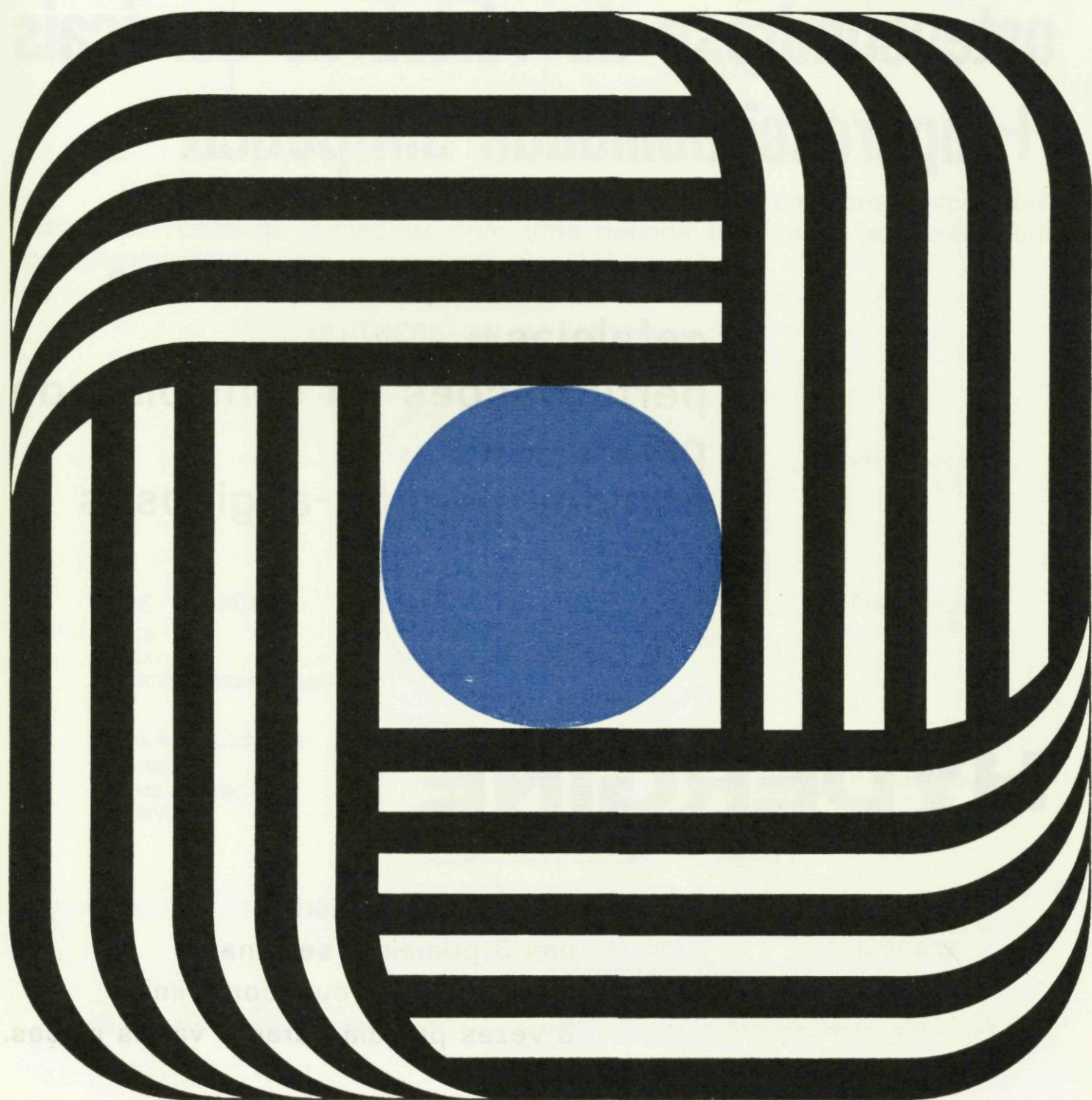


tiocolquicosido

inflamação

contractura

inflamação



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.

Caso típico é mostrado na Tabela II em que os A.A. por terem observado num período de dois anos 4 doentes com miastenia grave e U.P. fizeram uma revisão retrospectiva em que incluem 28 casos de miastenia e 72 de esclerodermia e concluem por associação U.P. — miastenia com $P < 0,04$ que como se vê não corresponde à verdade.

QUADRO 2. Association of peptic ulcer with myasthenia gravis^a

	Myasthenis gravis	Multiple sclerosis
Total patients	36	72
With gastric ulcer	0	4
With duodenal ulcer ...	1	0
Total with ulcer	1 (1.4%)	4 (11%)
	$P < 0.04$	

^a Data derived from the report by Sanders and Johns.

Na Fig. 6 o A. apresenta o desenho correcto de uma prospecção desta natureza. Todos os indivíduos com uma doença X deverão ser examinados prospectivamente para a presença de U.P.

IS THERE AN ASSOCIATION ?

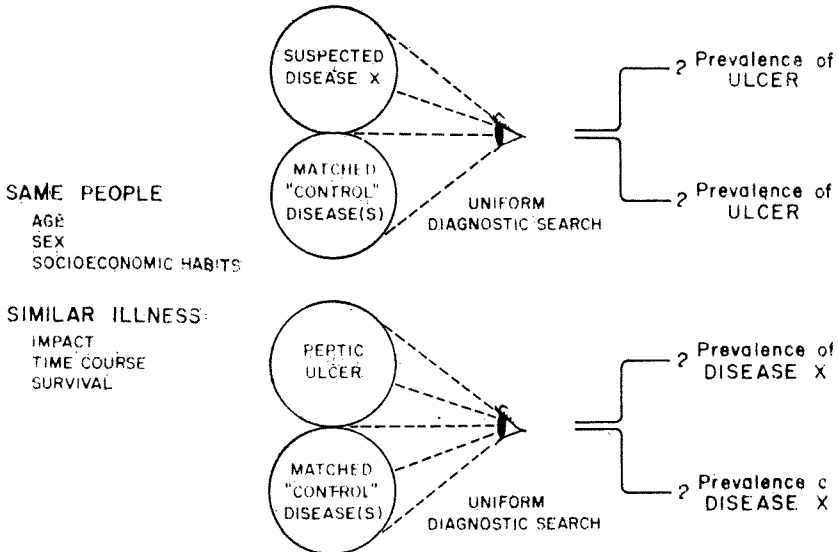


Fig. 6 — Design of a survey to assess a possible association between peptic ulcer and disease «X»

Simultaneamente os mesmos métodos de diagnóstico deverão ser aplicados a um grupo controle, e para reduzir a distorção de inclusão, estes doentes deverão ter doença semelhante a X em termos de idade, sexo, estado económico, tabaco, impacto no doente, frequência de evolução dos sintomas, tempo de evolução e sobrevivência. (O número deve ser de algumas centenas para fugir ao acaso).

Então haverá que fazer-se a contra prova procurando, com desenho semelhante, a prevalência da doença X em casos de U.P. e num grupo testemunha. Todavia mesmo que tais análises pudessem ser feitas com sucesso, nem mesmo assim se pode excluir a influência de distorção por inclusão.

Parece pois infrutífero perder tempo com estudos que ignorem completamente as possibilidades das distorções por inclusão, detecção e acaso.

Neste ponto diz o Autor que temos acompanhado: «Parece apropriado um breve comentário acerca da associação actualmente estabelecida entre U.P. e gastrinoma (Zollinger-Ellison). Tal associação não foi reconhecida como resultado de prospecção de doentes com tumores insulares não β . Antes foram os cuidadosos estudos clínicos e laboratoriais feitos em doentes (individuais) que levou à compreensão da relação entre o tumor pancreático e a D. ulcerosa. Isto de facto é «a essência do meu argumento».

A investigação de prováveis associações entre U.P. e outras doenças pode levar a ampliar a compreensão da natureza da U.P. e as importantes deduções terapêuticas. Todavia tal informação é mais provável que provenha de investigações detalhadas, orientadas para o mecanismo da doença em doentes (individuais) do que «counting noses».

Isto corresponde à ideia do seu genial colega em Yale, Feinstein:

«A estatística na análise de dados biológicos tem pouco valor e pode mesmo travar o progresso, se o estatista está preocupado com distinções numéricas e ignora as origens biológicas e o significado dos números ou se o biologista está preocupado com especulações de causalidade e ignora ou distorce as distinções numéricas. Em medicina um único caso, bem estudado, pode parecer estatisticamente insignificante mas pode bastar para estabelecer ou registar por vezes um conceito clínico importante». E lembra o que aconteceu com a insulina, os antibióticos ou a influência hormonal no cancro da mama... Só isto...

R É S U M É

À l'ouverture de l'année académique de la Société Portugaise de Rhumatologie, l'A. a fait quelques considérations sur «des maladies associées».

Après avoir démontré l'importance pratique de cetttes associations, sùrtout en ce qui concerne le coin qu'elles ont imprimé dans la marche du diagnostique clinique (ses concepts d'orientation) et dans l'actuation thérapeutique, il rappelle le rôle qu'elles ont joué dans l'appelée investigation clinique.

Dans cette matière, et inspiré par Feinstein, le vrai fondateur de l'investigation clinique et du concept basique de la taxonomie clinique, l'A. accompagne Donaldson dans l'analyse de valeur de l'«enquête» comme le méthode de l'investigation clinique de l'ulcère peptique comme une maladie associée (2^{ème} maladie), prise comme exemple.

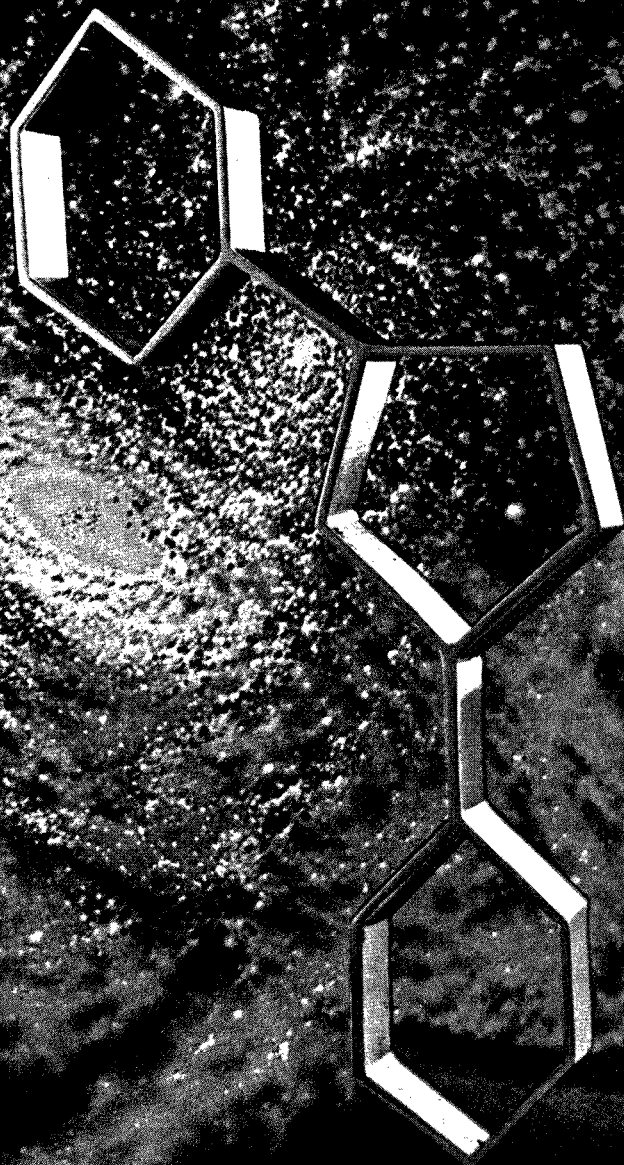
Il a conclu par le plus grand valeur de l'investigation clinique traditionnel (du «cas clinique»), au cas où les maladies associées, depuis que le clinicien domine une méthodologie parfaite et il peut disposer des ressources multidisciplinaires avec un grand valeur technique (Radiologique, morphologique, biologique, bactériologique, etc.).

L'A. entend que la création de tel «moyen de culture» dans le sens de la formation de «moyens auxiliaires» d'haute qualité sera le premier pas pour le développement d'une des plus promissoires formes d'investigation clinique.

B I B L I O G R A F I A

- 1 FEINSTEIN — «Clinical judgement» — William and Wilkins 1967
- 2 DONALDSON — «Gastroenterology» — 68: 1608, 1975
- 3 CONN et Al. — JAMA, 224: 489, 1973
- 4 CONN et Al. — JAMA, 193: 1077, 1965
- 5 CONN et Al. — «Gastroenterology» — 62: 876, 1972

Donorest*



NOVO
anti-inflamatório
não esteroide

Donorest*

(fentiazac)

Donorest

Wyeth



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

Supositórios doseados a 200 mg
caixa de 10 supositórios

**anti-inflamatório
não esteroide**

**rápida acção analgésica
excelente tolerância**

Posologia simplificada:

Drageias -
2 a 3 por dia

Supositórios -
1 a 2 por dia

Produto preparado em Portugal
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

ENCERRAMENTO

BARAHONA FERNANDES (*)



É minha obrigação agradecer ao Dr. Loução Martins as suas palavras e dizer-lhe do gosto que tenho, não só como reitor, mas como professor e médico, de me encontrar entre os médicos. E se a representação oficial assim fica cumprida, enquanto ouvia estive a pensar em várias coisas, por exemplo, em como a Universidade está interessada que as Sociedades Científicas mantenham as suas actividades e a sua autonomia científica, trabalho e opinião.

Eu sublinho aqui a implicação social da Universidade que não é só uma depositária de ciência para a formação dos profissionais, mas é também a responsável pela sua aplicação social, pela aplicação às comunidades dos progressos científicos e técnicos.

Para a medicina não é novidade nenhuma, visto nós desde sempre termos estado intimamente ligados, através do sofrimento e das necessidades das populações, às exigências das comunidades. Simplesmente, os meios para actuar é que têm sido limitados. Também nos congratulamos que tenha sido diferenciada já a especialidade médica da Reumatologia, porque se liga

(*) Representante do Sr. Ministro da Educação e Cultura. Reitor da Universidade Clássica de Lisboa. Professor Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa.

com todo o ensino da pós-graduação. É um progresso muito importante que haja especializações de alto nível, dado que em face da superpopulação médica, quer dizer da hipertrofia, do excesso de frequência das faculdades de medicina, como sabem, há um grande risco de baixar o nível do ensino. É um assunto que nos preocupa muito profundamente, mas estas são as dificuldades que temos hoje no ensino o que não cabe agora discutir. O médico estudava e ficava «médico» para sempre, mas hoje, como os senhores sabem, a educação tem de ser permanente.

Estou quase a acabar a minha carreira oficial, mas espero poder continuar a trabalhar na clínica.

Todas as Sociedades Científicas como esta desempenham um papel muito importante neste sentido.

Ouvi com muito gosto o Professor Madeira, meu velho companheiro da Faculdade, e é sempre interessante a um psiquiatra, e agora reitor, que está com essas funções administrativas e de certa maneira sociopolíticas, voltar à medicina de base, que aliás nunca abandonei. Continuo sempre a ver doentes e com muito gosto.

A última lição do Prof. Madeira, que com a sua modéstia proverbial se esteve a diminuir sem razão, ensina-nos «a aprender» como se procede ao estudo técnico e ao estudo científico com rigor crítico e a autocrítica que aplicou a si, temos nós que aplicar continuamente às nossas investigações, às nossas afirmações.

Após isto estive a pensar nas doenças associadas. É um dos males e dos defeitos da medicina de hoje. O doente fica com muitos diagnósticos e com muitas terapêuticas. Às vezes traz um montão de receitas, dúzias de medicamentos, e a primeira coisa para nós é sabermos o que é que o doente está a tomar, antes do diagnóstico. O diagnóstico dos remédios que ele tomou. O diagnóstico dos diagnósticos que já lhe foram feitos.

Agora, aqui falo como médico de doenças associadas: recordo a depressão da úlcera, os equivalentes psicossomáticos de certas doenças psicológicas, que é outro assunto também muito importante que dá lugar a muitos enganar. As suas últimas palavras merecem aqui ser sublinhadas pois são a ligação das ciências base, quer dizer das ciências fundamentais, das ciências aplicadas. A medicina autorrealiza duma maneira maravilhosa esta integração. Toda a investigação é básica e é aplicada. Mas, além disso, precisamos dos especialistas — a bioquímica, a genética, a matemática... até à reumatologia. Todas crescem a um ritmo que mais não se pode abranger, pois, na aplicação clínica, temos que dar o espírito sintético, que se está a perder ultimamente, sobretudo na aplicação humana e na aplicação social. Fixemos esta noção que implica não só o raciocínio lógico, mas também uma participação afectiva do médico nos problemas de que se ocupa.

Agradeço a todos e tenho muito gosto de ter participado com os colegas nesta reunião de tanto interesse.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS REUMATISMOS EM PORTUGAL

JOÃO FIGUEIRINHAS

Resumo: *A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (S.P.R.) resolveu abalançar-se à realização de um Estudo Epidemiológico dos Reumatismos em Portugal, a nível nacional, o qual se desenvolveu de Outubro de 1975 até Abril de 1976. Teve o apoio da Merck Sharp & Dohme (MSD).*

Esta primeira iniciativa no género efectuado em Portugal, incidiu sobre 24.803 doentes das consultas de 432 clínicos gerais e generalistas que colaboraram com a Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Embora consciente dos factores de erro, a S.P.R. pensa que esta iniciativa é de grande alcance para a elaboração de um futuro Mapa Reumatológico de Portugal.

Dos doentes que entraram neste Estudo Epidemiológico, 22,8% apresentaram-se ao médico com queixas reumáticas, tendo-se apurado depois que 38% da totalidade dos doentes sofria de reumatismo. A sua idade média rondava mas ultrapassava os 53 anos, sendo as mulheres (58,6%) mais atingidas que os homens (41,4%). Por zonas (o país foi dividido em Norte, Centro, Sul, Lisboa e Porto), verificou-se maior frequência em Lisboa (41,6%) e no Centro (39,2%). Por profissões, as mais afectadas foram as dos Agricultores e Pescadores e as menos atingidas, as dos Empregados de Escritório. Por outro lado, a clínica fabril era a mais atacada (50%), sendo a urbana a menos atingida (31,2%). Em relação às zonas climáticas (Interior, Zonas Atlântica e Mediterrânica), o interior era sobretudo afectado (38%), enquanto que a zona mediterrânica tinha uma frequência menor (13%).

Entre as doenças reumáticas mais frequentes entre nós destacam-se os reumatismos degenerativos, a febre reumática (que ataca predominantemente o sexo feminino) e a gota (que atinge sobretudo os homens, os empregados dos Quadros e os habitantes da Zona Atlântica).

A gravidade do Reumatismo faz-se sentir especialmente no equilíbrio sócio-económico do País pelos dias de trabalho perdidos que provoca, pelos reformados inde-

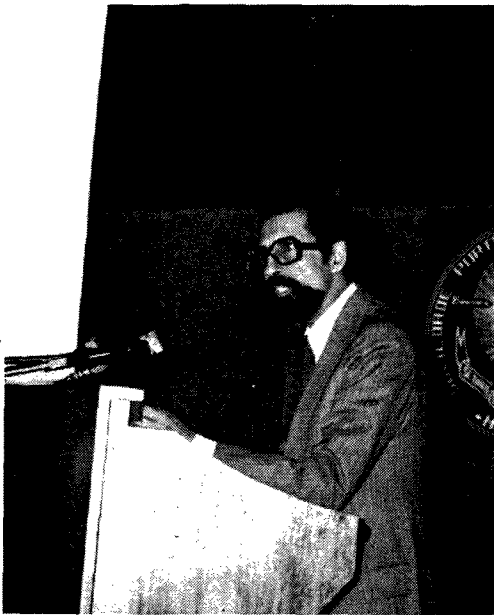
vida ou prematuramente, pela diminuição da capacidade de trabalho, pela terapêutica medicamentosa contínua a que normalmente obriga, pela recuperação extraordinariamente onerosa que exige, pelas repercussões no seio da família, etc.

Em 7.811 reumáticos observados detectaram-se 1.025 (13%) reformados por reumatismo.

Do referido contingente de doentes reumáticos que se apresentaram nas consultas dos clínicos gerais e internistas, 60% fizeram-no por queixas relacionados com uma ou mais afecções reumáticas, o que representa uma grave sobrecarga para esses médicos num país que conta apenas 22 Membros Titulares da S.P.R., e explica bem a gravidade deste grupo de afecções, quer a nível individual, quer a nível nacional.

Termina-se fazendo um apela às Autoridades para a rápida criação da Especialidade e chama-se a atenção para o importante papel reservado à Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

I — INTRODUÇÃO

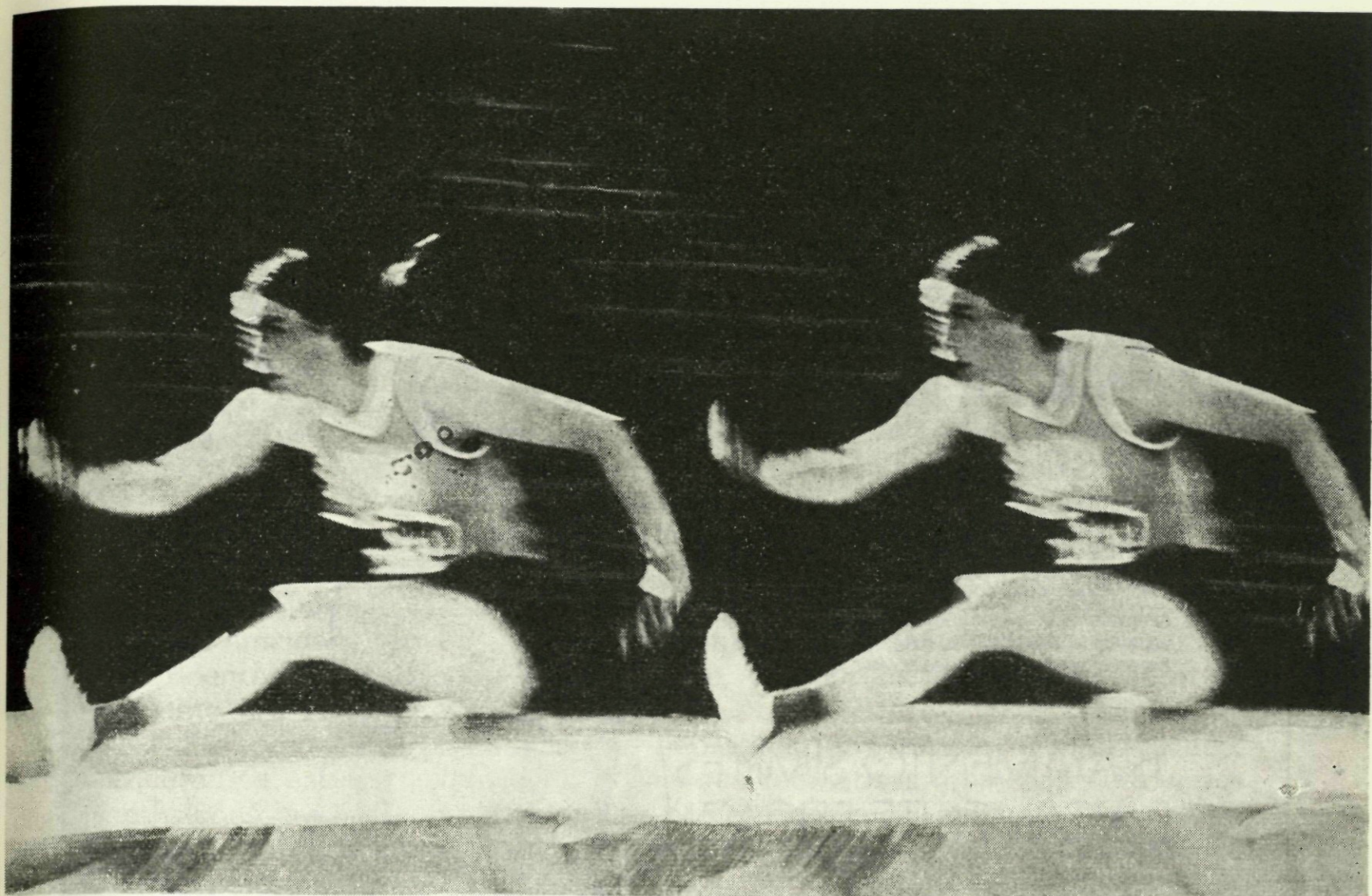


Só nos últimos tempos entrou na medicina a noção de número. Até então, mais Arte do que Ciência, ela era predominantemente descritiva, qualitativa, individualista. Nos fins do século passado iniciou-se o que veio a chamar-se a *revolução matemática da medicina*. De individualista, veio progressivamente a transformar-se em medicina de massas e, deixando-se arrastar pela quantificação, entraram nela a Epidemiologia e a Biostatística.

A epidemiologia, como ciência quantitativa, estuda a dinâmica da doença em grandes grupos populacionais. De início confinada às doenças transmissíveis, acabou por abarcar as doenças crónicas, nomeadamente o cancro do pulmão, as afecções cardio-vasculares, a

obesidade e até os acidentes de viação.

O interesse dos estudos epidemiológicos centra-se, pode dizer-se, no diagnóstico precoce, na profilaxia, na prevenção das crises e deformações, na contribuição para uma melhor cobertura sanitária e no estudo dos reflexos sócio-económicos das diversas doenças que dizem respeito à Saúde Pública.



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

novο

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.

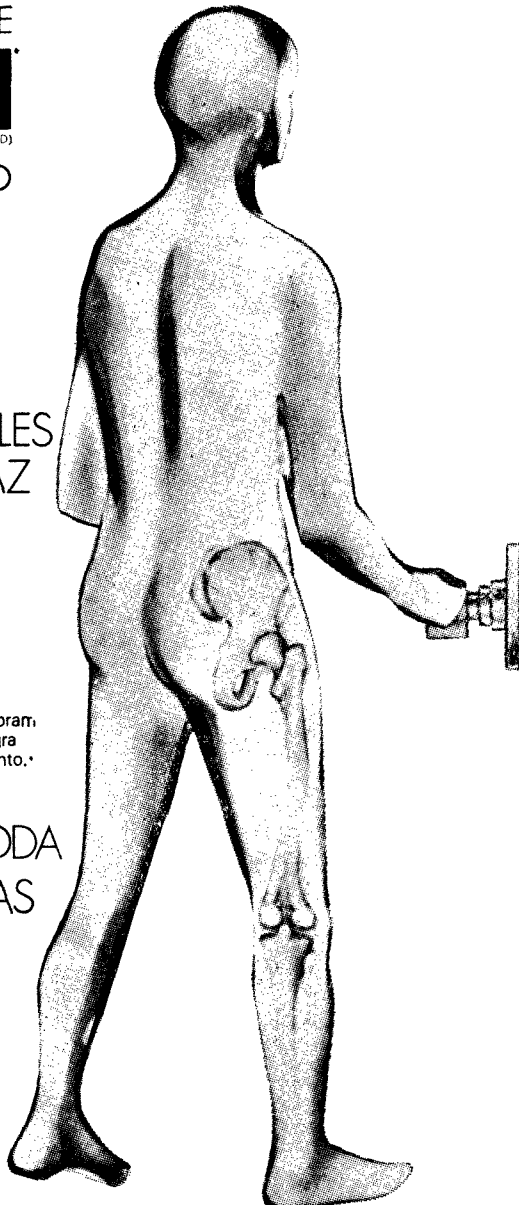
POSOLOGIA CÓMODA DUAS TOMAS DIÁRIAS PARA UM EFEITO DE 24 HORAS

- 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 multicéntricos ainda não publicados



II — INTERESSE EPIDEMIOLÓGICO DOS REUMATISMOS



As atenções dos governantes estão voltadas fundamentalmente para as doenças de maior mortalidade. Em todo o caso, eu não compreendo como é que as Autoridades Sanitárias não estão da mesma maneira sensibilizadas pela elevada morbidade das doenças desta especialidade que constituem, na realidade, um risco de invalidez grave e, por vezes, muito precoce.

Como sabemos, as implicações sócio-económicas das doenças reumáticas, pelos estudos efectuados no estrangeiro, são extraordinariamente acentuadas. Ora, estas doenças, todas elas invalidantes em maior ou menor grau, e algumas mesmo altamente invalidantes em idades jovens, e num país em que a reclassificação profissional dos doentes é inexistente, pode dizer-se, comportam implicações acentuadamente graves.

Em grande parte dos países, sobretudo dos países mais evoluídos, procurou-se estudar a difusão das doenças reumáticas, com base em várias motivações: avaliação da repercursão sócio-económica, aumento dos conhecimentos sobre a etiopatogenia das doenças do grupo, estudo dos factores de risco, etc.

O prolongamento médio da vida trouxe consigo um maior número de doenças que habitualmente aparecem nessas idades, o caso das artroses, e os estudos procuram a possibilidade de se prevenir o seu aparecimento (63) e de se evitarem recidivas e de se favorecer a instauração de técnicas de controle das doenças. A formação de uma consciência da necessidade de profilaxia em todos os escalões.

(★★)

Assim, também do ponto de vista económico, os estudos epidemiológicos — quer os de carácter geral, quer os de carácter sectorial ou de grupo, quer os de carácter específico em relação a uma única doença — podem trazer dados de profundo interesse para o estudo da morbidade das doenças reumáticas e dos factores de risco e, conhecidos estes, programar a estratégia de ataque. Poderão servir estes estudos igualmente para a avaliação da eficácia dessa batalha. É fácil verificar que, também para os economistas da Saúde Pública, as principais causas da mortalidade e da morbidade e os factores de risco constituem os pontos negros que representam as prioridades do ataque a desenvolver para a diminuição do custo-doença.

(★★)

Estudos efectuados nos Estados Unidos mostraram que as doenças reumáticas são as doenças crónicas mais difundidas. Nesse estudo, os

casos de reumatismo eram mais numerosos que os da tuberculose, da diabetes, das neoplasias e das doenças cardíacas. Dos onze milhões de pessoas que então se calculava sofrerem de afecções reumáticas, quatrocentas mil eram completamente inaptas e um milhão e duzentas mil parcialmente inaptas, com uma perda média de 5 meses de trabalho por ano. Mais grave ainda foi ter-se verificado que 50% desses casos de diminuição física se manifestavam à volta dos 45 anos de idade, portanto a idade de maior força de trabalho do homem. Outras estatísticas são igualmente concordantes (59, 60).

Daqui, uma primeira conclusão: *a alta e grave invalidez que as doenças reumáticas provocam.*

(★ ★)

Quanto à frequência de reumatismos, parece-nos de interesse fazer uma pequena revisão de algumas estatísticas efectuadas noutros países.

Embora baseadas em critérios diferentes dos adoptados pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia, nós verificamos que, em 1953, Kellgren e cola-

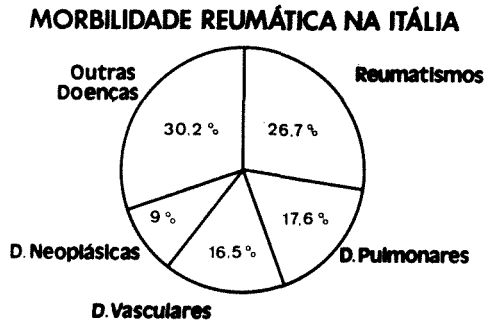
FREQUÊNCIA DE REUMATISMOS		
1953 — Kellgren e Col.	Grã-Bretanha	19%
1953 — Kalbak	Dinamarca	13,5% a 18,0%
1954 — De Blecourt	Holanda	18,4%
1969 — National Health S.	E.U.A.	10,0%
1973 — Aslanides	Grécia	43,8%
1973 — Ciocci	Itália	24,2%
1976 — Inquérito da S.P.R.	Portugal	37,4%

boradores (39-41) encontraram na Grã-Bretanha 19% de doentes reumáticos; Kalbak (37), no mesmo ano e na Dinamarca, 13,5% a 18%; um ano depois, Blecourt (19) encontrou 18,4% de doentes reumáticos na Holanda e uma estatística de 1969 do National Health Service (59), nos Estados Unidos, dava cerca de 10%. Por outro lado, Aslanides (2), em 1973, verificou que 43,8% da população grega estudada era atacada pelas afecções reumáticas.

(★ ★)

Num estudo publicado há pouco tempo (17) verificava-se que, na Itália, no que toca à morbidade de diversos grupos de doenças, as afecções reumáticas apareciam-nos com uma morbidade à volta dos 26,7%. Atrás, ficavam as doenças pulmonares, as doenças vasculares, as doenças neoplásicas, e as outras doenças, em conjunto, com 30,2%.

Daqui pode tirar-se uma segunda conclusão: *a grande frequência de reumatismo na população em geral.*



(★ ★)

Estatísticas também publicadas muito recentemente dão-nos as doenças ósteo-articulares como responsáveis de 6 a 11% das paragens de trabalho em diversos países. Outras estatísticas referem igualmente taxas altas (23, 59, 60, 61, 62).

Molinas (47) verificou também há anos que, na indústria têxtil da Catalunha, 27% das pensões de invalidez eram devidas a situações reumáticas.

Em 1963, no Reino Unido, um estudo efectuado sobre os dias de trabalhos perdidos (59), os reumatismos ocupavam o segundo lugar (10,3%), logo depois dos dias perdidos por bronquite (13,6) que, como se sabe, é extraordinariamente frequente e grave neste país, e à frente das faltas causadas pelas afecções psiquiátricas (9,2%), pelos acidentes (7,2%), pela gripe (4,8%) e pelas afecções do estômago e duodeno (4,3%).

PARAGENS DE TRABALHO POR DOENÇAS ÓSTEO-ARTICULARES	
Checoslováquia	6,1%
Grã-Bretanha	8,0%
Áustria	9,5%
Suécia	11,3%

Terceira conclusão a tirar: *as afecções reumáticas são uma das maiores causas de absentismo e de reforma.*

(★ ★)

Em relação ao custo das doenças reumáticas, uns dados americanos publicados há anos apresentavam os seguintes cálculos, em milhões de dóla-

res, relativos à perda de produtividade e aos custos dos serviços: o total ascendia a 3.645 milhões de dólares. Outros estudos são sobreponíveis (59).

Entre nós refiramos ainda a facilidade com que se reformam doentes com situações que, embora podendo condicionar períodos mais ou menos longos de absentismo, estão em perfeitas condições de se manterem dentro do quadro da população activa.

Quarta conclusão a tirar: *do ponto de vista económico, as doenças reumáticas constituem uma situação pesadíssima para a sociedade.*

(★ ★)

Refira-se ainda a difícil inserção social destes doentes que são mais tolerados do que propriamente integrados.

Num país em que a reclassificação profissional e a recolocação dos incapacitados é praticamente inexistente, fácil é concluir que as situações se tornam muito mais graves. Se a reabilitação consegue que o diminuído físico readquirira a produtividade normal, a empresa volta a recebê-lo e deixa de haver problema. Este surge em primeiro lugar quando o diminuído tem que ser readaptado a uma nova profissão, e sobretudo quando, mesmo readaptado, não pode ter rendimento normal. O futuro, então, é sombrio para ele e para o agregado familiar, sobretudo se este depender inteiramente do seu salário. Ele sabe estar condenado, juntamente com a família, a uma morte lenta por reforma insuficiente.

Este e outros factores ainda conduzem a implicações psicológicas que acompanham a grande parte dos doentes reumáticos.

(★ ★)

Numa pesquisa social efectuada por Houli (36), em 100 doentes, brasileiros, ele verificou os principais problemas sociais: em primeiro lugar, as dificuldades económicas para poderem realizar o tratamento; em segundo

PESQUISA SOCIAL	
PROBLEMAS SOCIAIS	N.º Doentes
Dificuldade Económica Para Realizar o Tratamento	41
Dificuldade de Trabalhar	24
Desempregados	13
Impossibilidade de Trabalhar	10
Problemas Emocionais	10
Licenciados	1
Necessidade de Readaptação Profissional	1
TOTAL	100

lugar a dificuldade de trabalharem; em terceiro lugar o grande número de desempregados, etc.

Todos estes factores e outros ainda, como a cronicidade de grande número das doenças e a difícil e constante assistência da medicina de reabilitação, faz-nos chegar a uma outra conclusão: *o peso sócio-económico dos reumatismos é agravado pelo recurso frequente a outras especialidades e ainda pela cronicidade da maioria das doenças reumáticas.*

(★ ★)

Em resumo, e como corolário de tudo o que acabamos de dizer, parece não restarem dúvidas de que as doenças reumáticas constituem um verdadeiro problema social e é como tal que tem que ser encarada a estratégia do combate a desenvolver. O problema ou a dúvida residem na extensão que o reumatismo possa revestir entre nós, o que iremos abordar.

(★ ★)

III — PANORAMA PORTUGUÊS

Todas estas considerações nos levaram a pensar num Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal. Na realidade, no que toca ao panorama português, ele é tão pobre que quase não vale a pena perdermos tempo. As nossas estatísticas, do ponto de vista da Saúde Pública, são paupérrimas e pouco divulgadas.

No que toca às afecções reumáticas, os estudos epidemiológicos efectuados na nossa população são praticamente inexistentes. Os trabalhos portugueses, incompletos, insuficientes e na maior parte deles desactualizados,



resumem-se quase só a estudar as frequências relativas em populações reumáticas (26, 27) ou a febre reumática em crianças (21, 22, 64, 65).

São, pois, estudos nitidamente parcelares e que terão apenas um interesse de orientação por comparação com os dados obtidos noutros países.

Estudos globais em superfície, não temos nenhum; estudos em profundidade, nenhum temos.

(★ ★)



A Sociedade Portuguesa de Reumatologia, baseada precisamente nestas considerações, resolveu abalancar-se a um estudo epidemiológico de tipo descritivo a nível nacional. Faltavam-lhe, para tanto, possibilidades humanas e recursos financeiros.

Em primeiro lugar, as possibilidades humanas, no sentido de se conseguir que este estudo epidemiológico fosse feito por reumatologistas. Este problema era de resolução impossível, em virtude do reduzidíssimo número de reumatologistas existentes em Portugal; foi imediatamente afastado. Resolvemos, então, substituí-los por clínicos gerais e internistas. Nós tínhamos perfeita consciência de todos os defeitos de formação destes médicos por insuficiente preparação universitária, como aqui mesmo, neste local, um outro trabalho demonstrará (5). Sabíamos que poderíamos contar com a sua boa vontade, com o espírito de colaboração e com a prática clínica de muitos anos. Já não era pouco — era muitíssimo!

A juntar-se à formação reumatológica insuficiente havia ainda uma preparação extremamente variável e uma distribuição pouco uniforme dos médicos colaborantes pelo território continental.

Mesmo com todas as margens de erro, nós entendíamos que poderíamos obter, com relativa aproximação, um Mapa Reumatológico de Portugal. Em estudos futuros, a cargo de reumatologistas, com a colaboração de clínicos gerais que se interessassem por uma preparação reumatológica mais completa, esse Mapa poderia ser completado. Aliás, o próprio inquérito epidemiológico veio demonstrar, com toda a clareza, como veremos se o tempo não nos faltar, onde estão algumas das principais dificuldades com que toparam os clínicos gerais.

Esta constatação obriga a própria Sociedade Portuguesa de Reumatologia a fazer a sua auto-crítica e a mostrar os erros e a insuficiência dos actuais métodos de ensino e de orientação destes.

MSD
MERCK
SHARP &
DOHME
LIMITADA

Em segundo lugar, as dificuldades financeiras. A Sociedade Portuguesa de Reumatologia sentia-se impotente para poder levar a cabo um estudo desta natureza. Felizmente, conseguiu-se a colaboração total e desinteressada da Merck Sharp & Dohme de Portugal que, sem a mínima limitação, nos deu inteira liberdade de desenvolvermos o inquérito da forma que a Sociedade pensasse ou entendesse. Esta é uma palavra devida e que é justa.

(★ ★)

Ora, um programa de controle das afecções reumáticas num dado espaço geográfico pressupõe o conhecimento da distribuição desse grupo de doenças na área considerada. Na realidade, a quantificação das afecções

reumáticas num dado momento ou período de prevalência e o conhecimento da tendência dinâmica, por exemplo através do estudo das incidências anuais comparadas, é indispensável para podermos verificar se se trata ou não dum problema de Saúde Pública e para a planificação das correctas medidas a aplicar para o seu controle

Ora, em Portugal, sob este aspecto, nada se encontrava feito, programado ou iniciado. Faziam-se trabalhos à base de estudos efectuados noutros espaços geográficos, noutros grupos populacionais, noutros conjuntos de variáveis.

Todos nós sabemos que há até uma arreigada impressão de que o nosso clima, por ser temperado, não deveria ser propício a altas frequências das doenças reumáticas. Mas, por outro lado, também se tem vindo a generalizar a ideia do binómio dor-reumatismo, o que levou alguns a pensarem que as afecções reumáticas, pela frequência com que o sintoma dor aparece nas consultas, seriam extraordinariamente frequentes entre nós.

Este raciocínio, por demais simplista e apriorista, não nos parecia corresponder às realidades portuguesas.

Recentemente ainda nos perguntavam oficialmente quantos reumáticos havia em Portugal, para poderem responder a uma questão posta por um cidadão estrangeiro através do Ministério dos Negócios Estrangeiros. E, infelizmente, nós tivemos que informar não haver estudos em Portugal que nos permitissem responder com base científica.

(★★)



Mas a importância é ainda mais grave, e tão grave ela é, que a 28.ª Assembleia Mundial de Saúde aprovou recentemente uma importante resolução sobre as doenças reumáticas e o próximo ano será o Ano Mundial do Reumatismo (53).

As nossas autoridades parece terem começado agora a tomar consciência de que os reumatismos constituem um grave problema de Saúde Pública no nosso país, embora comecem a conhecer-se alguns números no que toca ao absentismo, à invalidez, à diminuição do rendimento de trabalho, às reformas muitas delas prematuras, etc.

Era nossa convicção que os resultados que fossem obtidos com o nosso inquérito poderiam contribuir seriamente para demonstrar a alta prevalência das doenças reumáticas, facto esse que poderia servir de força de pressão junto das autoridades e das universidades, para todos começarmos a olhar o problema como ele na realidade merece ser olhado.

Por outro lado, compensando a insuficiência das nossas universidades e a falta de educação contínua a nível nacional, este estudo podia ser de alto interesse, quer interessando os clínicos gerais pelos problemas levantados pelas afecções reumáticas, quer contribuindo para o seu aperfeiçoamento mediante esclarecimentos e contactos mais íntimos com a Sociedade Portuguesa de Reumatologia e com os próprios reumatologistas portugueses.

Baseados em todos estes factores, fez-se um projecto de informação epidemiológica que compreendia a definição do problema, o estudo dos objectivos, dos meios e das acções e a avaliação final. Propositadamente, evitámos a tendência natural para um trabalho demasiadamente ambicioso.

(★ ★)



Na fase *pré-operacional* do inquérito considerámos o planeamento, a realização do protocolo e demais documentação, a programação, a organização e o estudo do orçamento.

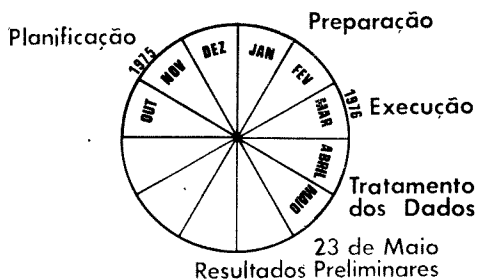
Na fase *operacional* ou de *execução*, o comando, a coordenação, o controle e a avaliação.

Para que a documentação pudesse vir a ser utilizada convenientemente, parecia-nos que devia conter as indicações fundamentais e muito precisas sobre a recolha de dados pelos médicos e seu registo.

Finalmente, o *tratamento dos dados* e a sua *apresentação*.

(★ ★)

PLANIFICAÇÃO DO ESTUDO



Em resumo, podemos dividir o nosso trabalho em 5 períodos: o período de *planificação* que nos ocupou desde Outubro até Janeiro; o período de *preparação* que foi até Fevereiro; e a *execução* que terminou em Abril.

Seguiu-se o período do *tratamento dos dados* e agora a *apresentação* dos resultados preliminares, havendo a

intenção de apresentarmos alguns resultados definitivos durante o 2.º Congresso Português de Reumatologia, a realizar brevemente no Porto, de 20 a 24 de Junho.

Devemos acentuar, contudo, que o inquérito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia incidiu sobre a população dos doentes das consultas de clínica geral, e não sobre a população em geral, pelo que se torna, pois, impossível oferecer taxas correctas da morbilidade reumática na

população portuguesa em geral, motivo esse que nos leva a evitar raciocínios falíveis baseados em taxas de prevalência, em taxas de incidência, etc.



Critérios de avaliação clínica só estão acima de qualquer dúvida, quando...

se emitem com base em estudos «duplamente ocultos e cruzados».

NOVO

PROLIXAN®

foi avaliado pelo «Gateshead Hospital Group» (Inglaterra) em dois ensaios «duplamente ocultos e cruzados» em comparação com um placebo e dois outros preparados anti-reumáticos.

- A acção antiflogística de PROLIXAN na fase inflamatória da artrose é idêntica à dos outros anti-reumáticos.
- O efeito analgésico de PROLIXAN é significativamente melhor que o dos outros anti-reumáticos.
- PROLIXAN foi nitidamente melhor tolerado.

**domina a dor inflamatória
artrósica, sem favorecer
a degeneração da cartilagem**

Composição:

1 cápsula contém: 3-dimetil-amino-7-metil-1, 2-(n-propil-malonil)-1, 2-di-hidro-1, 2, 4-benzotriazina (azapropazona di-hidrato) 300 mg

Posologia:

PROLIXAN deve administrar-se durante as refeições da seguinte forma:
Dose inicial 1200-1500 mg
Dose de manutenção 600-900 mg

Indicações:

- Afeções reumáticas inflamatórias e degenerativas de evolução aguda e crónica
- Reumatismo dos tecidos moles
- Estados agudos de inflamação local

Contra-indicações:

Úlcera gastro-intestinal aguda

Medidas de precaução:

Embora na experimentação animal não se tenha manifestado nenhum efeito teratogénico, durante a gravidez só deve administrar-se PROLIXAN segundo indicação médica, evitando-se, por princípio, o seu uso durante os 3 primeiros meses da gestação.

Tolerância:

A incidência dos efeitos secundários é consideravelmente mais reduzida do que com outros antireumáticos. Foram observadas ligeiras perturbações gastro-intestinais em 4,1% dos casos, manifestações cutâneas alérgicas transitórias em 1,0% dos casos e edemas passageiros em 0,6%.

Incompatibilidades:

Em ensaios clínicos não influiu sobre a terapêutica anticoagulante. Não foi observada qualquer alteração do hemograma. Contudo, em caso de tratamento anticoagulante convém realizar controlos de laboratório.

Apresentação:

Embalagens com 20 e 50 cápsulas de 300 mg.

**PROLIXAN
PROLIXAN
PROLIXAN**

Robapharm S.A.,
Basileia

PHARM
ROBAPHARM

Delegação científica em Portugal:

Robapharm Portuguesa, Lda.
Rua D. João V, 27 - 2º D
Lisboa 2 - Telefone 65 21 93/4

**PROLIXAN
PROLIXAN
PROLIXAN**

Celesdepot®

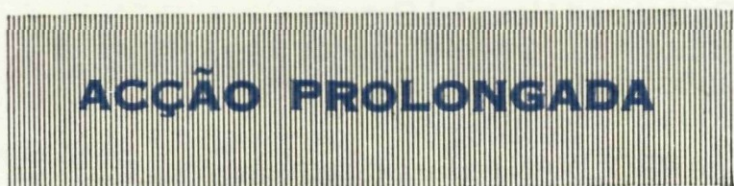
(fosfato dissódico de betametasona + acetato de betametasona)

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



**ACÇÃO
IMEDIATA**

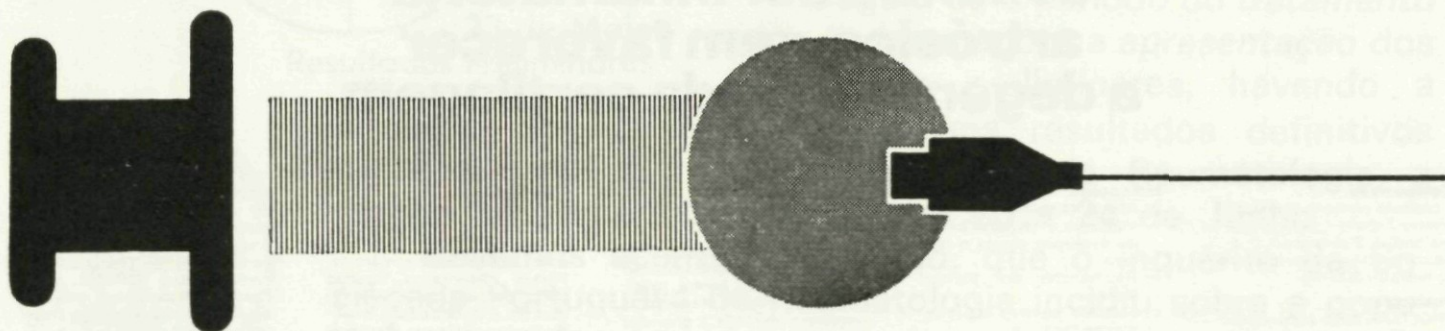
fosfato dissódico de betametasona (3 mg/ml)



ACÇÃO PROLONGADA

acetato
de betametasona
(3 mg/ml)

agora numa só



FRASCOS DOSE MÚLTIPLA DE 2 ml

® Marca registada

SCHERING CORPORATION USA



IV — RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. NA POPULAÇÃO GERAL

Para este trabalho contou-se com uma equipa bastante numerosa, na qual devemos referir os cinco proponentes do projecto, os 432 clínicos gerais e internistas que nele intervieram, os 26 elementos paramédicos, os 24.803 doentes observados, os 20.881 analisados e o programador. O apoio logístico de Merck e o computador IBM são também elementos a referir.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE REUMATISMOS	
Proponentes do Projecto	5
Clínicos Gerais e Internistas	432
Elementos Paramédicos	26
Doentes Observados	24.803
Observações Analizadas	20.881

(★ ★)

O estudo foi organizado pela *Sociedade Portuguesa de Reumatologia*, com a sua total responsabilidade científica, e foram seus proponentes o Presidente da Sociedade, Dr. Loução Martins, o Vice-Presidente, Dr. Robert Pereira Martins, o Secretário Geral, o Tesoureiro, Dr. Neiva Vieira, e ainda o vogal da Direcção, Dr. Mendonça da Cruz.

PROPONENTES DO PROJECTO
Dr. Loução Martins Jr.
Dr. Robert P. Martins
Dr. João Figueirinhas
Dr. Mendonça da Cruz
Dr. Neiva Vieira

(★ ★)

Dos elementos *paramédicos*, devemos destacar o coordenador geral, o chefe de equipa, os dois supervisores, os 21 executantes e um técnico de artes gráficas.

A acrescentar a estes elementos mencionados, devemos referir ainda outros colaboradores que muito contribuíram embora trabalhando em part-time.

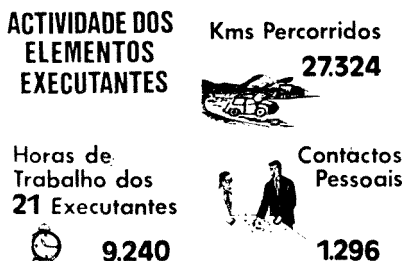
Queremos referir-nos aos tipógrafos, aos desenhadores, aos dactilógrafos, ao motorista, ao técnico dos slides, etc.

ELEMENTOS PARAMÉDICOS	
Coordenador Geral	1
Chefe de Equipa	1
Supervisores	2
Executantes	21
Técnico Artes Gráficas	1

(★ ★)

A actividade dos elementos *executantes* pode ser avaliada pelo número de quilómetros percorridos, pelo número de horas de trabalho desses elementos e pelo número de contactos pessoais que tiveram.

Através desta equipa conseguimos utilizar 20.881 fichas. Obtiveram-se ainda mais 3.922 fichas que foram rejeitadas por não corresponderem aos requisitos da computadorização ou por terem chegado fora do prazo da recepção. Estas últimas serão introduzidas de forma a poder serem apresentadas no II Congresso Português de Reumatologia.



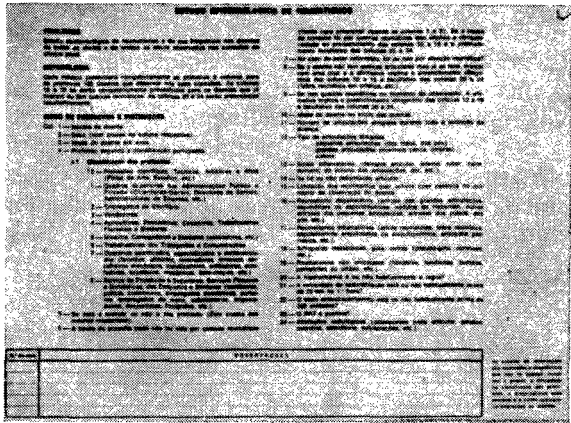
(★ ★)

O protocolo utilizado no estudo, e finalmente adoptado para este inquérito epidemiológico, foi objecto de várias reuniões prévias e é a ficha inicial, depois de 4 modificações no que toca à redução do número de dados pedidos, à distribuição das colunas, etc.

O protocolo foi organizado tendo em atenção 3 factores: a clareza, a simplicidade e a rapidez.

No que toca à *clareza*, procurámos fazer perguntas simples, rápidas e precisas e, apesar de tudo, fazemos *mea culpa* porque, mesmo com o cuidado posto nas instruções para o preenchimento de algumas colunas, se verificou que essas instruções eram passíveis de várias interpretações.

Isto fica-nos de emenda para futuros inquéritos epidemiológicos. Podemos afirmar, aliás, que também nós muito aprendemos com a realização deste inquérito.



(★ ★)

No que diz respeito à *simplicidade*, fez-se a recolha de um mínimo possível de dados que nós entendíamos indispensáveis num estudo desta natureza e procurámos dar-lhe a forma mais simples para serem facilmente preenchidas pelo médico.

Atendeu-se também à *rapidez*, que deveria ser necessária para o preenchimento, sabendo nós que o clínico geral está assoberbado com trabalho e sem limites de horário.

Foram estes os três factores mais importantes que nos levaram a adoptar a ficha que, como já dissemos, tem os seus erros.

Dividimos o protocolo em três partes:

- a primeira parte para ser preenchida para todos os doentes;
- a segunda parte compreendia as colunas a serem obrigatoriamente preenchidas para todos os doentes reumáticos,

— e, finalmente, o terceiro grupo de colunas, que deveria ser de preenchimento voluntário, visto nós termos consciência das dificuldades com que luta a maior parte dos clínicos gerais espalhados por essas vilas, por essas aldeias, mesmo por essas cidades, sem um mínimo de condições de diagnóstico. E verificámos que os dados obtidos nessas colunas não nos permitiam tirar quaisquer conclusões, pelo que acabaram por não ser considerados.

Embora não possa dizer-se que a amostragem fosse muito significativa da população do país, e apesar de termos estudado doentes e não populações com indivíduos doentes e com indivíduos sãos, parece-nos, em todo o caso, uma amostra já bastante aceitável e não é vulgar, mesmo no estrangeiro,

em países com outras características e com outras possibilidades, nós encontramos estudos desta natureza com a observação de um número tão elevado de indivíduos.

Neste inquérito nós fizemos várias divisões para estudarmos a interferência possível de alguns factores sobre a distribuição das doenças reumáticas no nosso país.

Ora nós sabemos que os estudos de epidemiologia descritiva revelam as características das doenças nas populações e as de maior interesse nos estudos descritivos epidemiológicos resumem-se a três categorias: pessoa, lugar, tempo. No que toca à *pessoa*, estudámos a distribuição por idades, sexos, profissões e através destas podemos tirar algumas conclusões da posição sócio-económica. Estudámos depois o *Lugar* e, evidentemente, o estudo foi feito num *tempo*.

The image shows a complex epidemiological table with a grid structure. The title at the top is "ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE REUMATISMOS". The table is divided into several sections, with the top part containing headers and the main body consisting of numerous rows and columns of data points. The text is small and difficult to read, but the structure is clearly that of a large-scale data collection table.

(★★)

Assim, fizemos uma divisão do mapa de Portugal em três *zonas geográficas*: Norte, Centro e Sul, respeitando os limites mais ou menos clássicos, isto é, o Rio Douro e o Rio Tejo, mas entendemos dever individualizar duas cidades, Porto e Lisboa, que nos parecem ter características próprias.



(★ ★)

Outra divisão que fizemos do país foi em *zonas climáticas*: faixas litorais e interior.

Respeitámos convencionalmente uma margem de cerca de 20 Km ao longo do Atlântico, considerando todas as populações que se mantivessem dentro dessa faixa como zona marítima, como faixa litoral atlântica.

Considerámos as que estavam para lá da orla marítima, como zona interior e considerámos ainda, em virtude das suas características próprias, a faixa litoral sul ou mediterrânica.



(★ ★)

Quanto às *profissões* adoptámos uma *classificação* que, como todas as classificações, está sujeita a crítica (18). Mas pareceram-nos bastante homogéneos os grupos incluídos nessa classificação e, por outro lado, fomos afortunados por encontrar uma classificação que o nosso próprio Serviço Nacional de Emprego adoptou. Pareceu-nos, pois, a melhor classificação a seguir.

Como pode ver-se no quadro, temos um primeiro grupo das profissões científicas e técnicas; no segundo grupo os escalões mais altos das administrações públicas e privada e, seguidamente, os empregados de escritório, os vendedores, os agricultores e pescadores, os mineiros e carregadores, etc.

DISTRIBUIÇÃO POR PROFISSÕES

Científicas, Técnicas e Artísticas
 Quadros Superiores
 Empregados de Escritório
 Vendedores
 Agricultores e Pescadores
 Mineiros e Carregadores
 Transportes e Comunicações
 Operários Qualificados
 Serv. Protecção, Pessoais e Domésticos

(★★)

Fizemos ainda o agrupamento dos dados consoante o *tipo de clínica* considerando classicamente a rural, a fabril, a urbana e o tipo misto, em que vários se conjugam.

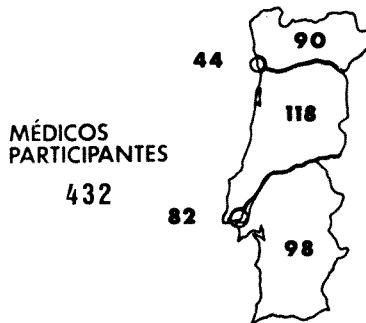
DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE CLÍNICA



(★★)

Os *médicos participantes* estavam distribuídos em três zonas: o Centro, com 118, o Sul com 98, o Norte com 90 e duas cidades, Lisboa com 82 e o Porto com 44, que nos pareceram ser de individualizar pelas suas características próprias.

O maior número, como vemos, pertencia à Zona Centro e o número menor de médicos estava no Porto.



(★★)

No que toca às *motivações das consultas* dos doentes observados, verificou-se que por queixas reumáticas apareceram 22,8%.

Não podemos deixar de focar a grande frequência das consultas motivadas por reumatismo, o que equivale praticamente a dizer que, de todos

os doentes que compareceram nas consultas cerca de 1/4 procurou o médico por queixas reumáticas. Parece-nos uma percentagem altamente significativa.

MOTIVAÇÕES DA CONSULTA	
Por Outros Motivos	76,3%
Por Reumatismos	22,8%
Sem Informação	0,9%

(★★)

Os *casos analisados* estavam distribuídos da seguinte forma:

— 37,3% no Centro do País, de acordo, aliás, com o maior número de médicos que intervieram no inquérito;

— e o número mais pequeno de casos analisados, correspondendo a 9,4%, no Porto.



(★★)

Em relação à *média das idades na data da consulta*, verifica-se que no total dos casos analisados a média andava à volta dos 44,36 anos e nos doentes reumáticos era bastante mais alta, à volta dos 53 anos.

Nos homens, no total de casos analisados, a idade orçava de 44,41 anos de idade, enquanto que nos doentes reumáticos andava pelos 53,36 anos.

No que diz respeito às mulheres, tanto no total dos casos analisados como no caso das doentes reumáticas, a média de idades era ligeiramente inferior à dos homens.

Os resultados estão, aliás, mais ou menos de acordo com as estatísticas estrangeiras, visto que grande parte das queixas na mulher aparece na altura da menopausa ou logo a seguir a esse período.

MÉDIA DE IDADES NA DATA DA CONSULTA		
	Dos Reumáticos	Dos Casos Analisados
Mulheres	44,31 anos	53 anos
Total	44,36 anos	53,36 anos
Homens	44,41 anos	52,74 anos

(★ ★)

No que toca à distribuição por sexos dos doentes analisados 9.199 eram homens a que correspondem 44% e 11.682 eram mulheres o que equivale a 56%.

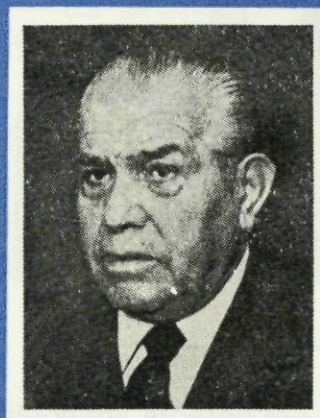
Dos 7.811 doentes reumáticos, 4.570 eram mulheres, correspondentes a 39,1% das mulheres analisadas e a 58,6% dos doentes reumáticos. Por aqui se verifica que há, como aliás nas estatísticas estrangeiras, um predomínio do reumatismo no sexo feminino.

Por outro lado, quase 40% das mulheres que vão à consulta têm queixas reumáticas.

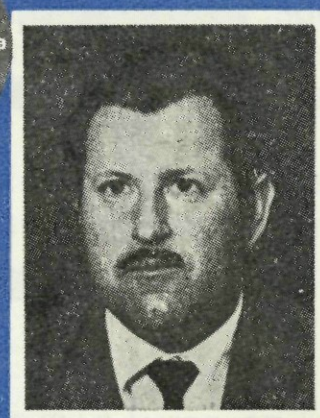
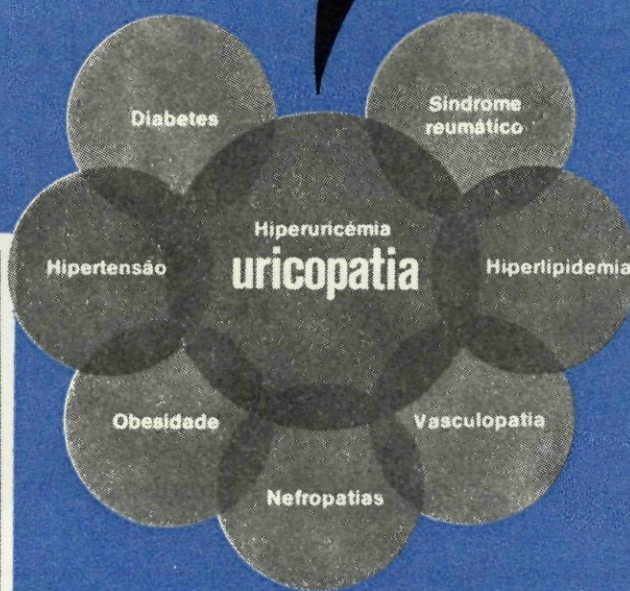
Facilmente se verifica por estes números a grande sobrecarga do clínico geral com os doentes reumáticos e facilmente se pode inferir também como eles estão a ser seguidos, sem a possibilidade do recurso a especialistas, e sabendo nós que alguns casos até para estes constituem problemas difíceis.

	Casos Analisados	Reumáticos	Prevalência de Reumáticos
Doentes	20.881	7.811	37,4%
	100%	100%	
Homens	9.199	3.241	35,2%
	44%	41,4%	
Mulheres	11.682	4.570	39,1%
	56%	58,6%	

**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

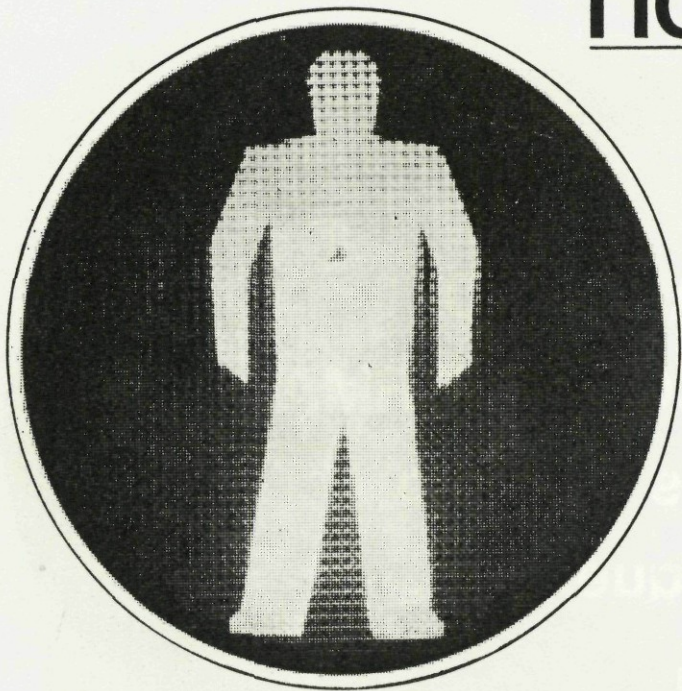
**sem
interrupção**



Wellcome

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

NOVO



Luz Verde
para o seu doente reumático
com

Tolectin®

- TOLECTIN é um antireumático não esteróide completamente novo que tem provado as suas qualidades terapêuticas na clínica internacional por um período superior a sete anos.

- TOLECTIN — derivado do pirrol usado como antireumático, que combate a inflamação baixando o nível da prostaglandina E no sangue.

- TOLECTIN — um potente antiflogístico, analgésico e antipirético.

- TOLECTIN — notável rapidez de acção.

- TOLECTIN — elevada eficácia também em terapêuticas de longa duração.

- TOLECTIN melhora decisivamente o modo de vida dos seus doentes reumáticos.

NOVO — Investigado pela



Cilag-Chemie, Ltd.

SCHAFFHAUSEN — SUÍÇA

© Marca Registrada

Johnson & Johnson
LIMITADA

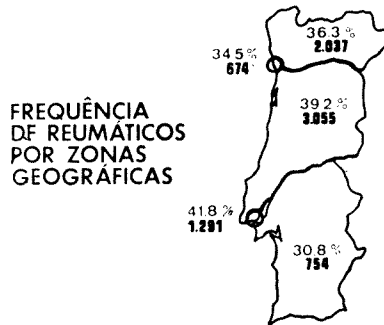
DIVISÃO FARMACÊUTICA - DIAGNÓSTICOS

Distribuidores: LISFARMA, LDA. — Apartado 1007 - LISBOA

© JJ 1978

(★★)

Por zonas geográficas, verifica-se uma percentagem mais alta nas zonas do Centro do país, seguida pelo Norte e finalmente pelo Sul. Assim, temos 41,8% em Lisboa, 39,2% no Centro, 36,3% no Norte, 34,5% no Porto, e a grande distância o Sul com 30,8%.



(★★)

Em relação aos doentes reumáticos podemos verificar o seguinte:

— as mulheres reumáticas correspondiam a 39,1%, portanto uma frequência ligeiramente superior à do sexo masculino;

— as profissões mais atingidas eram as dos agricultores e pescadores e as menos atingidas eram as dos empregados de escritório. Se nós virmos o tipo de trabalho destes dois grupos profissionais, facilmente se compreende a diferença, embora ela seja bastante acentuada;

— em relação às clínicas, a mais atingida era a fabril, com cerca de 50% e a menos atingida era a urbana, com 31,1%. Também aqui se nota uma diferença muito acentuada;

PREVALÊNCIA DE REUMÁTICOS NOS CASOS ANALIZADOS 37,4%		
Sexos	Feminino	39,1%
	Masculino	35,2%
Profissões	Agricul. e Pescadores	48,8%
	Empreg. de Escritório	27,8%
Clínicas	Fabril	49,7%
	Urbana	31,1%
Zonas Geog.	Lisboa	41,8%
	Sul	30,8%
Zonas Clim.	Interior	38,0%
	Mediterrânica	13,0%

— a zona geográfica mais atingida era Lisboa com 41,8% e a menos atingida o Sul com 30,8%.

Nós não sabemos, se neste caso da zona geográfica de Lisboa, onde aparece a frequência mais elevada, isso se deverá a uma melhor cobertura sanitária da população ou a melhores possibilidades de diagnóstico, mais precoce e mais correctamente efectuado;

— em relação às zonas climáticas, o interior era mais atingido, com 38% e a zona mediterrânica, com 13%, a menos atingida. Uma diferença assaz acentuada.

(★ ★)

Em relação à *frequência* de algumas entidades reumáticas na totalidade dos casos observados nós verificamos uma prevalência extraordinariamente elevada das afecções degenerativas, em relação quer às inflamatórias, quer às metabólicas, quer ainda às abarticulares. Sendo estas doenças, doenças crónicas, incuráveis, de evolução progressiva, a nossa atenção deve ser dirigida no sentido de se fazer um diagnóstico precoce, no sentido de procurar controlar-se a razão de progressão da doença, no sentido de se evitarem as incapacidades, e em estabelecermos uma terapêutica recuperadora em condições e a tempo (49).

Nas inflamatórias, temos a artrite reumatóide, com prevalência bastante superior à da febre reumática.

Nós sabemos que a febre reumática é uma das doenças que o clínico geral melhor conhece e cujo diagnóstico mais facilmente estabelece sem ter de recorrer a meios auxiliares de diagnóstico. A artrite reumatóide apare-

FREQUÊNCIA DE ALGUNS GRUPOS REUMÁTICOS NOS CASOS ANALISADOS		
Grupos	Totais	Percentag.
Degenerativos:		
Espondilartroses	4.326	20,7
Outras Artroses	4.969	23,8
Inflamatórias:		
Artrite Reumatóide	1.154	5,5
Febre Reumática	423	2,0
Outras	1.122	5,4
Artropatias Metabólicas:		
Gota	575	2,8
Outras	519	2,5
Abarticulares	449	2,2

ce-nos realmente como uma prevalência bastante elevada, atendendo a este factor.

Em relação às artropatias metabólicas devemos referir uma frequência de gota mais elevada do que é habitual, quanto à generalidade da população, e é de colocar reservas aos 2,5% de «outras» artropatias metabólicas, atendendo à dificuldade de diagnóstico...

(★★)

Vejamos algumas considerações sobre a *febre reumática*. As estatísticas estrangeiras são tão variáveis que nos parece desnecessário procurar comparações. No que diz respeito a Portugal devemos referir uma prevalência de 1,2% encontrada, em 1956, num grupo de 2.500 crianças escolares de idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos (22), prevalência esta ligeiramente inferior à encontrada três anos (1,6%) antes pelo mesmo autor num grupo de 500 crianças com idades variando entre os 9 e os 12 anos (21). Um estudo posterior, incidindo sobre 8.082 estudantes de ambos os sexos e com idades entre os 10 e os 19 anos, dava uma prevalência de 0,73% (64). Infelizmente são estudos sectoriais e, devido aos diferentes critérios adoptados, não podemos comparar as taxas.

Um outro trabalho inglês (59) refere as taxas de mortalidade da febre reumática em diversos países, embora referindo-se a dados de 1966. Portugal apresentava uma taxa de 5^o/₀₀ no que diz respeito aos homens, e 2,4^o/₀₀ no que toca às mulheres. Atrás de Portugal ficavam muitos países:

Países	Homens	Mulheres
Estados Unidos		2,6
Alemanha Federal		3,6
Nova Zelândia		4,1
Bélgica		4,7
Japão	5,8	11,5
Checoslováquia		8,3
Argentina		8,3
Filipinas	18,5	10,4
México		12,0
Chile	5,5	14,9
Colômbia	12,6	19,4
Polónia	19,3	28,9
China (Taiwan)	14,6	31,1

Estes dados fazem-nos pensar em defeito de registo no que diz respeito a Portugal, ou então a rebre reumática não será muito grave no nosso país (22).

Em todo o caso, no decénio 1961-1970 verificou-se uma acentuada diminuição dos óbitos causados pelo Reumatismo Articular Agudo e cardiopatias reumáticas (fonte: Anuário Estatístico do I.N.E.):

Ano	Óbitos
1961	1.974
1962	1.654
1963	1.689
1964	1.381
1965	1.268
1966	1.351
1967	1.266
1968	1.102
1969	1.153
1970	928

(★ ★)

No nosso Inquérito, a *febre reumática* aparece com uma prevalência de 2%, e verificamos que há um predomínio no sexo feminino.

Um problema que nos surpreende é a grande diferença na frequência de casos registados no grupo 0 em relação ao grupo 1, isto é, no grupo dos quadros da Administração Pública e Privada. Não sabemos porque há esta diferença, até porque os dois grupos são bastante sobreponíveis.

Há um predomínio na clínica urbana em relação à rural e há predomínio também no Porto em relação ao Sul.

Há ainda um predomínio na grande zona climática atlântica em relação à mediterrânica.

PREVALÊNCIA DE FEBRE REUMÁTICA NOS CASOS ANALISADOS 2,0%		
Sexos	Feminino	2,1%
	Masculino	1,9%
Profissões	Cient., Téc. e Artistas	4,1%
	Quadros Superiores	0,1%
Clínicas	Urbana	2,2%
	Rural	1,8%
Zonas Geog.	Porto	3,3%
	Sul	0,7%
Zonas Clim.	Atlântica	2,1%
	Mediterrânica	0,9%

Parece-nos poder concluir que o sexo feminino será mais afectado, da mesma forma que a zona urbana junto ao litoral, todo o litoral Norte e a zona atlântica. Quer dizer, as zonas climáticas onde há temperaturas mais baixas, maior precipitação e maior humidade, são mais propícias ao desenvolvimento das situações de febre reumática.

(★ ★)

A prevalência da *artrite reumatóide*, segundo diversos estudos, é realmente muito variável, desde a frequência na Finlândia, que é bastante acentuada, até à frequência no Japão, em que é muito reduzida. Aliás, estamos habituados a ver as estatísticas japonesas sempre com uma frequência muito baixo de artrite reumatóide. Nós podemos considerar que o normal anda entre 3 e 4%. Adoptando esta frequência como a mais habitual, vemos a sua prevalência em Portugal, embora tenhamos que entrar em linha de conta com os factores que já por várias vezes aqui acentuamos, no que se refere à preparação reumatológica fornecida pela Universidade...

**FREQUÊNCIA DA ARTRITE REUMATÓIDE
EM DIVERSOS PAISES**

Finlândia	7,5%
Rep. Federal Alemã	5,7%
Grã-Bretanha	4,0%
U.S.A. (Tecumseh)	2,5%
Checoslováquia	1,3%
Japão	0,4%
Portugal	5,5%

Ou por falta de formação, ou por dificuldade no recurso aos meios auxiliares de diagnóstico, afigura-se-nos que é aqui, no diagnóstico da artrite reumatóide, que reside uma das principais insuficiências do clínico geral. É um dado de importância fundamental para a planificação da actividade futura de esclarecimento a desenvolver pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

Em relação à *distribuição por sexos*, há realmente uma predominância no que toca ao feminino sobre o masculino, o que é normal; simplesmente, estas frequências são, no nosso estudo, muito sobreponíveis o que, de forma alguma, está de acordo com as descrições da bibliografia mundial, em que a artrite reumatoide é acentuadamente mais frequente na mulher do que no homem.

Quanto às *profissões*, é mais frequente no grupo dos agricultores, pescadores e similares e menos frequente no grupo dos transportes e comunicações. É ainda mais frequente na clínica rural e mais frequente também na zona centro e no interior.

PREVALÊNCIA DA ARTRITE REUMATÓIDE NOS CASOS ANALIZADOS 5,5%		
Sexos	Feminino	5,8%
	Masculino	5,2%
Profissões	Agricul. e Pescadores	10,8%
	Transp. e Comunicações	2,9%
Clínicas	Rural	7,7%
	Urbana	4,6%
Zonas Geog.	Centro	6,7%
	Porto	2,8%
Zonas Clim.	Interior	7,2%
	Mediterrânica	1,2%

(★ ★)

No que toca à *gota*, que é uma das doenças que o clínico geral da província normalmente conhece muito bem, nota-se que há um predomínio do sexo masculino em relação ao feminino, o que está de acordo com todas as descrições. Simplesmente, afigura-se-nos, aqui também, que a frequência da gota feminina é muito elevada em relação à gota masculina, ou então a gota masculina aparece com uma prevalência inferior à que na realidade deve ter. Em todas as descrições se fala na raridade da gota feminina e nós não compreendemos uma diferença tão pequena em relação ao sexo.

PREVALÊNCIA DE GOTA NOS CASOS ANALIZADOS 2,8%		
Sexos	Masculino	4,4%
	Feminino	1,5%
Profissões	Quadros Superiores	7,6%
	Serv. Protecção e Domést.	1,9%
Clínicas	Urbana	3,3%
	Rural	2,3%
Zonas Geog.	Lisboa	4,0%
	Sul	1,4%
Zonas Clim.	Atlântica	3,2%
	Mediterrânica	0,3%

Em relação às *profissões*, temos 7,6% para os quadros superiores e 1,9% para os serviços de protecção e domésticos. Isto está de acordo com as descrições com que normalmente deparamos na literatura mundial, pois a gota seria a doença dos ricos e dos diplomatas, embora ela se tenha vindo progressivamente a democratizar. (27) É mais vulgar ainda na clínica urbana, talvez por uma questão de alimentação, e é mais vulgar em Lisboa que no Sul, talvez também por um problema de alimentação. Por outro lado, nós estamos convencidos que está diagnosticada em excesso.

2. NA POPULAÇÃO REUMÁTICA

E, daqui por diante, todos os números globais, todas as percentagens que dermos, se referem exclusivamente à *população reumática* estudada que já vimos ser de 7.811.

(★ ★)

Entre os doentes reumáticos, a *febre reumática* aparece-nos com uma prevalência de 5,4%, sendo mais frequente no sexo feminino, no grupo de profissões que engloba técnicos e artistas, enquanto que nos quadros superiores nos aparece apenas com 0,6%.

Continuamos a não compreender a discrepância na distribuição por estes dois grupos.

Também entre os reumáticos é mais vulgar na clínica urbana e mista, no Porto e na zona climática mediterrânica.

FREQUÊNCIA DE FEBRE REUMÁTICA NOS REUMÁTICOS RASTREADOS 5,4%		
Sexos	Feminino	5,5%
	Masculino	5,3%
Profissões	Cient., Téc. e Artistas	14,0%
	Quadros Superiores	0,6%
Clínicas	Urbana e Mista	5,7%
	Fabril	4,0%
Zonas Geog.	Porto	9,6%
	Sul	2,4%
Zonas Clim.	Mediterrânica	7,1%
	Interior	5,3%

(★ ★)

No que diz respeito à *artrite reumatóide*, continuamos com uma distribuição praticamente sobreponível no que toca ao sexo, e com uma discrepância de frequências que também não conseguimos explicar nestes dois grupos de profissões. É mais vulgar na clínica rural, no Sul e no interior.

PREVALÊNCIA DA ARTRITE REUMATÓIDE NOS REUMÁTICOS RASTREADOS 14,8%		
Sexos	Feminino	14,8%
	Masculino	14,7%
Profissões	Agricul. e Pescadores	22,3%
	Transp. e Comunicações	8,3%
Clínicas	Rural	20,0%
	Urbana	12,0%
Zonas Geog.	Sul	17,6%
	Porto	8,0%
Zonas Clim.	Interior	18,9%
	Mediterrânica	9,5%

(★ ★)

No que se refere à população de *gotosos*, nós temos as estatísticas de Fletcher (28), na Grã-Breanha, que nos dá 4% na população reumática; a de Hench (31), nos Estados Unidos, que nos dá um frequência de 5%. Temos

FREQUÊNCIA DE GOTOSOS NA POPULAÇÃO REUMÁTICA MUNDIAL	
Grã-Bretanha	4%
Estados Unidos	5%
1958 — Bélgica (Blecourt)	6,2% a 7,9%
1963 — Brasil (Bianchi e Col.)	2,15%
1963 — Dinamarca (Brochner Mortensen)	5% a 10%
1968 — Grécia (Vacrinos)	2,5% a 5%
1972 — Colômbia (A.C.R.)	9,3%
1973 — Brasil (Houli)	2%

ainda outras estatísticas efectuadas na Bélgica (19), na Itália (17), na Dinamarca (14), na Grécia (67), na Colômbia (3) e no Brasil (9,36). Neste quadro vemos que a frequência de gotosos na população reumática varia de 2 a 10%. Podemos considerar uma média à volta dos 4 a 5%.

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

(★ ★)

Entre a população reumática espanhola temos as duas estatísticas de Barceló e col. de 1953 (5), 1958 (8), de 1967 (6), de 1971 (7), de Rotés-Querol de 1960 (56) e 1968 (57), de Casademont (16) de 1962, de Borrachero de 1961 (11) e de 1969 (10), de Fernandez del Vallado de 1964 (24), etc.

Como vemos, estas estatísticas dão, todas elas, uma frequência à volta dos 4 a 5%.

FREQUÊNCIA DE GOTOSOS NA POPULAÇÃO REUMÁTICA ESPANHOLA	
1953 — Barceló e Col.	3,5 %
1958 — Barceló	2,0 %
1960 — Rotés-Querol e Col.	4,0 %
1961 — Borrachero e Col.	3,8 %
1962 — Casademont	5,16%
1964 — Fernandez del Vallado	5,34%
1967 — Barceló e Col.	2,8 %
1968 — Rotés-Querol e Col.	4,57%
1969 — Borrachero	5,7 %
1972 — Barceló e Col.	3,18%

(★ ★)

No caso da população reumática portuguesa, temos uma estatística de Teixeira de 1954, sobre 4.508 doentes, nos quais encontrou 4,2% de gotosos, temos outra de 1960 (65), com 3% de gotosos, e temos uma nossa de 1974 (27), em que encontrámos 5,6%. O actual inquérito, com 7.811 doentes, dá-nos uma frequência verdadeiramente exagerada de 7,4% de gotosos entre a população reumática.

FREQUÊNCIA DE GOTOSOS NA POPULAÇÃO REUMÁTICA PORTUGUESA		
1954 — Teixeira	(4.508 Doentes)	4,2%
1960 — Teixeira e Col.	(10.000 Doentes)	3,3%
1974 — Figueirinhas e Col.	(13.000 D.)	5,6%
1976 — Inquérito S.P.R.	(7.811 Doentes)	7,4%

Nós estamos convencidos de que há um exagero, no que toca a diagnóstico de gota. Estamos convencidos de que, quanto à artrite gotosa, não são respeitados os critérios de diagnóstico. Mais um ponto para a Sociedade Portuguesa de Reumatologia planificar a sua actividade futura.

(★★)

A gota é mais vulgar no sexo masculino, mais vulgar ainda nos quadros superiores da Administração, mais vulgar também na clínica urbana, possivelmente por questões de alimentação, nas regiões de Lisboa e na zona atlântica.

FREQUÊNCIA DE GOTA NOS REUMÁTICOS RASTREADOS 7,4%		
Sexos	Masculino	12,4%
	Feminino	3,8%
Profissões	Quadros Superiores	19,5%
	Serv. Protecção e Domést.	4,4%
Clínicas	Urbana	8,6%
	Fabril	5,4%
Zonas Geog.	Lisboa	9,6%
	Sul	4,5%
Zonas Clim.	Atlântica	8,4%
	Mediterrânica	2,4%

(★★)



Gostaríamos, finalmente, de vincar algumas ideias que poderão ficar como conclusões a tirar dos números que acabámos de dar.

Assim, foquemos a grande percentagem de doentes que procuram o médico por queixas reumáticas. Até por comparação com as estatísticas estrangeiras, nós podemos concluir pela grande importância para a Saúde Pública que o grupo das doenças reumáticas constitui. Se nós tivéssemos estatísticas mais completas que nos dessem os dados referentes à limitação de actividade, à inactividade ou aos custos do tratamento e das reformas, teríamos um panorama verdadeiramente negro, no que toca às doenças reumáticas como problema de Saúde Pública.

Outro problema que vale a pena acentuar é a alta percentagem de doentes reformados por reumatismo. Assim, dos 7.811 doentes estavam reformados 1.025, o que nos dá uma percentagem verdadeiramente astronómica

de 13,1% reformados por reumatismo. Parece-nos, realmente, um número muito elevado que nos obriga a todos nós, debruçarmo-nos sobre estas percentagens e tirarmos as conclusões que cada um entender, desde as reformas sem motivo que as justifiquem, até ao factor altamente invalidante que acompanha qualquer tipo de doença reumática.

Outro ponto: verificámos que havia um maior número de mulheres reformadas do que de homens.

A necessidade muito mais premente do homem continuar a trabalhar, mesmo com sacrifícios e dificuldades, são factores que podem ajudar a explicar esta diferença.

Outros números ainda curiosos: dos doentes reumáticos, vieram à consulta por reumatismo 4.716, o que dá uma percentagem altíssima de 60,4%. Como conclusão, o doente reumático parece procurar assiduamente o médico, para que este o alivie das suas queixas. Torna-se, pois, um peso demasiadamente acentuado para o clínico geral que, até agora, se vê impossibilitado de recorrer aos especialistas, por falta da Especialidade.

Esta grande frequência pode ser explicada de várias formas:

- doença que implica queixas frequentes, intensas e prolongadas;
- diagnóstico errado ou tratamento insuficiente que não alivia os doentes;
- falta de especialistas que controlem a doença mais correctamente.

Os dados obtidos através do nosso Inquérito parece apontarem para as seguintes conclusões:

- 1.º — A alta prevalência das doenças reumáticas na população portuguesa;
- 2.º — As doenças reumáticas, entre nós, são altamente invalidantes;
- 3.º — As doenças reumáticas constituem, do ponto de vista sócio-económico, uma situação pesadíssima para a sociedade;
- 4.º — As doenças reumáticas constituem uma evidente sobrecarga para o clínico geral;
- 5.º — A falta da Especialidade, e consequentemente de especialistas, obsta a que os doentes reumáticos sejam melhor tratados e, implicitamente, a que se diminua a sobrecarga para a sociedade;
- 6.º — À Sociedade Portuguesa de Reumatologia está reservado um papel fundamental na resolução de muitos dos problemas aflorados;
- 7.º — A necessidade urgente da fundação da Liga Social;
- 8.º — A criação de uma verdadeira estrutura social de apoio ao doente reumático, em todos os aspectos, sob a forma de Liga Social.

R É S U M É

La Société Portugaise de Rhumatologie s'est engagée dans la réalisation d'un Étude Épidémiologique des Rhumatismes au Portugal, au niveau national, lequel s'est déroulé depuis l'Octobre 1975 jusqu'en Avril 1976 et qui a eu l'appui logistique de M. S. D. de M. S. D.

Cette initiative, la première de ce genre effectuée au Portugal, s'est adressée vers 24.03 malades des consultations de 432 praticiens et généralistes qui ont collaboré avec la Société Portugaise de Rhumatologie. Bien que consciente de quelques facteurs d'erreur, la S. P. R., pense que cette initiative est d'une grande importance pour l'élaboration d'une future Carte Rhumatologique du Portugal.

Parmi les malades qui ont pris part dans cet Enquête Épidémiologique, 22,8% se sont présentés en consultation pour se plaindre de rhumatisme, ensuite on a vérifié que 38% du total des malades souffrait de rhumatisme.

L'âge moyenne tournait au-dessus des 53 ans, les femmes (58,6%) étant plus atteintes que les hommes (41,4%). Selon les zones, (le pays a été divisé en Nord, Centre, Sud, Lisbonne et Porto), on a vérifié une majeure fréquence en Lisbonne (41,6%), et dans le Centre (39,2%). Selon les professions, les employés les plus affectés ont été les Agriculteurs et les Pêcheurs, et les moins atteints ont été les employés de bureau. D'autre part, la clinique d'entreprise était la plus atteinte (50%), en étant la clinique urbaine la moins atteinte. Par rapport aux zones climatiques (Intérieure, Zone Atlantique et de la Méditerranée), la zone Intérieure était surtout affectée (38%), tandis que la zone méditerranéenne avait une plus faible fréquence (13%).

Parmi les maladies rhumatologiques les plus fréquentes chez nous on détache les rhumatismes dégénératives, la fièvre rhumatismal (qui atteint surtout le sexe féminin) et la goutte (qui atteint surtout les hommes, les cadres supérieurs et les habitants de la zone atlantique).

La gravité du Rhumatisme se fait surtout sentir dans l'équilibre socio-économique du Pays, car elle provoque des journées de travail perdues, des rétraites indûment ou prématurément, la diminution des capacités de travail, la thérapie médicamenteuse continue qu'elle oblige, la récupération extraordinairement coûteuse qu'elle demande, et les répercussions au sein de la famille, etc.

Parmi 7.811 malades rhumatismales, on a signalé 1.025 (13%) de retraités par rhumatisme.

De l'ensemble des malades souffrant de rhumatisme qui se sont présentés aux consultations des médecins de clinique générale et des internes des hôpitaux, 60% l'ont fait pour se plaindre d'une ou de plusieurs affections rhumatismales, ce qui représente une lourde surcharge pour ces médecins dans un pays qui a seulement 22 Membres Titulaires de la S. P. R., ce qui explique bien la gravité de ce groupe d'affections, soit au niveau individuel, soit au niveau national.

On termine en faisant un appel aux autorités dans le sens d'une création rapide de cette spécialité et on fait remarque l'importance du rôle qu'on a réservé à la Société Portugaise du Rhumatologie.

S U M M A R Y

The Portuguese Society of Rheumatology (S.P.R.) decided to effect an Epidemiological Study on Rheumatisms in Portugal at national level, which took place between October 1975 and April 1976, and it was supported by M.S.D.

This initiative, the first of its kind in Portugal, comprised 24.803 patients of the consulting rooms and 432 general practitioners and generalists who collaborate with the Portuguese Society of Rheumatology. Although aware of the error factors the S.P.R. believes that his initiative is of great value for the elaboration of a future Rheumatological Table of Portugal.

Of the patients who participated in this Rheumatological Study, 22,8% complained of rheumatism to the doctor; afterwards it was verified that 38% of the total number of patients suffered of rheumatism. The average age was around 53 years but

exceeded it, and the women (58,6%) were more affected than the men (41,4%). By areas (the country was divided in North, Center, South, Lisbon and Oporto) a bigger quantity was noted in Lisbon (41,6%) and in the Center (39,2%). Relative to professions the most affected ones were Farmers and Fishermen and the less affected the office employers. On the other hand, the factory clinics were the ones with more incidence (50%) and the less affected were the urban areas (31,1%). In comparison of the climatic areas (Interior, Atlantic Area and Mediterranean Area) the Interior was the one with the biggest incidence (38%) whilst the Mediterranean Area had a lower incidence (13%).

The most frequent rheumatic diseases amongst us, the degenerative rheumatism are outstanding, the rheumatic fever (which strikes mainly the feminine sex) and the gout (which strikes mainly men, the employers of the highest levels and the inhabitants of the Atlantic Area).

The seriousness of rheumatism is mainly felt in the social-economic balance of the Country through the lost working days which are occasioned by it, those who are prematurely retired, by diminishing the working capacity, for the continuous therapeutic medicine which is normally compulsory, for the extraordinary expensive recuperation, and for the repercussion amongst the family, etc.

In 7.811 rheumatic patients inspected, 1.025 (13%) were detected as being prematurely retired due to rheumatism.

Of the referred quota of rheumatic patients who came to the consulting rooms of the general practitioners and the internists, 60% did it for complaints related with one or more rheumatic affections, which means a high surcharge for the medical doctors of a country which only has 22 Registered Members of the S.P.R. and explains well the seriousness of this group of diseases, either at individual level or national level.

We finalize with an appeal to the Authorities for the rapid creation of the Specialty and we call the attention for the important place reserved to the Portuguese Society of Rheumatology.

BIBLIOGRAFIA

1. ALLANDER, E. — «A population survey of rheumatoid arthritis. Epidemiological aspects of the syndrome, its Pattern, and effect on gainful employment». *Uppsala*, 1970.
2. ASLANIDES, D. — «The prevalence of rheumatic pain in a population sample and its consequences». *XIII Int. Congr. of Rheumat. Excerpta Médica*, N.º 299 Int. Congress Series, Amsterdam, 1973. Abstract 53.
3. ASOCIACION COLOMBIANA DE REUMATOLOGIA — «Epidemiologia de las enfermedades reumaticas», «R», III(2):139, 1973
4. AUQUIER, L.; HENRARD, J.-C.; METREAU, R. — «Epidemiologie de la polyarthrite rhumatoïde. Analyse de différents critères diagnostiques à partir d'une enquête portant sur 1.000 sujets». *Rev. Rhum.*, 39:439, 1972.
5. BARCELÓ, P.; SANS SOLÀ, L. — «Consideraciones estadísticas sobre 252 casos de gota». *Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteoart.*, 5:64, 1953.
6. BARCELÓ, P.; SANS SOLÀ, L.; SANTAMARIA, A.; OBACH BENACH, J. — «Estudio estadístico sobre 933 casos de gota». *Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteoart.*, 12(1):1, 1967.
7. BARCELÓ, P.; SANTAMARIA, A.; OBACH, J.; GOMEZ MARTINEZ, G.; BERNAL, R. — «Estudio estadístico sobre 1430 casos de gota». *Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteoart.*, 14(1):1, 1971.
8. BARCELÓ, P.; SANTAMARIA, A.; SANS SOLÀ, L. — «El estudio estadístico sobre 460 casos de gota». *II Jornadas Reumatológicas Españolas*, pg. 96. Madrid, 1958, in *Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteoart.*, 7(8): 96, 1958.
9. BIANCHI, W.; MESSIAS, A.; GONÇALVES, G. — in «The Epidemiology of Chronic Rheumatism», Blackwell, Oxford, 1963.
10. BORRACHERO DEL CAMPO, J. — «Reumatología Clínica». Editorial OTEO. Madrid, 1972.
11. BORRACHERO, J.; SANCHEZ, M.ª C. — «Frecuencia real de la gota». *Acti X Congr. Lega Int.*, vol. II, pg. 679. Roma, 1961.
12. BRAZ NOGUEIRA, J. — «Ensaio Clínico Cooperativo Multicêntrico Sobre Um Novo Antirreumático (Sulindac — MK 231)». Comunicação apresentada à Sessão Solene da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Lisboa. Maio de 1976. *Acta Reuma. Port.*, IV(1-2): 1976.
13. BRITO SUAREZ, M.; URQUIZA RIEU, D.; MONTAEZ, R.; FÁFOLS, J.; GONZALEZ, M. — «Importancia socioeconómica de los reumatismos. Incidencia de las enfermedades reumaticas en la Provincia de Sta. Cruz de Tenerife». *Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteoart.*, 20(3): 207, 1977.
14. BROCHNER-MORTESEN — in «The Epidemiology of Chronic Rheumatism», Blackwell, Oxford, 1963.

15. BURCH, T. A.; O'BRIEN, W. M.; NEED, R.; KURLAND, L. T. — Hyperuricaemia and gout in the Mariana Islands», *Ann. rheum. Dis.*, 25:114, 1966.
16. CASADEMONT, M. — «La gota en la provincia de Gerona». *IV Jornadas Reumatológicas Españolas*, pág. 161. Valencia, 1962, Ed. Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteoart., Barcelona.
17. CIOCCI, A. — «Epidemiologia e aspetti sociali delle malattie reumatiche». *Ann. di Reumat.* VII: 91, 1974.
18. CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DAS PROFISSÕES — Fundo de Desenvolvimento da Mão-de-Obra. Lisboa, 1968.
19. De BLECOURT, J. J. — «Screening» of the population for rheumatic diseases». *Ann. Rheum. Dis.*, 13: 338, 1954.
20. DELORE, P. — «De la Médecine Clinique a la Médecine Sociale». Masson et Cie.: Editeurs. Paris 6^e), 1961.
21. FALEIRO, A. — «A doença cardíaca reumática nas crianças das escolas primárias de Lisboa». *J. do Médico*, 21(521): 165, 1953.
22. FALEIRO, A. L. — «Benignidade relativa da doença cardíaca reumática na população escolar infantil lisboeta. Algumas considerações sobre a sua profilaxia», *J. do Médico*, 30(705):645, 1956.
23. FERNANDEZ DEL VALLADO, F.; GIJÓN, J. — «El reumatismo como problema social». *II Jornadas Reumatológicas Españolas*, pág. 187. Madrid, 1958, in *Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteoart.*, 7(8): 187, 1958.
24. FERNÁNDEZ DEL VALLADO, P.; JIMENEZ DIAZ, C.; GIJÓN BAÑOS, J.; RAPADO ERRATI, A. — «La goutte féminine». *Congr. Int. Goutte et Lithiase Urique*, pág. 75. Evian, 1964.
25. FERREIRA, F. A. G. — «Moderna Saúde Pública». *Fundação Calouste Gulbenkian*. Lisboa, 1967.
26. FIGUEIRINHAS, J.; QUEIRÓS, M. V. — «Gota Úrica e Hiperuricémia Primitiva», *Acta Reuma. Port.*, 11(2):65, 1974.
27. FIGUEIRINHAS, J.; QUEIRÓS, M. V.; TEIXEIRA, M. A. — «Gota Úrica. Sua frequência», *Acta Reuma. Port.*, 11(2):81, 1974.
28. FLETCHER — cit. in 27.
29. FREOUR, P.; LECOUBLET, D.; TESSIER, J. F.; SERISE, M.; BERNADOU, J. M. — «Éssai sul le coût medical et le coût social d'une maladie». *Rev. Epidem., Méd. soc. et Santé Publ.*, 20(2):123, 1972.
30. GREENWOOD, B.-M. — «The clinical features of Rheumatoid Arthritis in Nigerians», *(R)*, V(4): 393, 1975.
31. HENCH — cit. n 8, 6, 7, 27, 55.
32. HENRAD, M. J. C. — «Épidémiologie des maladies rhumatismales», *(Rhumatologie)*, 26(2):33, 1974.
33. HENRAD, J. C.; BENNETH, P. H.; BURCH, T. A. — «Épidémiologie de l'arthrite rhumatoïde. Évaluation des critères dits de Rome et de New York pour le diagnostique de l'arthrite rhumatoïde dans une étude de population», *Rev. Rhum.*, 41(11):675, 1974
34. HENRAD, J. C.; RISVEGLIATO, M. — Les maladies rhumatismales: problème de Sante Publique». *Rev. Epidem., Méd. soc. et Santé Publ.*, 23(6):373, 1975.
35. HOLLANDER, J. L. — «Arthritis and Allied Conditions», 7th Ed., Philadelphia, Lea & Febiger, 1966.
36. HOULI, J. — «Reumatologia Clínica». *Editora Guanabara Koogan S. A.*, Rio de Janeiro, 1973.
37. KALBAK, K. — «Rheumatic Diseases in Dnemark». *Ann. Rheum. Dis.*, 12:306, 1953.
38. KATO, H.; DUFF, I. F.; RUSSEL, W. J.; UDA, Y.; HAMILTON, H. B.; KAWAMOTOS, S.; JOHNSON, K. G. — «Rheumatoid arthritis and gout in Hiroshima and Nagasaki, Japan. A prevalence and incidence study», *J. Chron. Dis.*, 23:659, 1971.
39. KELLGREN, J. H. — Heberden oration 1963. «The epidemiology of rheumatic diseases». *Ann. rhum. Dis.*, 23:109, 1964.
40. KELGREN, J. H.; JEFREY, M. R.; BALL, J. — «Atlas of standard radiographs of arthritis in «The Epidemiology of Chronic Rheumatism», 2.^o vol. Oxford. Blackwell Scientific Publications, 1963.
41. KELLEGREN, J. H.; LAWRENCE, J. S.; AITKEN-SWAN, J. — «Rheumatic complaints in an urban population». *Ann. rheum. Dis.*, 12:5, 1953.
42. LÉVY, E. — «Épidémiologie et économie de la santé». *Rev. Epidém., et Santé Publ.*, 25:5, 1977.
43. MARCO CLEMENT, J.; ROIG OLMOS, V.; GALAN MARCO, F. — «La poliartritis crónica progresiva como problema social». *III Jornadas Reumatológicas Españolas*, pg. 151. Bilbao, 1960. Ed. Rev. Ep. y Enf. Osteoart., Barcelona.
44. MARTINS, R. P.; NUNES, P.; FIGUEIRINHAS, J. — Comunicação apresentada ao XII Congresso Internacional de Reumatologia, Praga, 1969
45. MARTINS, R. P.; NUNES, P.; FIGUEIRINHAS, J. — XII Congressus Rheumatologicus Internationalis. «Abstracts», n.º 544, Praga, 1969.
46. MARTINS, R. P.; NUNES, P.; FIGUEIRINHAS, J. — «Úrico-reguladores na terapêutica e prevenção da gota», *J. do Médico*, 74(1458):257, 1971
47. MOLINAS MATÓ, J. — «Comentários sobre la poliartritis crónica progresiva como causa de invalidez de los obreros de la industria textil». *III Jornadas Reumatológicas Españolas*, pg. 222. Bilbao, 1960
48. MURIACH, V. — «Estudio estatístico sobre la morbilidad reumática en la provincia de Castellon». *VI Congr. Esp. Reum.*, in *Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteoart.*, 11(8): 163, 1966.
49. POAL, J. M. — «Rehabilitación del paciente con poliartritis crónica progresiva». *III Jornadas Reumatológicas Españolas*, pg. 134. Bilbao, 1960. Ed. da Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteoart., Barcelona

50. POPERT, A. J.; HEWITT, J. V. — «Gout and Hyperuricemia in rural and urban population», *Ann. rhum. Dis.*, 21:154, 1962.
51. «Primer in the Rheumatic Diseases», American Rheumatism Association, New York, N. Y., 1955
52. PRIOR, I. A. M.; ROSE, B. S.; HARVEY, H. P. B.; DAVIDSON, F. — «Hyperuricaemia, gout and diabetic abnormality in Polynesian people», *Lancet*, 1:333, 1966.
53. RESOLUÇÃO WHA2.59 da OMS — *Bol. Inf. S.P.R.*, III(2): 28, 1975.
54. ROIG ESCOFET, D. — «La Reumatología en la Seguridad Social». *Rev. Esp. Reum.*, 1(4):189, 1974.
55. ROPES, M. Ç.; BENNET, G.-A.; COBB, S.; JACOX, R.; JESSAR, R. A. — «Proposed diagnostic criteria for rheumatoid arthritis», *Ann. rheum. Dis.*, 16:118, 1957.
56. ROTÉS-QUEROL, J.; CASALS PUNTI, S.; BERNAT CRESPI, P. — «Estudios clínicos sobre la gota basados en el análisis de 145 observaciones». *III Jornadas Reumatológicas Españolas*, pg. 257. Bilbao, 1960. Ed. *Rev. Esp. y Enf. Osteoart.*, Barcelona
57. ROTÉS QUEROL, J.; MUÑOZ GÓMEZ, J. — «La Gota», Ediciones Toray, Barcelona, 1968
58. SCHICHIKAWA, K.; KOMATSUBARA, Y. — «Gout in Japan», *Rev. Rhum.* 31:13, 1964
59. STATISTICAL APPENDIX. «1-Digest of morbidity and mortality on the rheumatic diseases». *Ann. Rheum. Dis.*, 28:443, 1969.
60. STATISTICAL APPENDIX. «2-Recent trends in sickness absence and mortality». *Ann. Rheum. Dis.*, 29:324, 1970.
61. STATISTICAL APPENDIX. «3-Handicap and disability, and international comparisons of morbidity and mortality». *Ann. Rheum. Dis.*, 31:72, 1972.
62. STATISTICAL APPENDIX. «4-Morbidity and mortality, and hospital services for rheumatism sufferers». *Ann. Rheum. Dis.*, 31:522, 1972.
63. TEIXEIRA, M. A.; COELHO, N.; MARTINS, L.; RAPOSO, A.; PAZ, E.; PINA, A. — «Les défauts statiques et la prevention des arthroses». *Atti X Congr. Lega Int.*, pg. 429. Roma, 1961.
64. TEIXEIRA, M. A.; FALEIRO, L.; PALMINHA, J.; QUEIROZ, M. — «Reumatismos de Infância e Juventude em algumas escolas portuguesas», *Acta Reuma. Port.*, 1(2):7, 1973.
65. TEIXEIRA, M. A.; MARTINS, R.; MARTINS, L. — «Les rhumatismes trouvés chez 10 000 malades», XI Congr. Int. de Thalassothérapie, Estoril, 1960
66. «The Epidemiology of Chronic Rheumatism», Blackwell, Oxford, 1963
67. VACRINOS, E. — «Symposium sur la goutte», Atenas, 1968.

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.



CONSIDERAÇÕES

GONZAGA RIBEIRO (*)



Independentemente da felicitação que é devida individualmente às pessoas que intervieram no trabalho e até ao seu próprio expositor, aqui deixo as felicitações que eu endereço em nome de quem represento.

Há sobretudo que salientar que este passo foi dado, que este degrau foi subido e que é necessário subir os que faltam.

A importância das doenças reumáticas no nosso país foi devidamente documentada — científica e concretamente.

Neste momento haverá que pensar fundamentalmente na preparação dos futuros cultivadores da Reumatologia, não só nos técnicos especialistas que irão de facto exercer a especialidade como tal, mas também quanto ao ensino dos clínicos gerais que no fundo são o grande motor da prestação

de cuidados médicos das populações: saber-se nomeadamente quais são os conhecimentos que devem dar-se a esses clínicos gerais. Foi bem acentuado que havia uma insuficiência de conhecimentos a esse nível sobre este assunto e que se devia programar devidamente qual o ensino básico necessário para

(*) Representante oficial do Snr. Ministro dos Assuntos Sociais e do Snr. Secretário de Estado da Saúde.

a formação dum especialista. Evidentemente que daquelas conclusões que foram tiradas eu tiro mais uma: à Sociedade Portuguesa de Reumatologia caberá um papel importante nestes dois aspectos que julgo serem o degrau seguinte a subir e que é urgente que se suba.

Do tema que foi posto pelo Snr. Dr. Figueirinhas em relação à preocupação das autoridades de saúde, a Reumatologia talvez não dê realmente uma grande mortalidade mas seguramente dá uma grande morbilidade e um grande absentismo do trabalho. É um problema perfeitamente correcto pô-lo desta forma.

Há que sair da preocupação exclusiva ou quase exclusiva com os índices de mortalidade infantil. O esforço feito neste campo produziu alguns efeitos: o nosso país hoje aproxima-se de números que já constituem um *plateau* rezoável e há que caminhar, agora, no sentido da preocupação com a morbilidade. O problema da Reumatologia nesse campo é de facto prioritário.

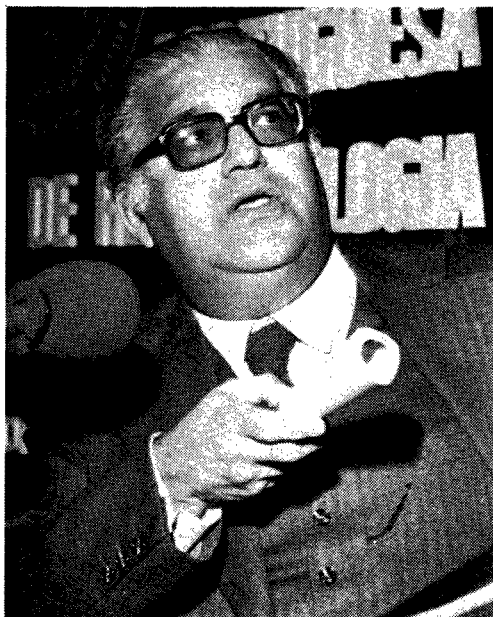
Há que haver uma associação grande entre as sociedades científicas, as escolas e os poderes públicos e autoridades de saúde para que se concretize de facto um autêntico avanço. Será o outro degrau a subir em seguida.

Eu não sei se haverá alguém que queira pôr alguma questão ou focar algum aspecto complementar. Se houvesse, eu agradecia que, se em princípio fosse um problema simples e rápido, deveria pô-lo aqui; se fôr um problema de fundo e mais complexo sugeria que o fizesse por escrito e o endereçasse à Sociedade Portuguesa de Reumatologia.



DISCUSSÃO

ARTUR LINO FERREIRA:



Bem, vou tentar traduzir nas minhas palavras um problema muito simples, em género telegrama. Não posso deixar de agradecer o convite feito pela Sociedade de Reumatologia à presença da Sociedade de Ortopedia pois nós trabalhamos, devemos trabalhar e temos de continuar a trabalhar em conjunto. Não somos muitos para nos debruçarmos sobre os problemas de Reumatologia. Mas, mais do que isso, para continuar dentro do limite do tempo, eu queria aproveitar a presença aqui do representante do Secretário da Saúde, Dr. Gonzaga Ribeiro, para lhe lembrar, o que aliás não é preciso, o papel importante que estas duas sociedades têm no tratamento do doente e da doença reumática. É claro que esta expressão *doença reumática* é até muito pouco médica, pois é uma expressão muito genérica.

Mas nós aceitamo-la como princípio de orientação terapêutica, como um dar de mãos para um caminhar comum na resolução do nosso doente. Nós sentimos aqui toda esta explanação — aliás a minha presença mais em profundidade será feita no do Porto — nós ouvimos aqui que quase 50% dos doentes observados são doentes com doenças degenerativas, artroses. É todo um mundo confuso a esclarecer porque eles são doentes artrósicos que não foram devidamente tratados porque não foram devidamente equacionados.

Eles são, no final, doentes ortopédicos, doentes que têm as suas escolioses, doentes que têm as suas afecções degenerativas, que têm as suas afecções congénitas e que são interpretados num tardio diagnóstico, ou num errado diagnóstico e num errado diagnóstico a nível de clínica geral. Mas, não é isso, sr. Dr. Gonzaga Ribeiro, que me traz aqui. Querendo seguir o seu pedido, eu só lhe quero lembrar que na verdade é preciso caminhar de mãos dadas para que a Sociedade de Reumatologia sinta que a Ortopedia tem um poder executivo de tratamento que hoje ainda não tem entre nós. Há que lembrar-nos que os serviços de ortopedia são hoje serviços de traumatologia. É evidente que isto não pode continuar; Nós somos especialistas, de igual modo como os nossos colegas reumatologistas, do aparelho locomotor. Eu não sei se se aperceberam que num slide projectado, o que estava lá escrito era *doenças do aparelho locomotor*, e doenças do aparelho locomotor não são só as doenças reumáticas; de maneira que não há que construir fronteiras, há antes que as eliminar. E, de mãos dadas, daremos possibilidades para um tratamento comum ou em comum.

J. FIGUEIRINHAS:



Eu agradeço imenso a intervenção do Dr. Lino Ferreira que vem aqui representar a Sociedade Portuguesa de Ortopedia. E eu devo lembrar aos colegas só o seguinte: a Sociedade Portuguesa de Reumatologia, fugindo a capelinhas, fugindo a caixinhas, fugindo a família com padrinhos e tudo, tem procurado, dentro do possível, interessar todas as sociedades médicas afins. Ainda hoje aqui temos o representante da Sociedade de Ortopedia e é com grande prazer e com grande satisfação que vemos a colaboração da parte dele, o Dr. Lino Ferreira. Estão ainda representantes da Sociedade de Medicina Física e Reabilitação e convidámos também o representante da Sociedade de Hidrologia e Climatologia e, possivelmente, deviam ter sido convidados outras Sociedades Médicas. Lá iremos, porque

a Reumatologia não é um mundo fechado; pelo contrário, ela não pode viver sem a colaboração das outras Sociedades, quer no aspecto do tratamento dos doentes reumáticos, quer em todos os outros aspectos. É só esta pala-

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



Wellcome

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

vra que eu queria dar de justificação e, ao mesmo tempo, dizer que o Dr. Lino Ferreira tem toda a razão nas judiciosas considerações que teceu, aliás com todo o brilho e com aquela vivacidade já nossa conhecida.

Muito obrigado ao Dr. Lino Ferreira.

MANUEL ASSUNÇÃO TEIXEIRA:



O médico Assunção Teixeira pede licença a sua Excelência o Snr. Presidente para dizer algumas palavras.

Antes de mais nada, para felicitar o grupo investigador da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, pelo trabalho exaustivo e importante que acaba de nos apresentar. Eu sei, por experiência própria, quanto custa fazer estatísticas deste género e muito particularmente estatísticas relativas às doenças reumáticas. O Instituto Português de Reumatologia, a cujo grupo fundador pertenceram o Prof. Pulido Valente, o Prof. Padesca e outros médicos ilustres da nossa terra, tentou, por várias vezes, realizar estatísticas deste género. Encontrou pouca compreensão, não teve a ajuda que teve a Sociedade Portuguesa de Reumatologia, no entanto tentámos essas estatísticas.

A primeira realizou-se há cerca de 20 anos, chefiada pelo cardiologista Lima Faleiro, para procurar a incidência da febre reumática e muito particularmente a das cardiopatias reumatismais na população escolar, dado que a febre reumática nessa altura tinha uma mortalidade registada altíssima.

Ora esse estudo fez-se nas escolas da área de Lisboa, em cerca de 5.000 crianças com a colaboração de médicos com formação reumatológica e médicos cardiologistas com experiência reumatológica. Há anos fizemos uma segunda tentativa, esta mais larga. Ao passo que na primeira procurámos as cardiopatias reumatismais e a febre reumática nas escolas primárias da área de Lisboa, na segunda tentativa fomos mais longe: com a colaboração de um grupo numeroso e destinto de médicos escolares, nós tentámos fazer a sondagem em todos os distritos, mas nalguns não foi possível realizá-la. Um inquérito prévio feito pelos médicos escolares, e depois uma revisão dos doentes assinalados feita por um grupo constituído por médicos especialistas, entre os quais eu me encontrava, assim como o Dr. Viana Queirós e o Dr. Luís Faleiro. A sondagem dirigia-se não só à febre

reumática, como a outra entidade reumatológica bastante importante e desprezada que é a dos reumatismos crónicos infantis. Diz-se que o reumatismo é a doença dos velhos, mas isto é na verdade um erro grosseiro, com a agravante das formas das crianças e dos adolescentes serem justamente as mais graves, embora não sejam as mais frequentes. Eu quero aqui renovar os meus agradecimentos ao Dr. Figueirinhas, mas, em consciência, e pela responsabilidade que tenho na elaboração dos estudos que referi, eu não posso deixar de prestar aqui as minhas homenagens ao Dr. Lima Faleiro e aos outros colegas que colaboraram com ele. Sem querer abusar destes minutos que quizeram fazer o favor de me conceder, eu queria também dizer ao Snr. Dr. Lino Ferreira, ilustre ortopedista, que estou inteiramente de acordo com ele. O problema das artroses é importantíssimo. As artroses são numerosíssimas e o seu número cresce de ano para ano, justamente pela razão que o Dr. Figueirinha citou: o aumento de duração média de vida humana e também porque não se lhe têm oposto medidas preventivas que já é possível adoptar.

Portugal, pela voz dos médicos do Instituto Português de Reumatologia, pôs este problema no âmbito internacional e pô-lo com tanto êxito que a própria O.M.S. nos chamou para prosseguirmos esses estudos.

Estes estudos estão em marcha para mostrar que é possível prevenir muitas das artroses existentes. Preveni-las ou pelo menos retardá-las ou fazê-las menos graves, menos invalidamente. E coisa curiosa, a prevenção das artroses, ao contrário do que muita gente supõe, pode exercer-se e deve exercer-se na idade adulta, mas deve começar na infância.

Façam o favor de desculpar a demora e muito obrigado pela atenção.

REPRESENTANTE DOS MÉDICOS INTERVENIENTES NESTE INQUÉRITO:

Eu peço desculpa de tomar a palavra. Não tenho realmente nada a dizer depois de tão brilhantes considerações àcerca do assunto que nos trouxe aqui, mas parece-me interpretar o sentir de todos os colegas que colaboraram neste inquérito apresentar à Merck Sharp & Dohme e à Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia o meu agradecimento pela gentileza que tiveram em nos facultar este convívio de alto nível e interesse e pedir também a atenção para as necessidades que sentem todos os médicos que colaboram nestas coisas e em vários inquéritos deste género por uma melhor formação. Tudo o que nós carecemos, no capítulo de facilidades de diagnóstico, que nos seja transmitido através dos meios de comunicação médica, quer de reuniões, quer através de ensinamentos, quer enfim, eventualmente, através do envio de publicações que possam ajudar a completar a formação dos médicos rurais.

É só o que eu queria dizer.

J. FIGUEIRINHAS:

Queria dizer só duas palavras. A primeira é para felicitar o Snr. Dr. Assunção Teixeira pela sua intervenção. Simplesmente, aqui há só uma coisa: é que eu estou a falar em termos epidemiológicos; não estou a falar em termos de prevenção. Neste aspecto, pois é evidente que se em Portugal há alguém que se tivesse dedicado ao campo de prevenção, sobretudo dos reumatismos crónicos, esse alguém é sem dúvida nenhuma a equipa do Instituto Português de Reumatologia chefiada pelo Dr. Assunção Teixeira. Nós estamos, pois, a falar de planos diferentes. Estou a falar no plano epidemiológico e o Dr. Assunção Teixeira no plano da prevenção. Evidentemente que há vários estudos epidemiológicos, há vários trabalhos sobre a epidemiologia de febre reumática em crianças, a alguns dos quais nos referimos, aliás. Mas são estudos localizados e sectoriais. Eu só queria dar esta informação: não estou a falar em termos de prevenção; estou a falar, sim, em termos epidemiológicos, que é uma coisa completamente diferente. Mas desde já eu posso afirmar ao Snr. Dr. Assunção Teixeira que esses estudos sectoriais como são os que se referem exclusivamente à febre reumática, serão referidos na bibliografia deste trabalho além daqueles que aqui expressamente citei. Nós próprios colaboramos no despiste dos defeitos posturais nas crianças escolares, em Sintra.

MANUEL ASSUNÇÃO TEIXEIRA:

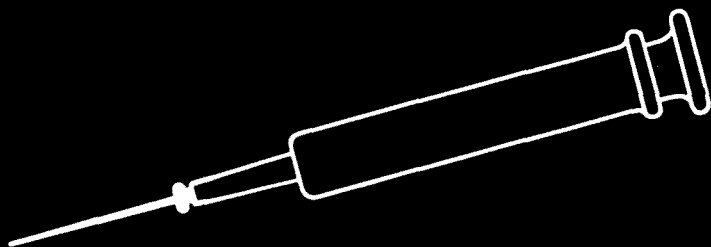
Eu queria dizer ao Dr. Figueirinhas que me referi à prevenção só no fim da minha curta exposição. Eu falei sobretudo de estatísticas, para louvar todos aqueles que nelas têm empenhado os seus esforços, como acaba de o fazer o Dr. Figueirinhas. As considerações sobre prevenção foram sugeridas pela intervenção do Dr. Lino Ferreira.

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

SUPOSITÓRIOS A 100 MG DE KETOPROFENE
EMBALAGEM DE 12

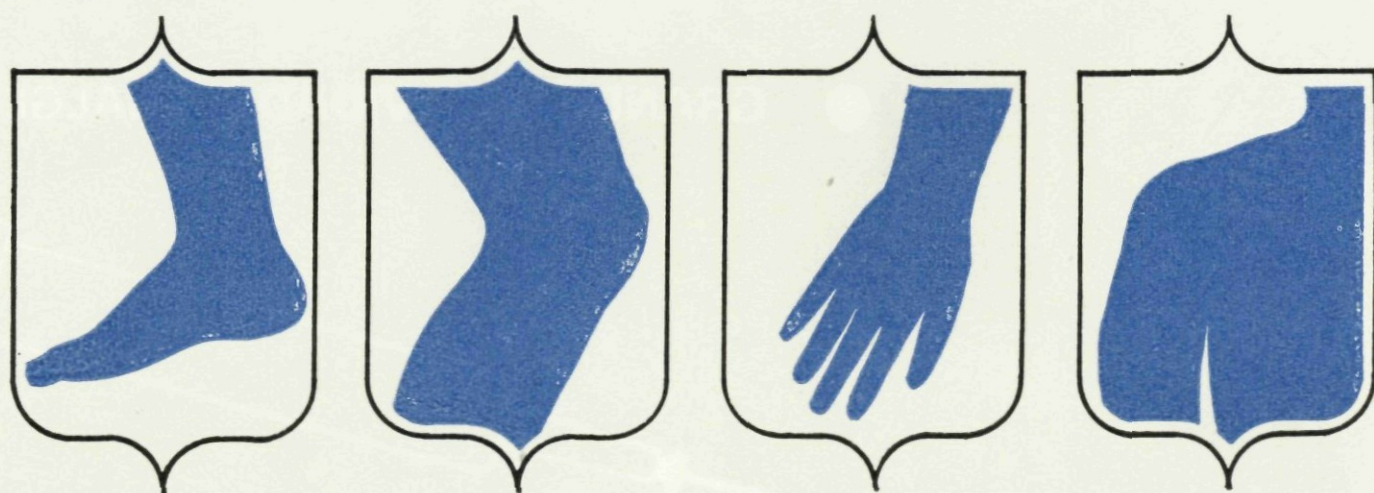
AMPOLAS A 50 MG DE KETOPROFENE
EMBALAGEM DE 6 FRASCOS

* 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

INTERRUPÇÃO

GONZAGA RIBEIRO (*)

Notou-se que três entidades médicas aqui puzeram os seus problemas. Uma com particular acuidade, que foi a que nos trouxe aqui, focando, digamos assim, o sector reumatológico que se bate pela sua afirmação. Outro, o sector ortopédico que já não se bate pela sua afirmação, mas sim pela sua autêntica dimensão. O terceiro, o do sector generalista, que se bate também por uma dimensão reumatológica razoável.

Eu sou internista, fiz a minha aprendizagem na medicina interna. Quando tive que ter algum contacto com a reumatologia, infelizmente tive que me deslocar ao estrangeiro. Não há dúvida nenhuma que instituições que fizessem um curso programado e onde se pudesse fazer um estágio intensivo que permitisse um mínimo de conhecimentos ao generalista, no que diz respeito à reumatologia, não encontrei em Portugal e tive que me deslocar ao estrangeiro. Neste momento, em relação à reumatologia, eu faço votos para que isso deixe de ser necessário, e em curto espaço de tempo.

Em relação à ortopedia, eu faço votos para que seja exequível que passe a assumir a sua verdadeira dimensão. Há neste momento um grande aporte de doenças da parte traumatológica que afoga os ortopedistas e que de facto lhes coarcta um pouco uma parcela importante da sua actividade.

Quanto ao generalista que é verdadeiramente o sector primacial, o motor mais importante do cuidado médico a prestar às populações, e hoje o mais importante, aquele que merece o mais apertado interesse e o maior carinho por parte das autoridades, a esses eu desejo dizer-lhes que saibam encontrar o seu caminho. No aspecto da reumatologia, creio que poderão contar com a Sociedade Portuguesa de Reumatologia que lho poderá mostrar. No entanto, o generalista tem campos vastíssimos cujo interesse é inútil estar aqui a encumear mas em que ele tem que actuar, em que ele tem que demonstrar e até de chamar a atenção das autoridades de saúde para aqueles problemas que por vezes as estatísticas na sua crueza de números podem não transmitir.

Encerrava aqui a sessão, para fazermos um pequeno intervalo.

(*) Representante do Snr. Ministro dos Assuntos Sociais e do Snr. Secretário de Estado da Saúde.

ENSAIO CLINICO

ENSAIO CLÍNICO COOPERATIVO MULTICÊNTRICO
SOBRE UM NOVO ANTIREUMATISMAL (SULINDAC-MK 231)

J. M. BRAZ NOGUEIRA (*)

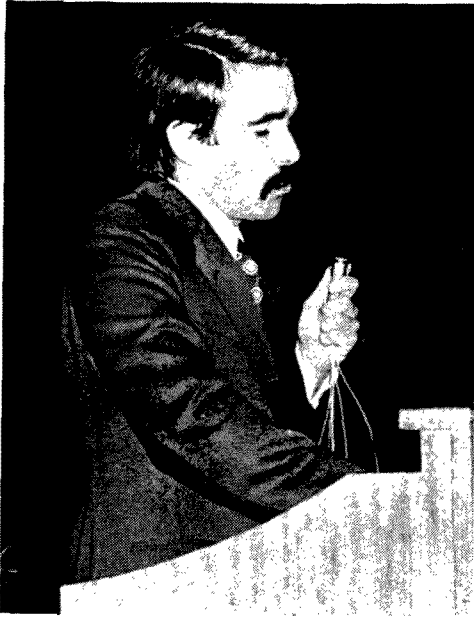
Resumo: Com a colaboração de 432 médicos internistas ou clínicos gerais fez-se, em três meses, a avaliação da eficácia terapêutica e efeitos colaterais de um novo medicamento anti-reumatismal não esteróide derivado do ácido indeno-acético — o sulindac.

Foram estudados 1090 doentes tendo sido possível avaliar a eficácia terapêutica em 991, a posologia em 754 e os efeitos colaterais nos 1090.

As entidades patológicas incluídas neste ensaio foram: artroses (coxartrose, gonartrose, espondilartrose) artrite reumatóide, espondilite anquilosante, artrite gotosa, afecções musculoesqueléticas agudas, lumbago e cirurgia ortopédica. Foi também efectuada a distribuição por sexos, idades, profissões, tempo e tipo de sintomatologia e duração do tratamento com posologias que variaram, em 96% dos casos, entre 200 e 400 mg/dia em duas tomas. Os resultados foram considerados muito bons ou bons quer pelo doente quer pelo médico, em 67% dos casos tendo sido apenas de 8% a percentagem de resultados nulos. Por outro lado, a evolução dos resultados baseada na comparação das apreciações semi-quantitativas da dor, rigidez e limitação dos movimentos, entre a primeira e a última observações, foi considerada positiva em 90% dos casos.

A incidência de efeitos colaterais foi apenas de 13,2%, sendo os gastro-intestinais os mais frequentes (10,6%). Não houve nenhum efeito colateral fatal ou mesmo muito grave assim como também não houve referência a casos de úlcera gastro-duodenal ou a perdas macroscópicas de sangue.

(*) Interno de Especialidade do Hospital Escolar de Santa Maria, Faculdade de Medicina de Lisboa.



INTRODUÇÃO

O Sulindac é um novo medicamento antireumatisal não esteroide. É um composto sulfurado derivado do ácido indeno-acético que tem um átomo de flúor na sua molécula.

A sua fórmula química está esquematizada na figura 1.

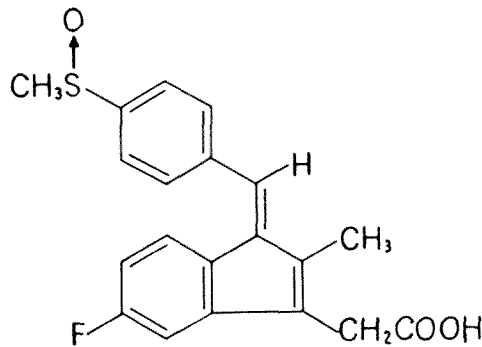


FIG. 1 — Fórmula química do Sulindac

Os estudos em animais de laboratório demonstraram uma boa acção anti-inflamatória — cerca de metade da indometacina mas superior à do ácido acetilsalicílico — uma boa acção analgésica — superior à da indometacina — e uma boa acção anti-pirética — superior à da fenibutazona e do ácido acetilsalicílico e idêntica à da indometacina.

**Para os testes qualitativos
e quantitativos**

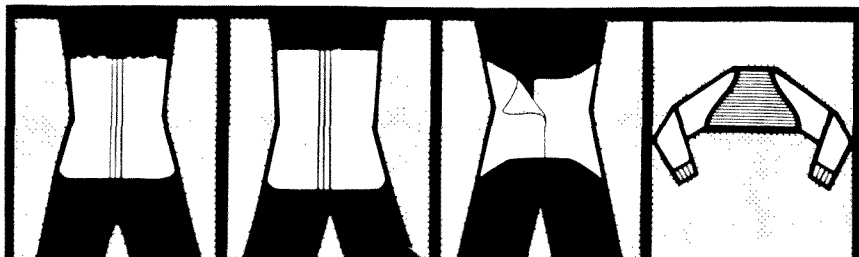
Reagentes Reumatológicos

do Instituto Behring

**Para o diagnóstico
das doenças Reumáticas**

INSTITUTO BEHRING

E. Behring



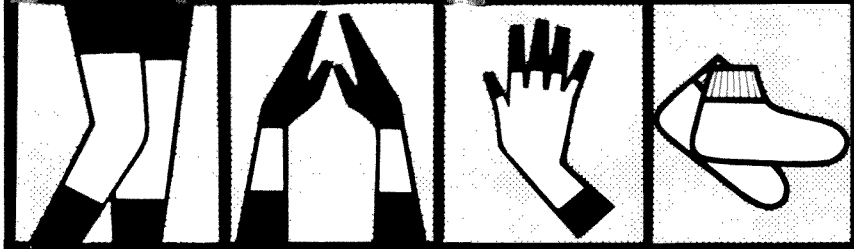
VESTUÁRIO TERAPÊUTICO

Medima
ANGORA



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

Após a administração oral é rapidamente absorvido atingindo uma concentração plasmática máxima às 1 ou 4 horas conforme a administração se der sem ou com alimentos respectivamente.

Os metabólitos principais do sulindac são a sulfona e o sulfureto. Este último parece ser a forma activa do sulindac, tendo níveis plasmáticos mais baixos mas mais mantidos o que explicaria a acção anti-inflamatória prolongada por 10-12 horas do medicamento. Verificou-se que *in vitro* o sulfureto inibe a prostaglandina sintetase e a agregação plaquetária o que não acontece nem com o sulindac nem com a sulfona

A principal via de excreção no homem é a renal — 50 - 58% — eliminando-se também pelas fezes — 17 - 25%. Elimina-se quer o composto inalterado quer o metabólito sulfona (tanto um como outro na forma livre ou conjugados com o ácido glucurónico) mas nunca o sulfureto. Isto parece dever-se a uma maior e mais estável ligação deste metabólito às proteínas plasmáticas. Também se elimina um metabólito polar que contém grupos hidroxil alifáticos.

A administração imediatamente antes ou simultaneamente de ácido acetilsalicílico, mesmo em pequenas doses, diminui o efeito anti-inflamatório do sulindac tal como acontece para outros antireumáticos não esteróides (de 57% para 12%).

Não parece haver interacção tanto com os cumarínicos como com os anti-diabéticos orais. A sua absorção não é prejudicada com a administração simultânea de anti-ácidos.

Quanto aos efeitos gastro-intestinais a experimentação animal mostrou não ter efeito sobre o volume ou acidez da secreção gástrica e ser muito menos propenso a provocar hemorragias gástricas ou perfurações de úlceras do que por exemplo, a indometacina.

Sob o ponto de vista clínico, dos ainda pouco trabalhos publicados quanto a eficácia terapêutica e incidência de efeitos colaterais, parece poder-se concluir que:

1 — Na *osteoartrite*:

a) tem eficácia superior ao ácido acetilsalicílico e tem menor incidência de efeitos colaterais

b) tem eficácia e incidência de efeitos colaterais semelhantes aos do ibuprofeno.

2 — Na *espondilite anquilosante* — embora bastante eficaz a resposta clínica é ligeiramente inferior à da fenilbutazona e indometacina.

3 — Na *artrite reumatoide* — tem eficácia superior à do ácido acetil-salicílico e menores efeitos secundários.

4 — Na *gota aguda* — é bastante eficaz havendo uma melhoria nítida às 48 horas e desaparecimento da sintomatologia ao 5.º dia.

5 — Nas *doenças periarticulares* — tem eficácia e tolerância muito boas, semelhantes às da oxifenilbutazona embora alguns autores em casos de «ombro doloroso» cheguem a afirmar uma eficácia superior.

Foi precisamente nesta perspectiva de avaliação clínica da eficácia terapêutica e efeitos colaterais do sulindac que se elaborou este ensaio cooperativo multicêntrico.

Neste ensaio o número de técnicos envolvidos foi de 461 sendo 432 médicos internistas ou clínicos gerais que foram, aliás, os elementos chave na possibilidade de execução deste trabalho. Médicos coordenadores foram 2 e médico relator 1. Houve a participação de 26 elementos paramédicos (Quadro 1).

QUADRO 1

ENSAIO CLÍNICO COOPERATIVO MULTICÊNTRICO MK-231	
NÚMERO DE TÉCNICOS ENVOLVIDOS	
MÉDICOS PARTICIPANTES	432
MÉDICOS COORDENADORES	2
MÉDICO RELATOR	1
ELEMENTOS PARAMÉDICOS	26
TOTAL	<u>461</u>

As características do ensaio bem como os critérios de admissão e de exclusão dos doentes estão resumidas nos quadros 2, 3 e 4.

QUADRO 2

A.	OBJECTIVO DO ENSAIO: Avaliar clinicamente a eficácia e a tolerância do medicamento
B.	TIPO DE ENSAIO: Clínico e aberto
C.	DURAÇÃO DO ENSAIO: 3 meses
D.	NÚMERO DE DOENTES: 6
E.	SEXO DOS DOENTES: Ambos

QUADRO 3

CRITÉRIO DE ADMISSÃO

- A. Idade dos doentes: 20 a 75 anos
- B. Patologia dos doentes:
 - 1. Artroses ou doença degenerativa dos ossos e articulações, nomeadamente coxartroses e gonartroses;
 - 2. Artrite reumatoide;
 - 3. Espondilite anquilosante;
 - 4. Artrite gotosa;
 - 5. Afecções musculoesqueléticas agudas, tais como bursite, tendinite, sinovite, tenosinovite, capsulite do ombro, distensões musculares e ligamentosas;
 - 6. Lumbago;
 - 7. Dor, inflamação, trismo e edema, secundários a intervenção estomatológica;
 - 8. Dor, inflamação e edema, secundários a intervenções cirúrgicas ortopédicas.

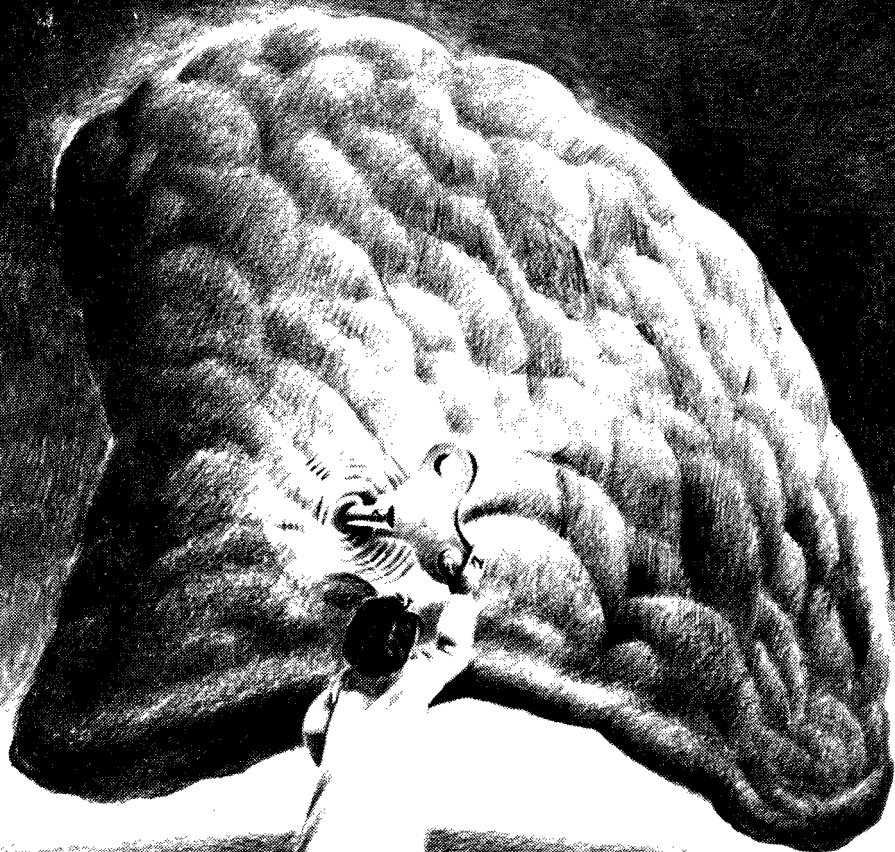
QUADRO 4

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- A. Outros fármacos:
 - 1. Hipersensibilidade prévia a agentes anti-inflamatórios não esteroides;
 - 2. Necessidade de tratamento com anticoagulantes ou hipoglicemiantes orais ou insulina ou corticoterapia sistémica.
- B. História gastrointestinal
 - 1. Úlcera péptica em actividade;
 - 2. História de hemorragias digestivas;
 - 3. Colite ulcerosa ou enterite regional;
 - 4. Doença hepática, aguda ou crónica.
- C. Afecções cardiovasculares ou renais
 - 1. Oclusão coronária ou enfarte do miocárdio, há menos de 6 meses;
 - 2. Acidente vascular cerebral há menos de 6 meses;
 - 3. Insuficiência renal confirmada com urémia superior a 60 mg/100 ml (0,6g/l).
- D. Outras afecções graves
 - 1. Doença maligna;
 - 2. Tuberculose activa;
 - 3. Doenças hematopoiéticas.
- E. Gravidez.

QUADRO 6

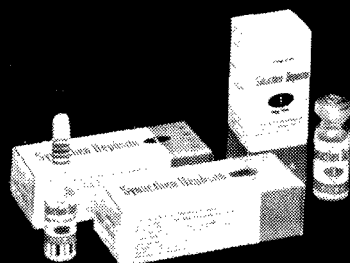
DIAGNÓSTICO	N.º	SEXO		IDADES					
		M	F	-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66 E +
Coxartrose	40	52.5%	47.5%	2.5%	2.5%	10.0%	30.0%	22.5%	32.5%
Gonartrose	78	35.9%	64.1%	1.3%	3.9%	11.5%	33.3%	26.9%	23.1%
Espondilartrose	135	33.3%	65.9%	1.5%	8.1%	23.0%	28.9%	24.4%	14.1%
Múltiplas	135	37.8%	62.2%	—	0.8%	13.3%	28.2%	32.6%	25.1%
Artrite Reumatoide	140	42.9%	57.1%	2.1%	8.6%	26.4%	27.1%	23.6%	12.2%
Espondilite Anquilosante	96	31.3%	68.7%	1.0%	8.3%	18.8%	33.4%	20.8%	17.7%
Artrite Gotosa	64	65.6%	32.8%	—	3.1%	18.8%	45.3%	25.0%	7.8%
Afecções M-E Agudas	113	59.3%	40.7%	—	21.2%	23.9%	27.4%	13.3%	8.0%
Lumbago	160	50.0%	49.4%	5.6%	11.3%	18.0%	31.9%	21.9%	10.6%
Intervenção Ortopédica	6	66.7%	33.3%	33.3%	—	33.3%	—	16.7%	16.7%
Outros	24	41.7%	58.3%	8.3%	16.7%	16.7%	33.3%	20.8%	4.2%



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 colagénico, 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

A avaliação clínica era feita não só pelo médico mas também pelo doente. Houve a necessidade, por isso, de recorrer a critérios simples tais como a dor articular, a rigidez e a limitação dos movimentos passivos (quadro 5).

QUADRO 5

AVALIAÇÃO CLÍNICA

- A. Frequência da observação do doente: ao critério do investigador (semanal, quinzenal, etc.).
- B. Dados subjectivos a avaliar: dor articular, rigidez de inactividade e opinião geral do doente.
- C. Dados objectivos a avaliar: limitação dos movimentos passivos e opinião geral do investigador.
- D. Exames complementares: quer para estudo sistemático, quer para rastreio de possíveis efeitos colaterais, ficam ao critério do investigador.

O esquema terapêutico proposto resumia-se à administração duas vezes por dia de 100 mg de sulindac na 1.ª observação podendo-se aumentar a dose até 200 mg duas vezes por dia (pequeno almoço e jantar).

As fichas distribuídas aos médicos participantes no ensaio além da profissão, sexo e idade dos doentes pediam também informações quanto ao tempo decorrido desde o início da sintomatologia, ao diagnóstico da afecção (artrose da anca, artrose do joelho, artrose da coluna ou outra; artrite reumatoide; espondilite anquilosante; artrite gotosa, afecção musculo-esquelética aguda; lumbago; cirurgia dentária; intervenção ortopédica e outro) à evolução dos sintomas nas várias observações (dor, rigidez, limitação dos movimentos) à apreciação dos resultados pelo doente e pelo médico, à posologia e aos efeitos colaterais.

RESULTADOS

O número de fichas recebidas foi de 1090 tendo sido excluídos 99 excepto para a análise dos efeitos colaterais. Foram recebidas mais 153 fichas já fora do prazo.

Passando à análise dos resultados verifica-se que cerca de 40% dos doentes com queixas reumáticas sofrem de artroses (o que vem confirmar a enorme incidência das doenças degenerativas na população reumática) e que a incidência de artrite reumatoide (14,1%) e de gota (6,4%), embora superiores ao que habitualmente está descrito, são sobreponíveis aos valo-

QUADRO 7

DIAGNÓSTICO	N.º	PROFISSÕES								
		Domés- tica Emp. Dom.	Com/ind/ Lib/Prop	Artífice	Operário	Trab. Rural Agricul- tura	Emp/Emp Púb ico	Reform.	Outros	Não Esp.
Coxartrose	40	37.5%	5.0%	—	12.5%	17.5%	15.0%	5.0%	—	7.5%
Gonartrose	78	35.9%	5.1%	—	7.7%	15.4%	20.5%	3.9%	5.1%	6.4%
Espondilartose	135	42.2%	3.7%	—	14.1%	8.9%	17.0%	6.7%	3.0%	4.4%
Múltiplas	135	35.6%	8.1%	10.4%	10.4%	10.4%	8.9%	8.1%	2.2%	5.9%
Artrite Reumatoide	140	28.6%	5.0%	0.7%	14.3%	13.6%	25.7%	1.4%	2.8%	7.9%
Espondilite Anquilosante	96	34.4%	6.2%	—	12.5%	14.6%	18.8%	6.2%	2.1%	5.2%
Artrite Gotosa	64	15.6%	18.8%	3.1%	15.6%	7.8%	21.9%	1.6%	3.1%	12.5%
Afecções M-E Agudas	113	23.0%	6.2%	3.5%	23,9%	9.7%	24.8%	1.8%	4.4%	2.7%
Lumbago	160	25.0%	5.0%	1.3%	18.1%	11.3%	26.3%	3.1%	5.6%	4.3%
Intervenção Ortopédica	6	—	—	16.7%	50.0%	—	—	—	—	33.3%
Outros	24	20.8%	4.2%	—	20.8%	16.7%	29.1%	—	4.2%	4.2%

res encontrados no relatório preliminar do estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal, patrocinado pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia

No quadro 6 mostra-se a distribuição por sexos e idades. Verifica-se uma maior incidência de artroses no sexo feminino. A artrite reumatoide tem, como está descrito, uma maior incidência no sexo feminino embora este predomínio não seja tão grande quanto o habitualmente apontado.

Também na gota há uma maior percentagem de doentes do sexo masculino como é a regra embora a relação sexo masculino/sexo feminino seja muito menor do que a que é tida como habitual (cerca de 10/1). Estes aspectos da gota são no entanto sobreponíveis aos resultados apresentados no já citado estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal.

Facto mais estranho é no entanto o que diz respeito ao predomínio da espondilite anquilosante no sexo feminino. Como possível causa explicativa deste achado é o facto do diagnóstico das afecções reumáticas ter sido feito por clínicos gerais muitas vezes sem possibilidade de um apoio laboratorial seguro. Por outro lado é bom não esquecer a dificuldade que existe, mesmo para especialistas, na classificação nosológica das doenças reumáticas principalmente nos seus períodos iniciais.

Quanto à distribuição por idades chamo apenas a atenção para o facto já esperado da maior incidência das doenças reumáticas acima dos 35 anos e entre os 46 e 55 anos principalmente.

No quadro 7 fez-se a distribuição por 9 grupos profissionais. Verificou-se que as osteoartroses foram mais frequentes no grupo profissional designado por domésticas e empregadas domésticas e que a artrite reumatoide tinha uma maior incidência também neste grupo e nos empregados e empregadas públicas. Dentro do grupo profissional designado por comerciantes, industriais, profissões liberais e proprietários a doença reumática com maior incidência foi a artrite gotosa e dentro do grupo profissional designado por operários as afecções mais frequentes foram as musculoesqueléticas agudas e as intervenções ortopédicas.

Em relação ao tempo de sintomatologia (quadro 8) verifica-se que, por exemplo, a maioria das afecções musculoesqueléticas agudas, como seria de esperar, tem menos de 1 ano de tempo de sintomatologia, e que por outro lado é a artrite gotosa que tem uma percentagem maior de casos com 11 ou mais anos de evolução. No conjunto há mais de 35% de doentes com queixas cuja duração varia entre os 3 e os 10 anos sendo cerca de 20% entre os 3 e os 5 anos.

Quanto à duração de tratamento (quadro 9) na grande maioria dos casos variou entre os 15 dias e os 2 meses.

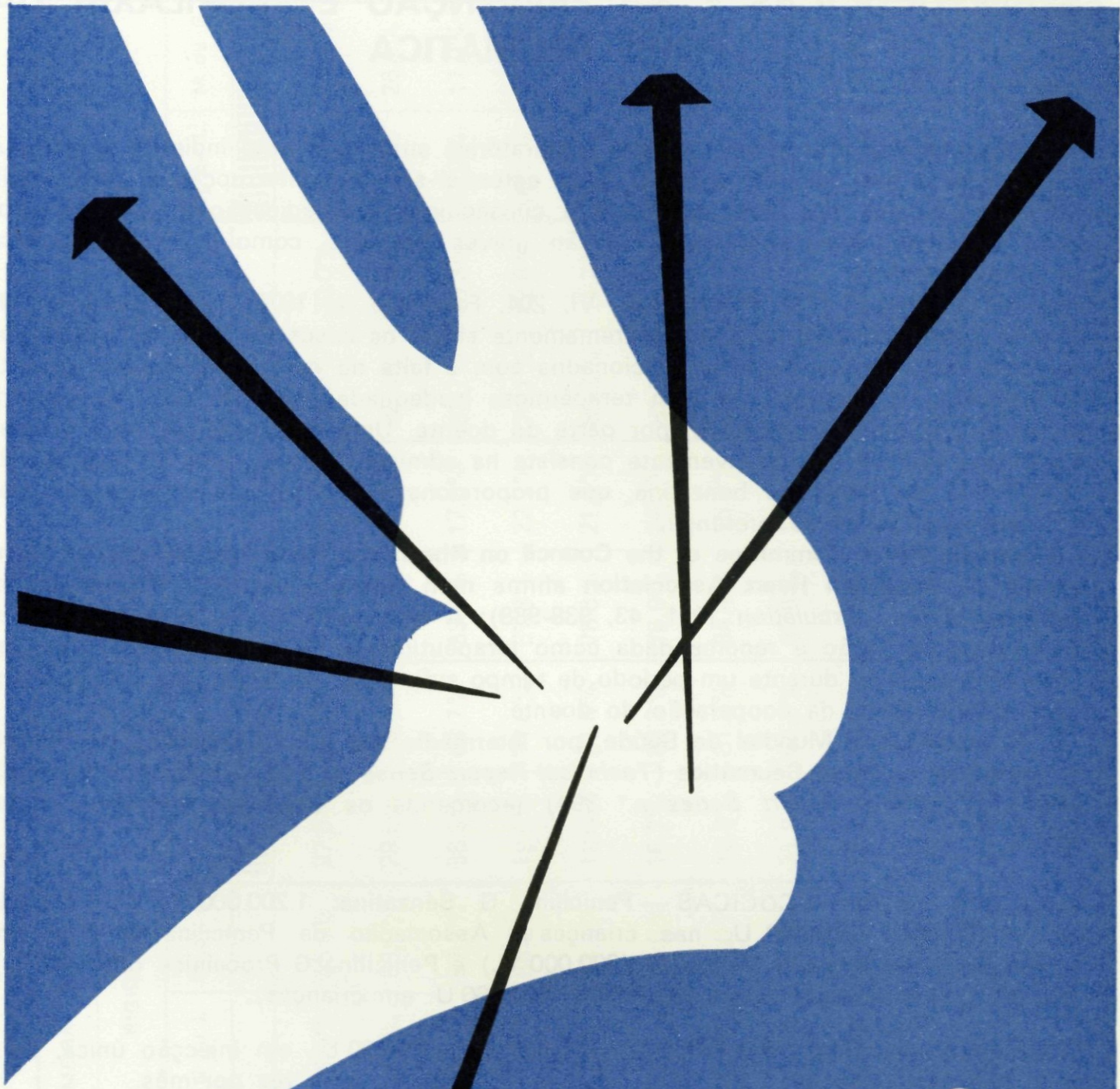
Passando agora à apreciação clínica dos resultados terapêuticos elaboramos um quadro em que se compara a dor, rigidez e limitação dos movimentos existentes na primeira observação com os existentes na última observação após o tratamento com sulindac.

QUADRO 8

DIAGNÓSTICO	N.º	TEMPO DA SINTOMATOLOGIA					
		— 1 ANO	1-2 A	3-5 A	6-10 A	11 e + A	NÃO ESP.
Coxartrose	40	10.0%	25.0%	22.5%	15.0%	5.0%	22.5%
Gonartrose	78	16.7%	21.7%	23.1%	15.4%	6.4%	16.7%
Espondilartrose	135	3.0%	20.0%	26.7%	19.2%	13.3%	17.8%
Múltiplas	135	8.9%	14.9%	16.3%	20.7%	20.7%	18.5%
Artrite Reumatoide	140	13.6%	18.6%	15.0%	20.7%	15.7%	16.4%
Espondilite Anquilosante	96	4.2%	16.7%	25.0%	19.8%	22.9%	11.4%
Artrite Gotosa	64	9.4%	15.6%	23.4%	14.1%	25.0%	12.5%
Afecções M-E Agudas	113	54.0%	8.8%	9.7%	8.0%	3.5%	16.0%
Lumbago	160	28.1%	13.8%	19.4%	14.4%	11.8%	12.5%
Intervenção Ortopédica	6	33.3%	33.3%	16.7%	—	16.7%	—
Outros	24	29.2%	12.5%	20.8%	12.5%	12.5%	12.5%

QUADRO 9

DIAGNÓSTICO	N.º	DURAÇÃO DO TRATAMENTO					NÃO ESP.
		1-14 D	15-30 D	1-2 M	3-4 M	5 e + M	
Coxartrose	40	32.5%	47.5%	2.5%	—	5.0%	12.5%
Gonartrose	78	18.0%	34.6%	33.3%	6.4%	—	7.7%
Espondilartrose	135	16.3%	42.2%	35.6%	—	—	5.9%
Múltiplas	135	13.3%	32.6%	34.8%	3.7%	—	15.6%
Artrite Reumatoide	140	17.1%	37.9%	37.2%	1.4%	—	6.4%
Espondilite Anquilosante	96	12.5%	40.6%	42.7%	—	—	4.2%
Artrite Gotosa	64	21.9%	45.3%	28.1%	—	—	4.7%
Afecções M-E Agudas	113	23.9%	46.0%	23.0%	—	—	7.1%
Lumbago	160	19.4%	45.0%	30.0%	—	—	5.6%
Intervenção Ortopédica	6	33.3%	50.0%	16.7%	—	—	—
Outros	24	25.0%	50.0%	20.8%	—	—	4.2%



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.

QUADRO 10

DIAGNÓSTICO	N.º	PRIMEIRA OBSERVAÇÃO						ÚLTIMA OBSERVAÇÃO					
		DOR		RIGIDEZ		LIM. MOV.		DOR		RIGIDEZ		LIM. MOV.	
		N ou L	M ou G	N ou L	M ou G	N ou L	M ou G	N ou L	M ou G	N ou L	M ou G	N ou L	M ou G
		● ● ● ● ●						● ● ● ● ●					
Coxartrose	40	5.0%	95.0%	45.0%	55.0%	27.5%	72.5%	72.5%	27.5%	80.0%	20.0%	70.0%	30.0%
Gonartrose	78	5.2%	94.8%	41.0%	59.0%	29.5%	70.5%	74.4%	25.6%	88.4%	11.6%	73.1%	26.9%
Espondilartrose	135	2.2%	97.8%	42.2%	57.8%	36.3%	63.7%	83.0%	17.0%	83.7%	16.3%	83.0%	17.0%
Múltiplas	135	8.9%	90.4%	31.1%	65.2%	18.5%	77.0%	57.8%	22.2%	74.1%	12.6%	65.2%	21.5%
Artrite Reumatoide	140	5.0%	95.0%	28.6%	71.4%	18.6%	81.4%	78.6%	21.4%	85.8%	14.2%	82.9%	17.1%
Espondilite Anquilosante	96	6.3%	93.7%	24.0%	76.0%	16.7%	83.3%	76.0%	24.0%	82.3%	17.7%	74.0%	26.0%
Artrite Gotosa	64	7.8%	92.2%	39.0%	61.0%	18.8%	81.2%	84.4%	15.6%	89.1%	10.9%		15.6%
Afecções M-E Agudas	113	8.0%	92.0%	38.1%	61.9%	31.8%	68.2%	87.6%	12.4%	91.1%	8.9%	89.4%	10.6%
Lumbago	160	3.1%	96.9%	38.2%	61.8%	23.8%	76.2%	87.5%	12.5%	92.5%	7.5%	91.3%	8.7%
Intervenção Ortopédica	6	16.7%	83.3%	16.7%	83.3%	16.7%	83.3%	83.3%	16.7%	33.4%	66.6%	66.6%	33.4%
Outros	24	—	100.0%	45.8%	54.2%	37.5%	62.5%	66.7%	33.3%	83.3%	16.7%	79.2%	20.8%
		● ● ● ● ●						● ● ● ● ●					

Conforme se encontra esquematizado no quadro 10 verifica-se uma inversão nas percentagens dos doentes que apresentavam sintomas ou sinais classificados de moderados ou graves da primeira para a última observação. Por exemplo em relação à coxartrose na primeira observação havia apenas 5% de doentes que não referiam dor ou em que esta era ligeira e 95% em que a dor era moderada ou grave. Após o tratamento passaram a existir 72,5% de doentes com dor nula ou ligeira e apenas 27,5% com dor moderada ou grave.

Quanto à artrite reumatoide inicialmente havia 28,6% de doentes que referiam rigidez ligeira ou nula contra 71,4% em que esta era moderada ou grave. No fim do tratamento as percentagens eram respectivamente 85,8% e 14,2%.

Na artrite gotosa a limitação dos movimentos inicialmente era moderada ou grave em 81,2% dos doentes enquanto que no fim do tratamento 84,4% dos doentes referiam limitação dos movimentos nula ou ligeira.

Se construirmos um quadro baseado na evolução dos resultados levando em conta a pontuação inicial e final obtida da soma dos pontos atribuídos à dor, rigidez e limitação dos movimentos (conforme estava expresso nas fichas que os médicos tinham de preencher) na primeira e última observação e se considerarmos a evolução positiva, negativa ou nula conforme a pontuação da última observação fosse menor, maior ou igual à da primeira, obtemos os seguintes resultados (quadro 11)

QUADRO 11

DIAGNÓSTICO	N.º	EVOLUÇÃO RESULTADOS		
		Positiva	Negativa	Nula
Coxartrose	40	87.5%	—	12.5%
Gonartrose	78	91.0%	—	9.0%
Espondilartrose	135	89.6%	—	10.4%
Múltiplas	135	80.7%	1.5%	7.4%
Artrite Reumatoide	140	91.4%	2.1%	6.5%
Espondilite Anquilosante	96	88.5%	11.5%	—
Artrite Gotosa	64	93.7%	6.3%	—
Afecções M-E Agudas	113	94.8%	5.3%	—
Lumbago	160	95.6%	0.6%	3.8%
Intervenção Ortopédica	6	100.0%	—	—
Outros	24	95.8%	—	4.2%

Neste quadro verifica-se que houve uma evolução positiva entre 80,7% e 100% dos casos, com a média de 90,0%.

Nos quadros 12, 13 e 14 estão os resultados da apreciação terapêutica do doente, do médico e do doente e médico em conjunto. Verifica-se que

QUADRO 12

DIAGNÓSTICO	N.º	APRECIAÇÃO RESULTADOS				
		D O E N T E				
		MB	B	R	N	Não esp.
Coxartrose	40	20.0%	35.0%	30.0%	7.5%	7.5%
Gonartrose	78	34.6%	25.7%	25.7%	14.0%	—
Espondilartrose	135	29.6%	37.8%	20.7%	7.4%	4.5%
Múltiplas	135	24.4%	33.3%	18.5%	7.5%	6.3%
Artrite Reumatoide	140	33.6%	39.3%	15.7%	10.0%	1.4%
Espondilite Anquilosante	96	25.0%	38.5%	22.9%	8.4%	5.2%
Artrite Gotosa	64	45.3%	28.1%	14.1%	9.5%	3.1%
Afecções M-E Agudas	113	54.0%	28.3%	9.7%	5.3%	2.7%
Lumbago	160	46.9%	27.5%	13.7%	6.9%	5.0%
Intervenção Ortopédica	6	—	33.3%	50.0%	—	16.7%
Outros	24	62.5%	12.5%	8.3%	12.5%	4.2%

QUADRO 13

DIAGNÓSTICO	N.º	APRECIAÇÃO RESULTADOS				
		M É D I C O				
		MB	B	R	N	Não esp.
Coxartrose	40	25.0%	27.5%	27.5%	12.5%	7.5%
Gonartrose	78	26.9%	30.8%	26.9%	15.4%	—
Espondilartrose	135	23.7%	42.9%	21.5%	7.4%	4.5%
Múltiplas	135	20.0%	36.3%	24.4%	3.7%	15.6%
Artrite Reumatoide	140	30.0%	39.3%	20.0%	9.3%	1.4%
Espondilite Anquilosante	96	21.9%	45.8%	18.7%	8.4%	5.2%
Artrite Gotosa	64	45.3%	28.1%	14.1%	9.4%	3.1%
Afecções M-E Agudas	113	56.6%	24.8%	12.4%	3.5%	2.7%
Lumbago	160	45.6%	28.7%	14.4%	6.3%	5.0%
Intervenção Ortopédica	6	—	50.0%	33.3%	—	16.7%
Outros	24	58.3%	16.7%	12.5%	8.3%	4.2%

QUADRO 14

DIAGNÓSTICO	N.º	APRECIAÇÃO RESULTADOS			
		DOENTE E MÉDICO			
		MB	B	R	N
Coxartrose	40	17.5%	20.0%	17.5%	7.5%
Gonartrose	78	25.6%	17.9%	19.3%	11.5%
Espondilartrose	135	21.5%	28.9%	14.1%	5.9%
Múltiplas	135	15.6%	25.2%	13.3%	2.2%
Artrite Reumatoide	140	25.7%	27.1%	10.7%	8.6%
Espondilite Anquilosante	96	21.9%	35.4%	14.6%	7.3%
Artrite Gotosa	64	42.2%	21.9%	11.0%	9.4%
Afecções M-E Agudas	113	51.3%	20.4%	8.0%	2.7%
Lumbago	160	41.3%	19.4%	10.0%	5.6%
Intervenção Ortopédica	6	—	33.3%	33.3%	—
Outros	24	54.2%	8.3%	8.3%	—

em qualquer dos casos os resultados foram considerados bons ou muito bons numa grande percentagem de doentes. Chamo em especial a atenção para os casos de artrite gotosa, afecções musculoesqueléticas agudas e lumbago em que os resultados considerados muito bons variaram entre os 41,3% e os 56,6% e os resultados considerados bons variaram entre 19,4% e 28,7%.

Podemos resumir os resultados globais quanto a eficácia do tratamento com Sulindac no quadro 15 em que se verifica que houve 67% de resultados considerados muito bons ou bons quer pelo doente quer pelo médico, 20% de resultados considerados regulares, e em que apenas houve 8% de resultados considerados nulos. Quanto à evolução ela foi positiva em 90% dos casos, nula em 7% e negativa em 3%.

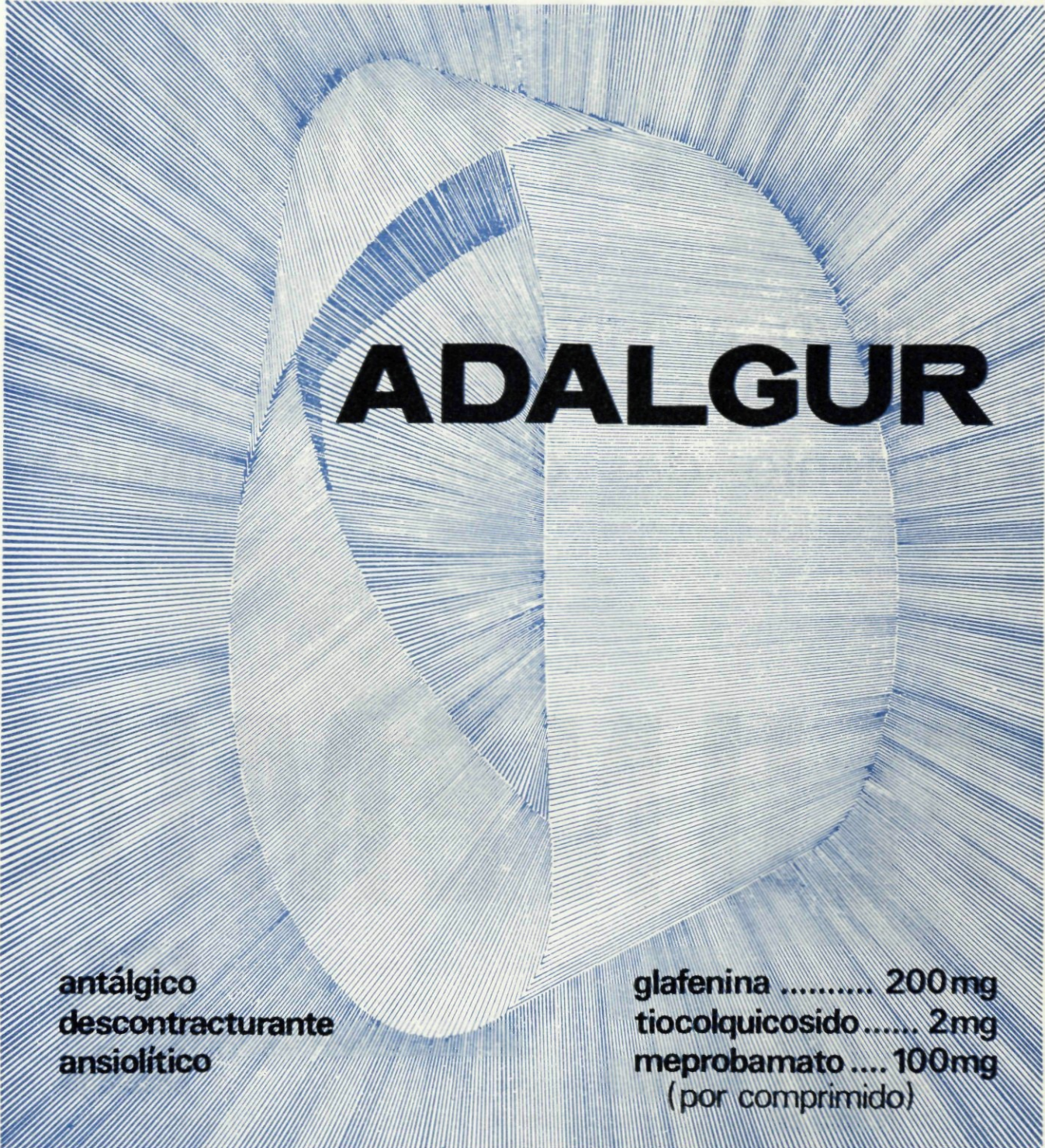
POSOLOGIA

Apenas em 754 doentes foi possível estabelecer com exactidão a posologia do Sulindac: 4,4% tomaram 1 comprimido/dia (100 mg), 46,4% 2 comprimidos (200 mg), 29,0% 3 comprimidos (300 mg) e 20,2% 4 comprimidos (400 mg). Portanto, em 96% dos casos a posologia variou entre 200 e 400 mg/dia.

EFEITOS COLATERAIS

O quadro 16 resume a incidência de efeitos colaterais mostrando o número de casos com 1, 2, 3 ou 4 efeitos colaterais. O quadro 17 especifica a incidência dos vários efeitos colaterais encontrados.

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

QUADRO 15
EFICÁCIA
(RESULTADOS GLOBAIS — 991 CASOS)

DOENTE		MÉDICO	
MUITO BOM	— 37%	MUITO BOM	— 35%
BOM	— 30%	BOM	— 32%
} 67%		} 67%	
REGULAR	— 20%	REGULAR	— 20%
NULO	— 8%	NULO	— 8%
} 28%		} 28%	
NÃO ESPECIFICADO	— 5%	NÃO ESPECIFICADO	— 6%

EVOLUÇÃO	
POSITIVA	— 90%
NULA	— 7%
NEGATIVA	— 3%

QUADRO 16
EFEITOS COLATERAIS

Número total de casos	1090	— 100.0%
Número de casos com efeitos colaterais	144	— 13.2%
Número de casos com 1 efeito colateral	113	— 10.4%
Número de casos com 2 efeitos colaterais	25	— 2.3%
Número de casos com 3 efeitos colaterais	5	— 0.4%
Número de casos com 4 efeitos colaterais	1	— 0.09%

Destes dados podemos concluir que a incidência de efeitos colaterais é baixa (13,21%), que a maior parte dos casos apresenta apenas um efeito colateral e que os efeitos gastro-intestinais são os mais frequentemente encontrados (10,64%) seguindo-se os efeitos neurológicos (2,02%).

QUADRO 17

EFEITOS COLATERAIS
(APRECIAÇÃO FEITA EM 1090 DOENTES)

Número total de casos com efeitos colaterais	144	— 13.21%
Efeitos Gastro-intestinais	116	— 10.64%
Efeitos Neurológicos	22	— 2.02%
Efeitos Dermatológicos	6	— 0.55%
Efeitos Circulatórios	2	— 0.18%
Perturbação Hidro-electrolítica	1	— 0.09%
Efeitos Urinários	2	— 0.18%
Efeitos Gerais	7	— 0.64%

Dos efeitos gastro-intestinais os mais frequentemente referidos são (quadro 18):

- a) epigastralgias
- b) azia
- c) diarreia

QUADRO 18

CASOS EM QUE OCORREU 1 EFEITO COLATERAL

Gastro-intestinais	90 casos
● azia	12
● dores abdominais	2
● diarreia	10
● enfartamento ou dispepsia	5
● epigastralgia	33
● glossite	1
● meteorismo ou aumento do volume do abdomen	2
● náuseas	9
● obstinação	2
● peso epigástrico	5
● pirose	6
● <i>secura da boca</i>	1
● vômitos	2

O quadro 19 resume as características fundamentais do ensaio realizado.

QUADRO 19

<p>ENSAIO CLÍNICO COOPERATIVO MULTICÊNTRICO MK-231 RESUMO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Em três meses foi realizado um ensaio clínico, envolvendo 432 médicos participantes, com a nova substância antireumática Sulindac (MK 231). 2. A casuística é composta por 1090 indivíduos, tendo sido analisados o total de casos quanto à tolerância do fármaco e 991 casos quanto à eficácia clínica. 3. Foi efectuada a distribuição por diagnósticos, sexo, idades, profissões, tempo e tipo de sintomatologia e duração do tratamento. 4. A análise dos resultados clínicos baseou-se em apreciação semi-quantitativa do doente e do médico e calculou-se a incidência de efeitos colaterais.

CONCLUSÕES

Podemos dizer que deste ensaio clínico com o novo antireumático Sulindac, se obtiveram resultados considerados muito bons ou bons tanto pelo doente como pelo médico em 67% dos casos tendo sido apenas de 8% a percentagem de resultados nulos e de 13,2% a da incidência de efeitos colaterais, sendo a posologia mais frequentemente utilizada de 200 mg/dia.

Não podemos deixar de referir que não houve nenhum efeito colateral fatal ou mesmo muito grave e que não houve referência a casos de úlcera gastroduodenal ou a perdas macroscópicas de sangue pelas fezes.

Pensamos pois que este novo medicamento poderá vir a desempenhar um papel importante como droga de primeira linha no tratamento das doenças reumáticas.

R É S U M É

Avec la collaboration de 432 Médecins Internistes ou Practiciens on a fait, pendant trois mois, l'évaluation de l'efficacité thérapeutique et des effets accessoires d'un nouveau médicament anti-rhumatismal non stéroïde dérivé de l'acide indeno-acétique — le sulindac.

On a étudié 1.090 malades et il nous a été possible évaluer l'efficacité thérapeutique sur 991, la posologie sur 754 et les effets accessoires sur les 1.090.

Les entités pathologiques y comprises ont été: les arthroses (coxarthrose, gonarthrose, spondylarthrose), arthrite rhumatoïde, spondylite ankylosante, arthrite goutteuse, affections musculo-squelettiques, aigues, lumbago et chirurgie orthopédique. On a aussi fait la distribution par sexes, ages, professions, temps et type de symptomatologie et durée du traitement avec des posologies qui ont varié, en 96% des cas, parmi 200 et 400

mg/jour, en deux prises. Les résultats ont été considérés très bons ou bons soit par le malade soit par le médecin en 67% des cas et seulement 8% de résultats ont été nuls. En outre, l'évolution des résultats, basée sur la comparaison des appréciations semi-quantitatives de la douleur, rigidité et limitation des mouvements, entre la première et la dernière observation, a été considérée positive en 90% des cas.

L'incidence des effets accessoires a été seulement de 13,2%, les gastro-intestinaux étant les plus fréquents (10,6%). Il n'y a pas eu aucun effet accessoire fatal ou même très grave aussi bien qu'on a pas référé des cas d'ulcère gastro-duodénale ou pertes macroscopiques de sang.

SUMMARY

With the collaboration of 432 Internists or G.P.'s, for three months, the evaluation of the therapeutic efficacy and side effects was carried out with a new non-steroid anti-rheumatismal drug derived from the indeno-acetic acid — sulindac.

1,090 patients were studied and it was possible to evaluate the therapeutic efficacy concerning 991 patients, the posology concerning 754 patients, and the side effects concerning the total number of patients, i.e. 1,090.

The pathologic entities comprised in this study were: osteoarthritis (coxarthrosis, gonarthrosis, spondylarthrosis), rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, gouty arthritis, acute musculo-skeletal affections, lumbago and orthopedic surgery. It also took place the distribution per sex, age, occupation, time and type of symptomatology and duration of the treatment with twice-a-day posologies which in 96% of the cases alternated between 200 and 400 mg/day. In 67% of the cases the results were considered very good or good either by the patient or by the doctor, and only in 8% the results were null. On the other hand, the evolution of the results, based on the comparison of the semi-quantitative valuations of the pain, stiffness and motion limitation, between the first and the last observations, was considered as positive in 90% of the cases.

The incidence of side effects was only 13.2% among which the gastro-intestinal the most frequent (10.6%). There was no mortal or very severe side effect and cases of gastroduodenal ulcer or macroscopic losses of blood were not reported as well.

BIBLIOGRAFIA

1. CHAHADE, W. H., FREDERICO, W. A. — Multi-clinic Controlled study comparing sulindac with aspirin during 96 weeks in outpatients with osteoarthritis of the hip and knee — *Scand. J. Rheumatol.* 4 (suppl. 8): Abstr. SOZ-03, 1975.
2. CASH, J. A. — Os anti-inflamatórios nas doenças reumáticas — *Jornal do Médico* 88: 319-322, 1975.
3. DUDLEY HART, F. — Inflammatory disease and its control in rheumatic disorders — *Brit Med. J.* 4: 191-194, 1975.
4. FIUGEIRINHAS, J. — «Estudo Epidemiológico dos Reumatismos em Portugal». Inquérito Nacional sobre Reumatismos com a colaboração de 432 Médicos Portugueses. Comunicação apresentada na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. *Acta Reuma. Port.* IV (1-2): 5, 1976.
5. GIGANTE, D. — A double-blind study comparing sulindac (MK-231), a new anti-inflammatory, non-steroidal drug to oxyphenbutazone in the treatment of acute painful shoulder — *Scand. J. Rheumatol.* 4 (suppl. 8): Abstr. SOZ-08, 1975.
7. HUCKER, H. B., STAUFFER, S. C., WHITE, S. D., RHODES, R. E., ARISON, B. H., UMBERNHAUER, E. R., BOWER, R. J., MCMAHON, F. G. — Physiologic disposition and metabolic fate of a new anti-inflammatory agent, cis-5-fluoro-2-methyl-1-[-(methylsulfinyl)-benzylidene]-indene-3-acetyl acid in the rat, dog, rhesus monkey, an man — *Drug Metabolism and disposition* 1: 721-736, 1973.
8. HUGH SMYTH — Nonsteroidal therapy in inflammatory joint disease — *Hospital Practice* — September, 51-56, 1975.
9. LEYNADIER, F., PERRAUT, M. — Os anti-inflamatórios na terapêutica corrente — *Jornal do Médico* 88: 249-251, 1975.
10. WORTHINGTON, W. W. — Avaluation of sulindac (MK-231) in acute gout. — *Scand. J. Rheumatol.* 4 (suppl. 8): Abstr. SOZ-04, 1975.

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

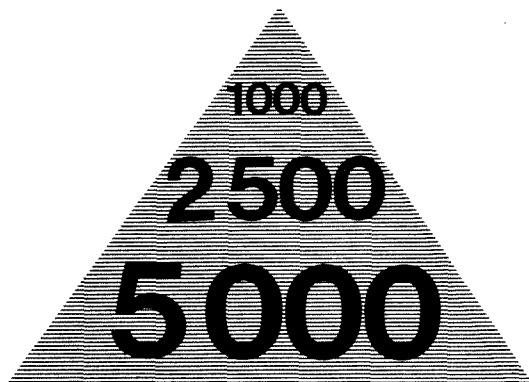
10 000

5 000

2 500

1 000

AMPOLAS LIOFILIZADAS



OHB₁₂B₁

HIDROXICOBALAMINA
+
MONOFOSFATO TIAMINA



REABERTURA

GONZAGA RIBEIRO (*)

Foi dado este valioso contributo para o nível científico desta reunião de trabalho e também para o progresso da Ciência Reumatológica, se assim posso chamar, e eu felicito o respectivo autor.

Seguidamente vou dar a palavra ao Sr. Doutor Leite da Silva, representante da Ordem dos Médicos, que pretende pôr a sua posição.

(*) Representante oficial do Snr. Ministro dos Assuntos Sociais e do Snr. Secretário de Estado da Saúde.

POSIÇÃO OFICIAL

LEITE DA SILVA (*)



Representantes dos Senhores Ministros e do Senhor Secretário de Estado da Saúde;

Senhor Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia;

Colegas:

Em representação eleita pela Comissão Directiva Colegial Provisória da Secção Regional do Sul e Ilhas da Ordem dos Médicos, cumpre-me felicitar esta Sociedade, na pessoa do seu Presidente, por ter sabido colocar em lugar devido a Associação Médica que represento, congregadora dos seus membros ou os pertencentes a outros organismos médicos associativos e a todos os colegas em geral.

A Ordem dos Médicos, definida como Associação Médica de carácter nacional, engloba, na verdade, todos os colegas sem excepção e, como tal, é o organismo que nos representa e protege, e dignifica em todas as condições, e a todos os níveis, sempre, na mira do bem-estar dos utentes, aos quais também pertencemos independentemente de quaisquer orientações políticas partidárias. A Ordem dos Médicos é portanto um órgão nacional suprapartidário, actuante indispensável na política de saúde do país, inde-

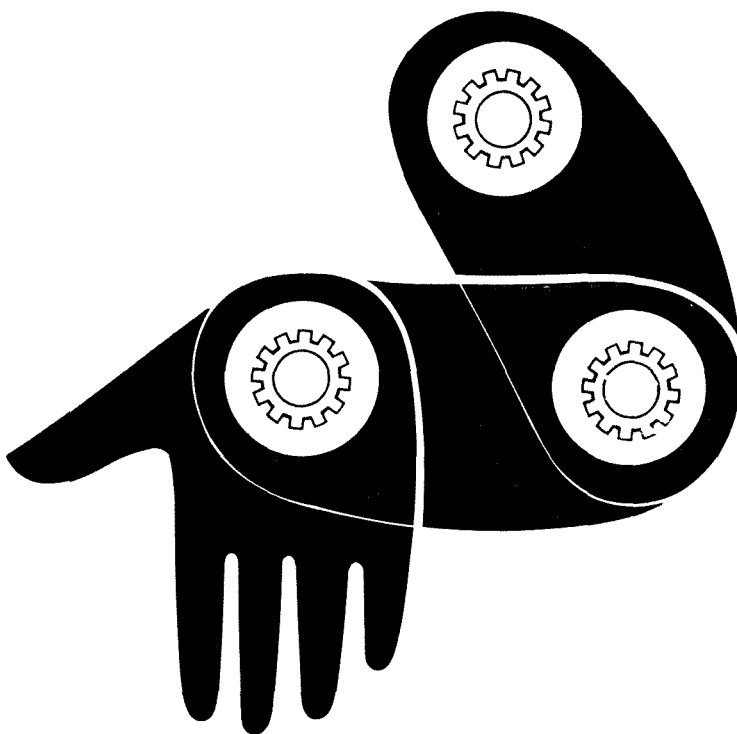
(*) Representante oficial da Ordem dos Médicos.

pendente de quem estiver no Governo, com o fim único, do progressivo benefício de doentes e de médicos, o mesmo é dizer, do País.

Em verdade, Saúde e Educação por um lado, e Trabalho por outro, são as raízes e o caule do progresso. É nesta base que trabalhamos nos órgãos encarregados do ensino pré e pos-graduado dos médicos, combatendo e impedindo o abastecimento da profissão resultante da impreparação quer de policlinicos quer de especialistas, ou combateremos a prática de actos médicos por quem legalmente não esteja habilitado para isso. É triste e desprestigiante o conhecimento que temos de não serem reconhecidas pela O.M.S., os colegas que sem culpa, se formaram a partir de 1972. Pois aqui fica expressa a nossa determinação de, por todos os meios ao nosso alcance, levarmos até à Organização Mundial de Saúde, a rever a posição tomada desde que consciente e portanto justa, acho indispensável ao prestígio e respeito além e mesmo aquém fronteiras.

Sem pretender alongar-me, aqui fica o nosso reconhecimento à Sociedade Portuguesa de Reumatologia por, em tanto e tão vasto campo, ter lutado pela elevação do nível médico, prometendo-lhe todo o nosso apoio, para que, por dever de justiça, a Reumatologia venha a ser considerada como especialidade a nível oficial, tal como já o está a nível profissional, e pedir-lhe que não esmoreça na contribuição tão positiva que tem dado, e que terá de continuar a dar, para os fins a que todos nos propomos, isto é uma saúde de qualidade para o País e para os seus filhos, quer os dela carecidos, quer os aptos a fornecê-la.





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 **3M**
LOUGHBOROUGH ENGLAND

ENCERRAMENTO

GONZAGA RIBEIRO (*)

Ao encerrar esta sessão eu desejava, antes de mais, endereçar a todos aqueles de nós que cultivamos a Reumatologia, os meus sinceros parabéns e felicitações porque este é um campo que dada a qualidade das intervenções aqui feitas, e dada a perspectiva dessas intervenções, nos fazem pensar que de facto o arranque, o caminho e o avanço desta especialidade médica, seja um facto francamente aliciante no futuro.

Aos responsáveis por esta reunião de trabalho, os dirigentes da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, eu desejo também endereçar as minhas felicitações pela maneira objectiva, científica e correcta, a apontar para o futuro, como apresentaram tudo aquilo que aqui foi dito, como organizaram, a reunião e como de facto possibilitaram que fosse veiculado todo este conjunto de ideias, todo este conjunto de projectos, todo este conjunto de estudos que aqui foi apontado.

A todas as pessoas que aqui estão, em nome individual ou em representação de entidades colectivas, quer científicas quer profissionais, eu endereço também as minhas cordiais saudações e os meus agradecimentos, até pelo contributo que vieram dar a um sector importante da medicina, pelo contributo que vieram dar também no entusiasmo que é necessário para se fazer progredir uma especialidade que, como disse há pouco, passa fundamentalmente neste momento após o estudo da sua importância, aqui acrescentado, passa fundamentalmente neste momento pela preparação correcta, cientificamente elevada, dos respectivos técnicos. Evidentemente que esta preparação poderá, deverá em parte corresponder às escolas, às universidades noutra parte, e sobretudo na parte motriz da sua determinação às Sociedades Científicas, e na parte de vigilância, digamos assim, às Associações Profissionais.

A Organização Mundial de Saúde tomou a sua posição, as Sociedades Científicas tomaram a sua posição, as Escolas, a Universidade tomou a sua posição, o Governo saberá responder.

A todos um abraço fraternal.

Está encerrada a sessão.

(*) Representante do Snr. Ministro dos Assuntos Sociais e do Snr. Secretário de Estado da Saúde.

REFERATAS

**OBJECTIVE MEASUREMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS
USING TECHNETIUM INDEX** — Huskisson, E. C.; Scott, J.
Balme, H. W. — *Ann. rheum. Dis.*, 35:81, 1976

Os autores formaram dois grupos de doentes, um dos quais sujeito à terapêutica pela *Penicillamine* e o outro, a drogas anti-inflamatórias não esteróides, e estudaram a aplicação do índice do tecnécio aos dois grupos. Verificaram os autores que só havia uma redução significativa do índice no grupo sujeito ao tratamento com a *Penicillamine*. Também só neste

grupo verificaram uma significativa redução no latex. Explicam o facto por ser a *Penicillamine* uma droga com efeito específico na Artrite Reumatóide. E acrescentam que esta droga tem efeitos sobre as manifestações extra-articulares da doença, nomeadamente sobre os nódulos e ainda sobre os títulos do factor reumatóide.

J. FIGUEIRINHAS

**LA XÉRODIOGRAPHIE EN RHUMATOLOGIE ET EN ORTHO-
PHÉDIE** — Jeanmart, L.; Decker, A.; Osteaux, M.; De
Wilde, A. — *J. Belge Rhum. Méd. Phys.*, 31:5, 1976

Esta nova técnica de diagnóstico está entrando progressivamente na rotina reumatológica e ortopédica, sobretudo quando se pretende estudar uma articulação periférica.

Neste trabalho, os A., depois de um breve resumo histórico, e depois de se referirem à realização técnica, focam algumas vantagens da xeroradiografia e detêm-se sobre a aplicação desta técnica ao estudo da textura óssea e dos tecidos

moles, julgando-a de grande interesse no estudo de determinadas situações ao nível das *articulações* (corpos estranhos, hematomas periarticulares, tumores para-articulares), dos *músculos* (atrofias musculares, rasgaduras, miopatias), dos *tendões* (ruras, quistos, tenosinovites) e das *aponevroses* (diagnóstico precoce da doença de Dupuytren).

J. FIGUEIRINHAS

CRÍTICA DE LIVROS

L'ARTHROSCOPIE DU GENOU — Delbarre, F.; Aignan, M.;
Ghozlan, R. — Institut de Rhumatologie de la Faculté de
Médecine de Paris Cochin — Paris, 1976

Enviado pelo Prof. Delbarre e pela Direcção do *Centre de Recherches sur les maladies Ostéo-Articulaires (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)* acabamos de receber este óptimo trabalho sobre a artroscopia do joelho.

A artroscopia é uma técnica de diagnóstico e de investigação já seguida nos bons centros reumatológicos. Desde as primeiras vezes que a praticámos nos ficou a ambição de a transformarmos em técnica habitual de emprego nas suas indicações precisas.

Depois de um resumo anatómico e da descrição do material empregado pela equipa do Prof. Delbarre, é-nos apresentada seguidamente a técnica da artroscopia do joelho, descrições estas acompanhadas de óptimas reproduções coloridas.

Apresentadas as *imagens normais da articulação do joelho — endoscopia*, os A. entram seguidamente na apresentação e descrição de imagens patológicas con-

densadas em grupos: *Patologia Mecânica* (lesões meniscais, meniscopatias, gonartrose, estados pós-meniscectomias), *Patologia degenerativa* (condromalácia, artrose fémuro-patelar, lesões associadas à artrose, condromatose sinovial), *Reumatismos inflamatórios* (artrite reumatóide, sinovites específicas, estados pós-sinoviortheses) e *artropatias diversas* (condrocalcinose, artrite provocada pela filária, artropatia tabética, hematroses).

As reproduções coloridas são de qualidade excepcional e quase sempre as imagens são acompanhadas de esquemas anatómicos mostrando os locais em que as imagens são colhidas e outras vezes ainda de reproduções de radiografias.

Trata-se, em resumo, de um pequeno livro de 58 páginas cuja leitura aconselhamos para um contacto mais íntimo com esta técnica de diagnóstico. Ele vem, certamente, aumentar a boa bibliografia para esta técnica de diagnóstico.

J. FIGUEIRINHAS

CUADERNOS DE REUMATOLOGIA — para el Médico General.

Dirigidos pelo Dr. José Maria Poal Ballarín o Instituto Poal de Reumatologia começou a editar os *Cuadernos de Reumatología*.

Temos em nosso poder o primeiro número desta publicação que, como em subtítulo se diz, é dirigida aos *generalistas*. Devemos dizer que é uma publicação que

nos surpreendeu muito agradavelmente. Optimamente apresentada e profusamente ilustrada, esta nova publicação contribuirá poderosamente para a divulgação da Reumatologia.

No *Pórtico* de abertura o Dr. José Maria Poal acentua: *Esta publicación que tiene en sus manos, no pretende ser mejor*

ni peor que otras, pelo lo que sí le podemos asegurar es que es distinta. Na realidade, este primeiro *Cuaderno* apresenta-se muito equilibrado e certamente, como deseja o seu director, *individualmente y coleccionada* converter-se-á *en compañero de consulta del médico general y del especialista en otros campos.*

Inicia este primeiro número um artigo sobre *Definición e conceito actual do Reumatismo*, no qual as concepções do Dr. Poal são resumidas, em que é referida a nomenclatura que o autor segue e em que se apresenta a classificação que o Director entende como a melhor.

Seguidamente, um artigo de muito interesse: *aspectos praticos de la artritis reumatoidea* no que diz respeito à clínica, ao diagnóstico e ao tratamento.

Pequenas notas de divulgação são as que se referem aos *Enzimas Lisosómicas* e à *termografía por infrarojos en Reumatología* e *errores más frecuentes en Reumatología.*

De interesse também o *test reumatológico* preparado pelo Dr. Moleres Ferrandis.

João FIGUEIRINHAS

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

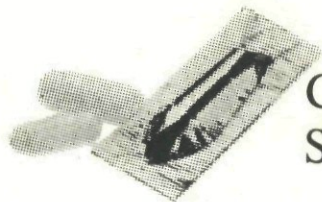
Torna-se imediatamente evidente que o simples lumbago beneficia consideravelmente com tratamento... (INDOCID); em cerca de 85% dos doentes... (verificou-se o desaparecimento total dos sintomas) ou registaram-se melhoras dentro de cerca de 10 dias.

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 & DÖHME LIMITADA
R Barata Salgueiro, 37-1º, Lisboa 2 - Portugal

*Marca registada

