

4.º Trimestre - 1978



ACTA

REUMATOLÓGICA

PORTUGUESA

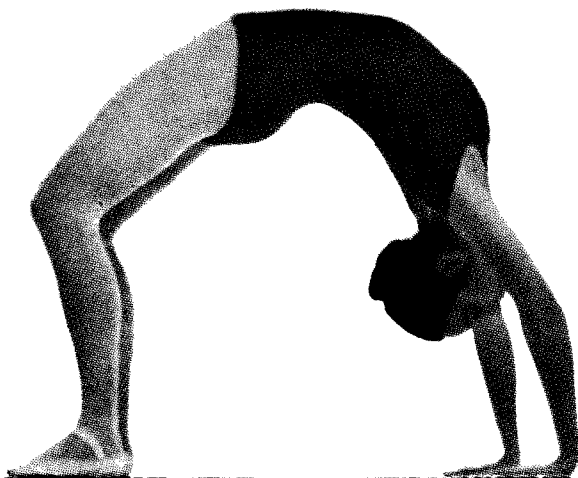
Vol. VI

4

Sociedade
Portuguesa de
Reumatologia

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

A ponte está lançada graças a



VOLTAREN

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



ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

(TRIMESTRAL)

Volume VI (Tomo 4)

1978 — Dezembro

N.º 22

Sumário

Editorial

Robert Pereira Martins 163

Trabalhos originais

— Algumas Considerações sobre uma Consulta de Cardiologia Preventiva no Instituto Português de Reumatologia (I.P.R.)

Luís Lima Faleiro 169

— A Reumatologia e a Medicina Nuclear

João Figueirinhas, Margarida Caria, Dídía Garcia e E. Mendes de Magalhães 175

Ensaio clínico

— Azatioprina no Tratamento da Artrite Reumatóide

M. Viana Queirós 189

— Estudo Experimental Acerca dos Efeitos Imunológicos de um Lisado Proteico Usado em Terapêutica Médica. Nota Preliminar

Geo Savulescu e Grigore Ghyka 195

Critica de livros 201

Resumos 203

DIRECÇÃO:

Secretário Adjunto — Dr. J. Galvão de Figueiredo

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 — 1000 Lisboa
Telefs. 57 23 26 - 4 07 64

PREÇO DO NÚMERO AVULSO: 100\$00

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:

Emp. Tip. Casa Portuguesa, Sucs., Lda. — R. das Gáveas, 109 — 1200 Lisboa — Telef. 366776

Sommaire

Editorial	
Robert Pereira Martins	163
Mémoires Originaux	
— Quelques considérations sur une consultation de Cardiologie Préventive à l'Institut Portugais de Rhumatologie (I.P.R.) Luís Lima Faleiro	169
— La Rhumatologie et la Médecine Nucléaire João Figueirinhas, Margarida Caria, Dídía Garcia et E. Mendes de Magalhães	175
Éssais Cliniques	
— L'Azathioprine dans le traitement de la Polyarthrite Rhumatoïde M. Viana Queirós	189
— Un étude expérimentale sur des effets immunologiques d'un Lisé Protéique Utilisé dans la Thérapeutique Médicale. Note Préliminaire Geo Savulescu et Grigore Ghyka	195
Critique des livres	201
Resumés	203

Contents

Editorial	
Robert Pereira Martins	163
Original papers	
— Some Considerations about a Consultation on Preventive Cardiology at the Portuguese Institute of Rheumatology (I.P.R.) Luís Lima Faleiro	169
— The Rheumatology and Nuclear Medicine João Figueirinhas, Margarida Caria, Dídía Garcia and E. Mendes de Magalhães	175
— Azathioprine in the Treatment of Rheumatoid Arthritis M. Viana Queirós	189
— An Experimental study Concerning the Immunological effect of a Protein Lysate Used in the Medical Therapy. Preliminary note Geo Savulescu and Grigore Ghyka	195
Books review	201
Abstracts	203

EDITORIAL

Sempre que um dado ramo do conhecimento humano se individualiza, isso pressupõe a finalidade de científica, social ou economicamente, obter «o mais útil» e «o mais eficaz» e implica a existência de um ou mais «agentes» diferenciados a um ou mais níveis.

Nas Ciências Médicas tem-se vindo a assistir, pelo menos nos últimos 120 anos, à passagem da sua fase «sincrética» à de uma gradual «diferenciação».

Essa diferenciação — a especialização — surge quer pela incapacidade de um mesmo indivíduo «reconhecer» e «utilizar» em termos eficazes a totalidade do conhecimento médico quando aplicado a bem do Homem — fim último e primeiro da ars médica — quer pela necessidade de «reduzir» em superfície o campo do conhecimento para permitir «aumentá-lo» em profundidade, investigando e aplicando à clínica um «saber» mais útil.

Dessa especialização levada às últimas consequências, mais servindo o «próprio agente» que o «fim» em si, advieram inconvenientes tão graves que determinaram, já nos nossos dias, uma nova visão, a do conhecimento «integrado» e a do conceito da interdisciplinaridade.

Um conjunto de factores médicos, sociais e económicos interligados — melhor conhecimento científico e maior diferenciação da patologia do aparelho locomotor, meios terapêuticos eficazes mas bioagressivos postos à disposição do médico para a controlar, melhoria das condições sanitárias e sociais, levando a maior esperança de vida e ao desaparecimento de causas de morte nos grupos etários mais baixos, reconhecimento dos elevados «custos» que motivam — chamaram a atenção para as doenças médicas do aparelho locomotor, designadas, tradicional e globalmente, por Reumatismo.

Daí, como consequência lógica, a individualização da Reumatologia, que se tem vindo a processar desde 1913 e a formação de um «agente» médico especializado — o reumatologista — capaz de as combater com mais eficácia e tanto melhor se integrado numa equipa interdisciplinar onde se permuta o conhecimento.

Há que definir pois as linhas do ensino da Reumatologia e as da formação do reumatologista, que este possa aplicar na prática clínica, com o máximo de eficácia possível.

Em Portugal, onde os cuidados médicos aos doentes reumáticos se iniciaram, em 1512, com a fundação, pela excelsa Rainha Dona Leonor, do Hospital Termal das Caldas da Rainha, o ensino da Reumatologia e a formação do reumatologista encontram-se em fase inicial e há que procurar a sua institucionalização em termos os mais adequados.

Em Portugal, a formulação de um plano de Educação Médica em Reumatologia, quanto a nós, terá de ter em consideração por um lado as necessidades médicas do País, por outro os precários meios humanos e técnicos de que se dispõe e a legislação de saúde existente.

Esse plano assentaria em cinco pontos fundamentais:

- I. O ensino da Reumatologia
- II. O exercício da especialidade
- III. A prática clínica
- IV. A planificação científica
- V. A educação sanitária



I — O ensino da Reumatologia

O ensino da Reumatologia tem de ser feito a níveis diferentes e aproveitando em cada um deles os meios que a técnica moderna põe à disposição da prática pedagógica (slides, filmes, gravações, cursos programados por computador).

a) Ensino de graduação — *da competência da Universidade, a funcionar em Coimbra e pelo menos em 1 das Faculdades de Lisboa e do Porto, integrado no último ano do actual ciclo clínico dos estudos médicos, como disciplina obrigatória e, em último caso, optativa, a cargo do docente, efectivo ou equiparado, desde que suficientemente qualificados em Reumatologia (no País ou no Estrangeiro) e ministrado em Serviços-base de Reumatologia, adequadamente dimensionados e estruturados, de Hospitais Centrais ligados às Faculdades de Medicina.*

Com ele — através de programa criteriosamente elaborado e com parecer favorável da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Reumatologia — se procuraria dar ao estudante de Medicina uma formação propedéutica reumatológica sobre a clínica, terapêutica e prevenção das mais frequentes e importantes doenças e síndromes, apoiada na prática de enfermagem.

b) Ensino pós graduado — *corresponderia à formação do especialista. Até está já legalmente definido o treino e o internato (Decreto Regulamentar 47/77, de 5-7-77).*

O Internato de Reumatologia da carreira médica hospitalar constaria de 3 períodos de estágio:

LYSARTROSI®

RELAÇÃO ENTRE OS PRINCIPAIS ANTI-INFLAMATÓRIOS ANTI-REUMATISMAIS E LYSARTROSI

Pesquisa	Fenilbutazona	Ácido acetil-salicílico	Aminopirina	Indometacina	Hidrocortisona	Lysartrosi
Toxicidade aguda no rato (mg/kg)	DL ₅₀ i.p. 215	DL ₅₀ i.p. 500	DL ₅₀ i.p. 248	DL ₅₀ os 48,4	DL ₁₀₀ i.p. 300 ap.	DL ₅₀ i.p. -
Edema experimental da:						
- serotonina	±	±	-	+	+++	++
- carragenina	++	++	++	++++	+++	++
Inibição in vitro contra:						
- histamina	-	-	-	+	++	++
- serotonina	-	-	-	+	+++	++
- bradikina	+++	+++	++	+++	++ (1)	++
- prostaglandina	+	++	+			++
Actividade imuno-supressora	+	+	+	-	+++	-
Actividade sobre o complemento	+	+	+	+	+	+

(1) como hemisuccinato

Os polipeptidos de baixo peso molecular, contidos no Lysartrosi tomam o seu lugar entre os fármacos anti-inflamatórios, tendo características funcionais importantes:

- São simultaneamente activos contra todos os principais metabolitos mediadores bioquímicos da inflamação;
- Intervêm inibindo a libertação dos próprios mediadores;
- São simultaneamente activos, *in vivo*, nos testes farmacológicos da inflamação;
- Não são imunossuppressores, mas parcialmente inibidores do sistema complementar;
- São atóxicos.

Agora 2 apresentações: Caixas com 6 e 24 ampolas

Hubber  /  **Biofarma**

na terapêutica anti-reumática

KETOFENE

(KETOPROFENE)

o mais potente
inibidor
da síntese
das
prostaglandinas

(Suppl. Rheumatol.
Rehabilitation. 1976)



KETOFENE

ALTA ACTIVIDADE
COM BOA TOLERÂNCIA

NOVA APRESENTAÇÃO: SUPOSITÓRIOS

Caixas com 12 supositórios - 132\$50
Caixas com 48 cápsulas - 205\$50

ALTER, SARL - Av. Cons. Fernando de Sousa
19-12.º - 1092 Lisboa Codex

1.º — *treino de Medicina Interna, de 2 anos, para obter uma preparação básica suficiente, tida por indispensável para a apreensão da clínica reumatológica;*

2.º — *treino de Reumatologia, de 3 anos, com programa definido pela Ordem dos Médicos sob proposta do Conselho Nacional de Ensino e Educação Médica e Colégio de Reumatologistas e com parecer da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.*

Em serviços especializados hospitalares ou instituição de pós graduado a eles equivalente (v. g. Instituto Português de Reumatologia), a funcionar em Hospitais Especializados ou Gerais, Centrais (ou, a título excecional, Distritais), que reúnam um mínimo de condições tidas pela Ordem dos Médicos como conferindo idoneidade (direcção e staff médico permanente especializado, internamento e consulta externa, condições técnicas suficientes e movimento de doentes nosologicamente variado e numericamente significativo para permitir uma prática clínica eficaz).

Durante este treino se há-de procurar inferir, por uma correcta avaliação contínua, da capacidade humana e técnica e das potencialidades para a investigação e outras dos candidatos.

3.º — *treino complementar, de 1 ano, em serviços de especialidades afins — Ortopedia (6 meses), Neurologia (3 meses) e Fisiatria (3 meses) — «orientado» no sentido da Reumatologia, isto é, para aquisição de conhecimentos destas especialidades que permitam completar a formação reumatológica.*

Embora a legislação actual o não contemple, considera-se que a carreira médica hospital no que se refere à Reumatologia deveria ter os seguintes graus:

Período de formação

1. Estagiário (*preferentemente Residente*), correspondente aos actuais de Policlínico.

2. Interno — *correspondente ao da formação de especialista.*

Quadro permanente

1. Graduado — *depois de ter feito concurso de provas públicas com júri nacional, a que a Ordem dos Médicos reconheça equivalência ao título de especialista.*

2. Chefe de Clínica.

3. Director de Serviço ou de Centro Especializado.

c) *Formação do Policlínico e do Generalista — se atendermos a que, entre nós, cerca de 1/4 da patologia humana é reumatológica e que não só o maior número de casos como sobretudo as formas incipientes, aliás as mais*

recuperáveis, são, pelo menos inicialmente, observadas em clínica geral, terá de se considerar uma formação reumatológica de base do chamado poli-clínico, mais correctamente interno do internato geral, e sobretudo no da formação do «generalista» como aliás, e muito bem, o entendeu a Ordem dos Médicos ao incluir no curriculum do Internato de Medicina Geral, a Reumatologia com um estágio de 3 meses como opção condicionada no treino prático, o que viria a traduzir-se numa mais perfeita, rápida e menos onerosa recuperação clínica.

d) Ensino Permanente — visa a actualização do especialista e o aperfeiçoamento do clínico geral e do generalista.

Considerado pela Ordem dos Médicos apto para o exercício profissional da especialidade não deve nem pode o reumatologista descurar a actualização dos seus conhecimentos a qual se pode fazer por cursos, estágios complementares em serviços ou centros idóneos da especialidade ou afins (Cardiologia, Radiologia, Imunologia, etc.), atribuição de bolsas para centros estrangeiros e facilidades para participar em reuniões científicas nacionais e estrangeiras, incentivo à publicação de trabalhos científicos.

Este ensino deve ser programado pela Ordem dos Médicos, através do Colégio de Reumatologistas e em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Reumatologia e as Instituições de Ensino e de Prática Clínica ligadas à Reumatologia.

Também o clínico geral e o generalista carecem de cursos de aperfeiçoamento de pós graduado de Reumatologia, regulares e periódicos, para os quais não podem deixar de ter papel relevante a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Reumatologia.



II — O exercício da especialidade

É à Ordem dos Médicos, instituição de direito público responsável pelo nível técnico, cultural e profissional da Medicina, mediante parecer técnico do seu Colégio de Reumatologistas, que pertence o direito exclusivo de conceder o título de especialista e regular as condições do exercício da especialidade.

Assim, terminado o respectivo treino de internato, o candidato ao título é sujeito ao exame por júri nacional, designado pelo Colégio de Reumatologistas, o qual, além da apreciação curricular, procurará, por provas teórico-práticas, avaliar da verdadeira formação especializada obtida quanto à anatomofisiologia do aparelho locomotor, à fisiopatologia das doenças e síndromes reumatismais, respectiva clínica e terapêutica, técnicas especializadas, anatomia patológica e medidas de recuperação.

Aprovado e com o respectivo título e inscrito no Colégio de Reumatologistas ficará apto ao exercício da especialidade que, desde Julho de 1977, está legalmente reconhecida.

Seria de considerar a reavaliação periódica do título, por exemplo de 5 em 5 anos, feita pelo Colégio de Reumatologistas da Ordem dos Médicos.



III — Prática clínica da Reumatologia

A enorme difusão das doenças reumáticas e daí a necessidade de assegurar uma cobertura reumatológica do País e tendo em atenção o número insuficiente actualmente existente de reumatologistas e a longa mas indispensável formação profissional destes, leva-nos a propor um esquema que nos parece, clínica e cientificamente eficaz e economicamente o mais rentável para o País.

a) Nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra, exercer-se-ia nos Centros do Instituto Português de Reumatologia de tipo hospitalar, dotados de instalações, apetrechamento e equipas multidisciplinares especializadas (reumatologistas, ortopedistas, cardiologistas, fisiatras, radiologistas, analistas, neurologistas e neurocirurgiões, imunologistas, psiquiatras, bioquímicos, enfermeiras, fisioterapeutas, cinesioterapeutas, psicólogos, técnicos de serviço social e outros, médicos, não médicos e paramédicos, do quadro permanente ou como consultores externos), qualitativa e quantitativamente suficientes para as funções de tratamento e recuperação integral dos doentes reumáticos, investigação científica e formação profissional do «staff», particularmente do reumatologista.

Estes Centros seriam apoiados por um Centro Termal — Caldas da Rainha — para a crenoterapia específica das doenças reumáticas.

Complementarmente, Serviços especializados em um pelo menos dos Hospitais Centrais, de cada uma das três cidades, dispondo de internamento.

b) Nas sedes de Distrito, Consultas Externas ou pequenos Serviços, ou Secções em Serviço de Medicina, com internamento, de acordo com as necessidades demonstradas pelo levantamento da carta sanitária do País, a cargo de equipa especializada com pelo menos um reumatologista, para o tratamento, em regime de ambulatório ou internamento dos casos mais simples e triagem dos a enviar aos Serviços Centrais.

c) Nas restantes cidades e vilas mais populosas ou com maior prevalência de reumatismos, Dispensários, a cargo de graduados de Reumatologia ou, não sendo possível, de internista ou generalista (com frequência regular e obrigatoria de cursos de aperfeiçoamento) para educação sanitária, despiste, tratamento de manutenção das formas clínicas menos graves ou em recuperação e de apoio aos inválidos e diminuídos, mantendo-os no seu meio familiar e social.

d) Nas zonas de periferia rural, pelos generalistas e clínicos gerais ou internos do internato geral (policlínicos do serviço médico à periferia), que, sempre que possível, seriam periodicamente assistidos por «unidades» itinerantes (reumatologista, enfermeira, fisioterapeuta e técnica serviço social).

IV — Planificação científica

É do âmbito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia além de dar parecer sobre os planos de ensino da Reumatologia, planificar e coordenar os estudos reumatológicos pela realização de sessões científicas, locais, regionais, nacionais ou internacionais; representar a reumatologia nas organizações científicas nacionais e estrangeiras; coligir e difundir a documentação científica e a informação reumatológica, no País e no Estrangeiro; assegurar a conexão com a Ordem dos Médicos, pelo Colégio de Reumatologistas e com as estruturas médicas e científicas do País, pelo seu Conselho Científico.



V — Educação Sanitária

A profilaxia, diagnóstico precoce e a prevenção das doenças reumáticas como finalidade de uma campanha de educação sanitária das populações podem ser obtidas por uma organização nacional de apoio social que além de outras e valiosas funções procure despertar na opinião pública, nas estruturas oficiais, nas empresas e nos meios de informação, o espírito comunitário de colaboração com as estruturas médicas reumatológicas, científicas, de ensino e de prática clínica.

E assim se poderá concretizar a ideia que levou Cortez Pinto em 1948 a propor como sigla do I.P.R. «Ars médica rheuma vincit».

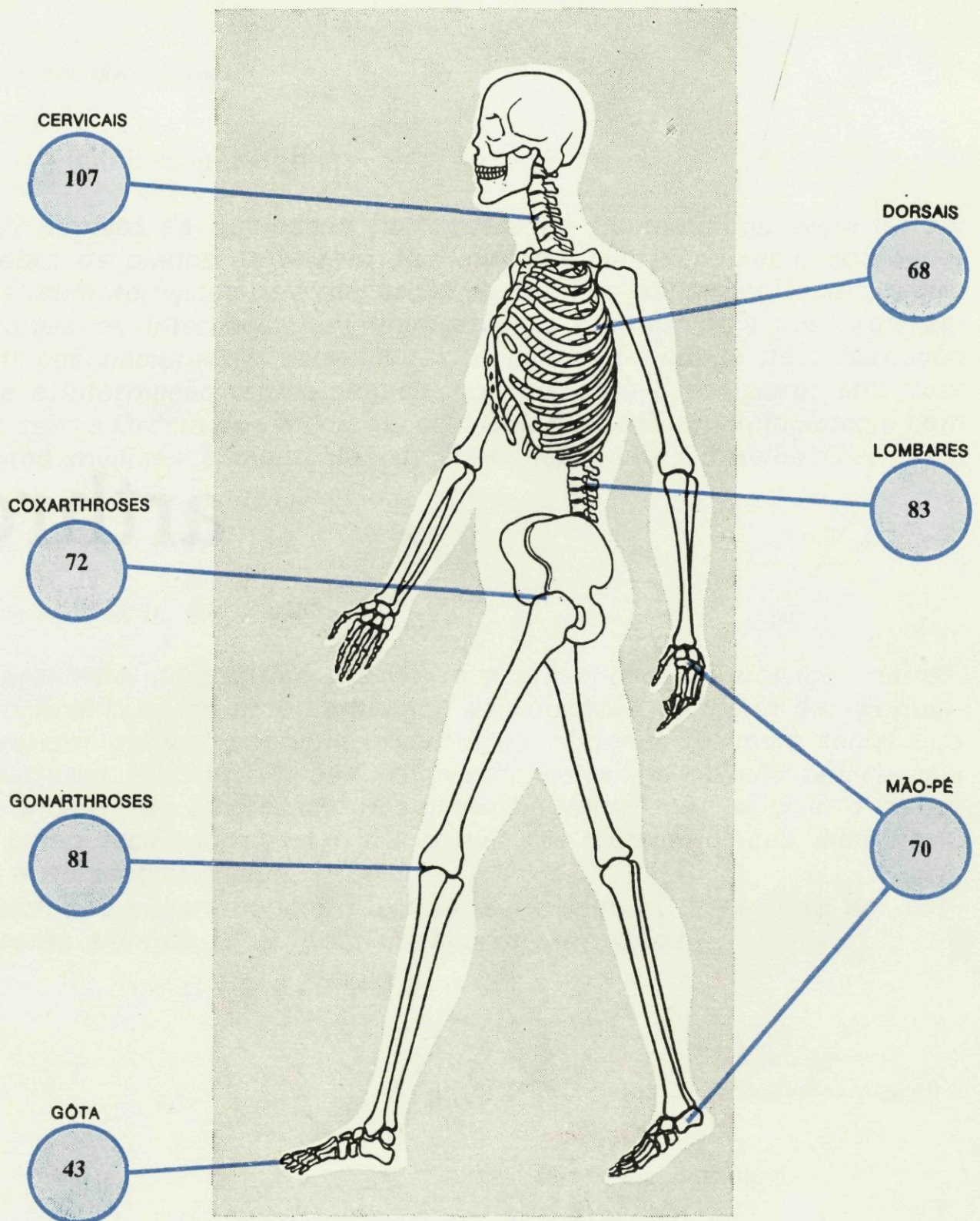


Robert Pereira MARTINS *

* Membro por Portugal da Comissão Permanente de Educação da Liga Europeia contra o Reumatismo.

arthroses

EQUILASE



composição

Supositório: catalase extraída do fígado do cavalo, estabilizada e liofilizada: 500.000 unidades catalasicas CIE*.

apresentação

Caixas de 6 supositórios.
NOTA: Conservar ao abrigo da luz e do calor (40% máximo).

condução do tratamento

Dois supositórios todos os dias, durante pelo menos 20 dias.

contra-indicações

Antecedentes alérgicos (asma, eczema, urticária...)

Distribuído por:



DAGRA PORTUGUESA, LDA.
LISBOA - LARGO JOÃO VAZ, 11
TELEFOS: 861793 - 802066 - 802118
PORTO - RUA GONÇALO SAMPAIO, 218
TELEF. 066017

* De acordo com o modo de expressão standard da Comissão Internacional das Enzimas a unidade catalásica é a quantidade de enzimas que, em dadas condições, provoca o desaparecimento de uma micro-mole de peróxido de hidrogénio em 60 segundos.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE UMA CONSULTA DE CARDIOLOGIA PREVENTIVA NO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA (I.P.R.) (*)

LUÍS DE LIMA FALEIRO (**)

Resumo: *Após uma larga experiência epidemiológica obtida em 1973, o autor historia os motivos que levaram à criação da Consulta de Cardiologia Preventiva no I.P.R. como parte de uma prevenção mais alargada tendo em vista as artroses e a gota. Foram observados desde Junho de 1977 cerca de uma centena de doentes de idades compreendidas entre os 5 e os 18 anos que acorreu ao Instituto por queixas «reumatismais» ou por suspeita de febre reumática activa ou passada e enviados à Consulta para despiste de cardiopatia. O autor encontrou elevada percentagem de cardiopatias reumatismais após observação clínica com relevo para a auscultação cardíaca, estudos radiológicos e electrocardiográficos. Os doentes ficam sob controle clínico regular e a receber tratamento profiláctico.*

Palavras chaves: Cardiologia preventiva: profilaxia da febre reumática.

Ao comemorar-se em 1977 o Ano Mundial do Reumatismo achámos oportuno pôr a funcionar com a concordância da Direcção Clínica do I.P.R. uma Consulta de Cardiologia Preventiva que veio a beneficiar os milhares de doentes que anualmente acorrem àquele estabelecimento de assistência vindos de todas as partes do País. A consulta constitui o motor de arranque de uma prevenção mais alargada que a Direcção Clínica tem em projecto visando as artroses e a gota.

Vem desde o princípio da década de 50 o interesse do Departamento de Cardiologia do I.P.R. pelo problema do despiste de cardiopatia reumática e sua profilaxia podendo considerar-se A. Lima FALEIRO, tal como em Coimbra João PORTO, pioneiros da Cardiologia Preventiva e Social em Portugal. Parece-

(*) Comunicação apresentada ao 8.º Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia. Lisboa — Abril 1978.

(**) Cardiologista do I.P.R.

-me interessante referir aqui que foi num Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia, o II/1955, que A. Lima FALEIRO apresentou o resultado de um rastreio de cerca de 6 mil crianças das Escolas Primárias de Lisboa (2). Desde 1973 que participamos como cardiologista do I.P.R. num vasto estudo epidemiológico (10) com vista ao despiste da febre reumática e cardiopatia reumatismal. Os resultados de tal estudo que vão prosseguir levaram-nos a pensar no interesse duma consulta que permitisse um registo dos doentes observados. A abertura de tal consulta justifica-se em virtude da cardiopatia reumática continuar a ser ainda em Portugal a causa mais frequente de doença cardíaca abaixo dos 40 anos de idade e a profilaxia da febre reumática praticamente inexistente como afirmou em Maio de 1977 Falcão de FREITAS nas Jornadas Internacionais de Cardiologia Preventiva de Lisboa (4).

Como ainda não temos uma planificação de prevenção a nível nacional que tem de passar pela notificação obrigatória da febre reumática (lembramos que na Dinamarca é feita desde 1862) (8) (Fig. 1), parece-me justi-

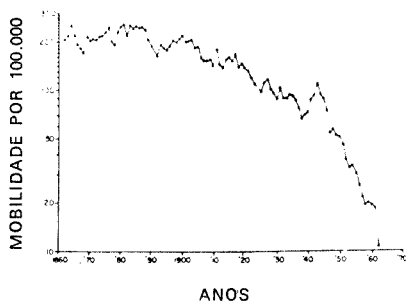


FIG. 1 — Incidência da febre reumática na Dinamarca, 1862-1962 — Departamento de Saúde Pública da Dinamarca, Copenhague, Dinamarca.

ficável a criação de programas profiláticos a nível sectorial. (5, 6, 7, 9). Convém referir aqui pelos seus resultados altamente positivos, a acção levada a cabo na comunidade da Musgueira pelo núcleo de Cardiologia Preventiva da Faculdade de Medicina de Lisboa da direcção de Fernando de PÁDUA. Dar conhecimento do que se fez nos primeiros 6 meses de funcionamento desta consulta é o objectivo primeiro deste trabalho.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram observados na Consulta de Cardiologia Preventiva do I.P.R. até à altura de elaborarmos este trabalho 112 doentes de idades compreendidas entre os 5 e os 18 anos sendo 38 do sexo feminino e 74 do masculino. Todos os doentes tinham antecedentes clínicos de febre reumática com manifestações de coreia em 3. Em 60% havia história de amigdalites de repetição com 90% de amigdalectomizados. Em 10% dos doentes havia mais de um surto de febre reumática. Em grande número de doentes havia cáries dentárias não tratadas e a terapêutica profiláctica ou não se fazia ou era feita intermitentemente ou estava indicada com incorrecções. Procuramos

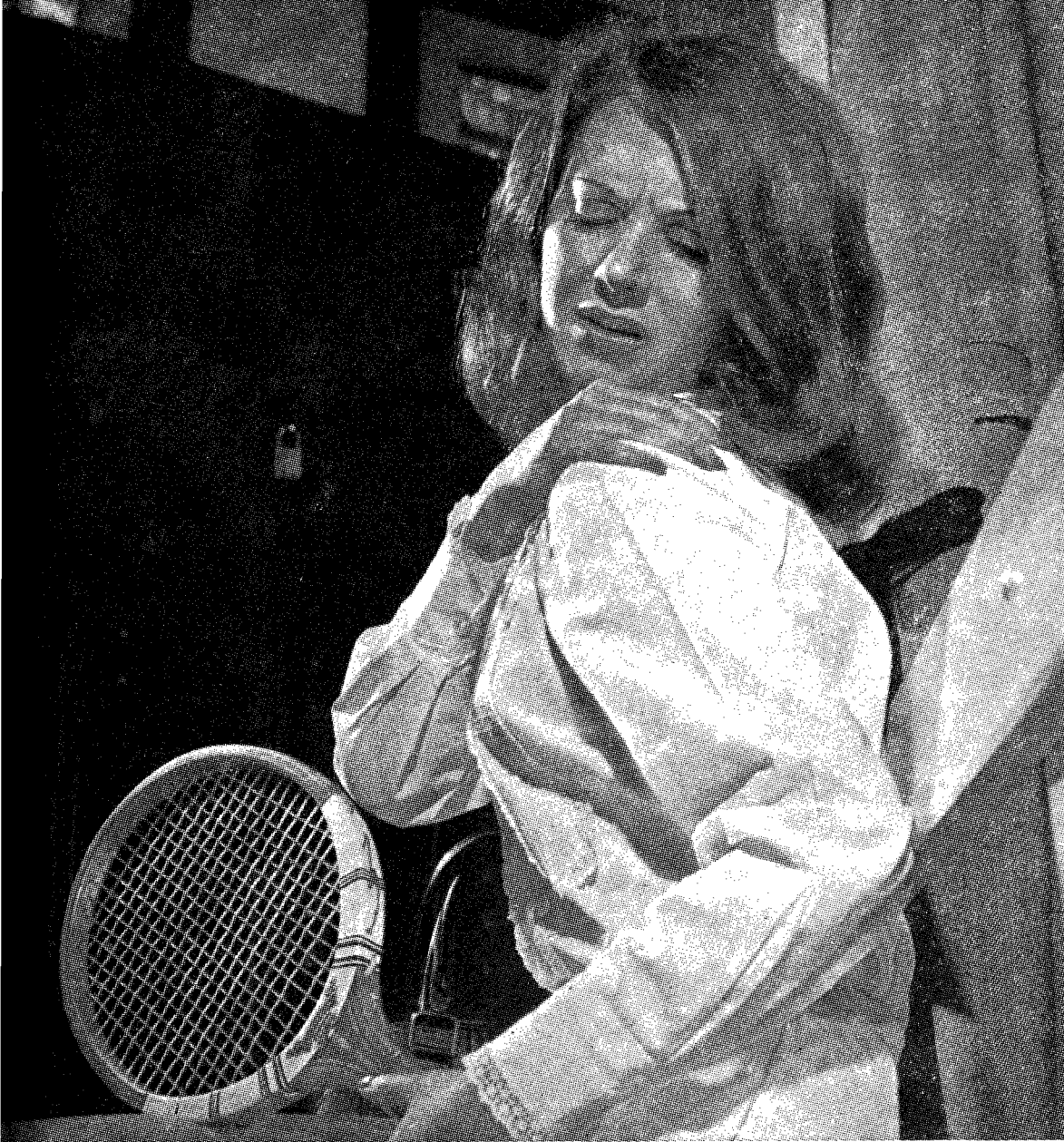
COMENTÁRIO

Os resultados mostram-nos a alta percentagem de cardiopatias valvulares de etiologia reumática concorrendo para tal a falta de diagnóstico e tratamento das infecções estreptocócicas em grupos etários mais susceptíveis⁽⁸⁾, a quase ausência de medidas profiláticas e os antecedentes de febre reumática em todos os casos. Em estudo epidemiológico efectuado por A. Lima FALEIRO em 1953⁽²⁾, que abrangeu para rastreio cerca de 6.000 crianças das Escolas Primárias de Lisboa e dentro do mesmo grupo etário do nosso foi encontrada uma percentagem de 1,5% de cardiopatias reumáticas. Num vasto estudo epidemiológico que reuniu cerca de 8.082 alunos de ambos os sexos a frequentarem escolas secundárias em 7 cidades capitais de distrito do Continente encontramos de parceria com Assunção TEIXEIRA e outros⁽¹⁰⁾ 1,75% de casos de febre reumática e de entre estes havia cerca de 70 % com cardiopatia reumatismal. Em 1976, num exaustivo estudo epidemiológico⁽³⁾ sobre a existência de reumatismo em Portugal levado a cabo pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia em Portugal Continental com a colaboração de cerca de 500 médicos generalistas, abrangendo mais de 20.000 pessoas, João FIGUEIRINHAS encontrou uma percentagem de 2% de casos de febre reumática. A todos os doentes deste estudo que estavam incluídos no grupo etário dos 5 aos 18 anos foi aconselhada observação na consulta de Cardiologia Preventiva do I.P.R. Num trabalho de epidemiologia clínica das cardiopatias internadas durante 1 ano num Serviço de Medicina Interna do Hospital de São João do Porto⁽⁴⁾, Falcão de FREITAS e o seu grupo verificaram que as valvulopatias reumatismais tiveram a maior incidência (quase dupla da dos enfartes agudos do miocárdio).

Todos os doentes portadores de cardiopatia reumática da nossa série tinham na sua história clínica mais de um surto de febre reumática sendo o primeiro bastante precoce surgindo em todos antes dos 8 anos de idade pouco tempo depois de amigdalectomia a que foram sujeitos. Em todos os doentes a terapêutica profilática ou não foi feita ou foi-o intermitentemente. Todos os doentes pertenciam a extractos populacionais de nível socioeconómico baixo. Quanto aos doentes em que se ouviam sopros à auscultação cardíaca vão ficar sujeitos a controle de «follow-up» na Consulta de Cardiologia Preventiva. A partir da primeira observação foi instituída terapêutica profilática com Penicilina Benzatina em todos os doentes segundo esquema adaptado da O.M.S. à excepção de um que por hipersensibilidade faz sulfamidas.

Os meios a que se recorreu para dar conhecimento do regime da Consulta foram os seguintes:

1. Por intermédio das pessoas que acompanham os doentes enviamos para os respectivos médicos assistentes cartas com indicação quanto ao diagnóstico e profilaxia estabelecida e à periodicidade com que devem voltar à Consulta.



quando a dor ameaça
estragar o dia...

PONSTAN

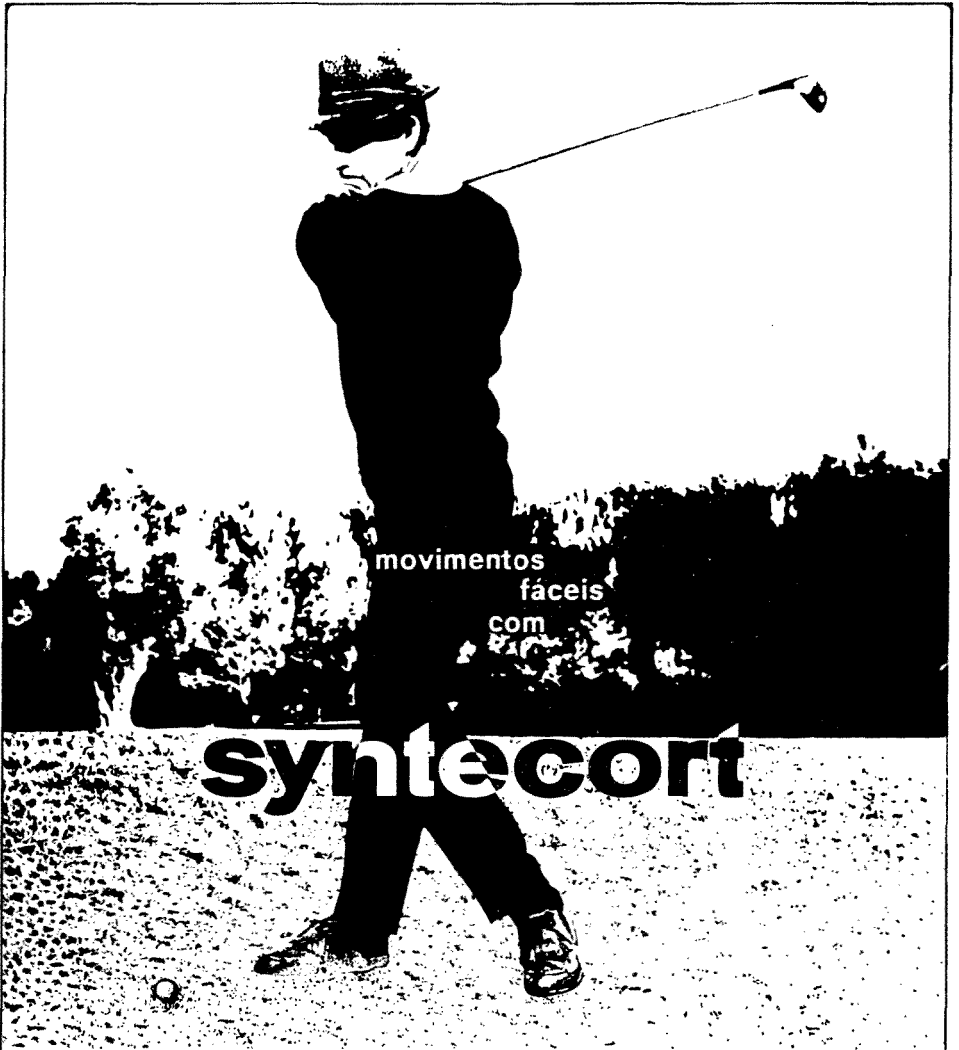
(ácido mefenâmico, Parke-Davis)

PARKE-DAVIS

Serviços de Informação Médica

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

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



movimentos
facéis
com

syntecort

O MELHOR TOLERADO DOS CORTICOSTERÓIDES MAIS ACTIVOS

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



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



Synt. A. Mod. 1/68

2. Envio de circulares contendo as normas de admissão à Consulta que servirão de rastreio aos médicos da província que costumam contactar com o I.P.R. (Quadro II).

QUADRO 2

CONSULTA DE CARDIOLOGIA PREVENTIVA DO I.P.R.

CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO

- 1 — Doentes com quadro clínico de febre reumática com ou sem sinais de cardite
- 2 — Doentes com infecções orofaríngeas de repetição em especial amigdalectomizados
- 3 — Doentes com antecedentes de coreia
- 4 — Doentes com otites frequentes e cáries dentárias não tratadas
- 5 — Doentes que fazem terapêutica profiláctica
- 6 — Doentes que procuram o I.P.R. por queixas unicamente «reumatóis»

Para terminar lembro que «quando falamos de prevenção em Cardiologia a febre reumática constitui um dos aspectos de que nos devemos ocupar ao lado das doenças coronárias e das endocardites infecciosas» (J. Goodwin, Abril, 1978 — Lisboa).

RÉSUMÉ

A la suite d'une longue expérience épidémiologique obtenue en 1973, l'auteur fait l'histoire des motifs qui sont à l'origine de la Consultation de Cardiologie Préventive au I.P.R., faisant partie d'une disposition préventive plus élargie, visant les arthroses et la goutte.

Depuis Juin 1977 on a observé environ une centaine de malades entre l'âge de 5 et 18 anos, qui viennent à l'Institut avec plaintes «rhumatismales» ou par crainte de fièvre rhumatismale active ou passée et qui sont envoyés à la Consultation pour des recherches de cardiopathie.

L'auteur a trouvé un haut pourcentage de cardiopathies rhumatismales probables, après observation clinique, surtout en face de l'auscultation cardiologique et des études radiologiques et électrocardiographiques. Les malades restent sous contrôle clinique régulier tout en recevant un traitement prophylactique.

SUMMARY

After a large experience on epidemiology acquired in 1973, the author tells the motives which lead to the establishment of the consultation on preventive cardiology at the P.I.R., as part of an enlarged prevention concerning arthrosis and gout.

Since July 1977 approximately a hundred patient aged between 5 and 18 were observed. They came to the Institute complaining either of «rheumatism» or suspicion of rheumatical fever, present or past, therefore they were sent to the consultation on preventive cardiology for detection of cardiopathies. Upon clinical observation, mainly cardiac auscultation and radiologic and electrocardiographic studies, the author found a high percentage of probable rheumatismal cardiopathies. The patients remain under regular clinical observation and they receive prophylactic treatment.

BBLIOGRAFIA

1. FALEIRO, A. LIMA — «A profilaxia da febre reumática». *Jornal do Médico* XXXIX (854): 285, 1959.
2. FALEIRO, A. LIMA — «A doença cardíaca reumática nas Escolas Primárias de Lisboa». *Jornal do Médico* XXI (521): 165, 1953.
3. FIGUEIRINHAS, J. — «Estudo epidemiológico dos Reumatismos em Portugal». *Acta Reuma. Port.*, IV (1-2): 23, 1976.
4. FREITAS, A. FALCÃO; BARBEDO, A.; FERNANDES, E.; CANDEIAS, O. ROLÃO; PEREIRA, J. S.; SANCHES, E.; AZEVEDO, S. — «Estudos de aspectos de Epidemiologia clínica das cardiopatias internadas durante um ano num Serviço de Medicina Interna como base para proposta de Planeamento Regional de Cardiologia Preventiva». (Comunicação apresentada nas Jornadas Internacionais de Cardiologia Preventiva», Lisboa (1977). *O Médico*, XXVIII (LXXXV): 447, 1977.
5. KEELGREN, J. H. (Heberden oration/1963. — «The epidemiology of Rheumatic disease». *Ann. Rheum. Dis.* (3): 109, 1964.
6. MARKOWITZ — «Eradication of rheumatic fever (an unfulfilled hope)». *Circulation*, (41): 1077, 1970.
7. PORTO, J. M. — «Possibilidade de uma campanha nacional de prevenção da cardiopatia reumática». *Bol. Centro Cardiol. Médico Social* — Coimbra: 3-6, 1957.
8. STOLLERMAN, GENE, H. — «Rheumatic fever and streptococcal infection». Caps. 4, 7 e 11, *Ed. Grun e Stratton*, New York, pág. 63, 147, 47, 1975.
9. STRASSER, T. — «Rheumatic fever and rheumatic heart disease in the 1970». *Who Chronicle*, 3 (1): 18, 1978.
10. TEIXEIRA, M. A.; FALEIRO, L.; PALMINHA, J.; QUEIRÓS, M. — «Reumatismos da infância e juventude em algumas escolas portuguesas». *Acta Reuma. Port.*, I (2): 7, 1973.

INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA
LABORATÓRIO DA MEDICINA NUCLEAR (F.M.L.)
LISBOA — PORTUGAL

A REUMATOLOGIA E A MEDICINA NUCLEAR*

J. FIGUEIRINHAS **; MARGARIDA CARIA ***; DIDIA GARCIA ***
e E. MENDES DE MAGALHÃES ****

Resumo: *No desenvolvimento de estudos anteriores, os AA. apresentam a sua experiência no campo das técnicas cintigráficas aplicadas à reumatologia, utilizando o ião pertecnetato (^{99m}Tc).*

Procuram realçar o interesse do método não só no diagnóstico precoce do processo inflamatório mas também nalguns casos de orientação nosológica, inclusivé no despiste das afecções de base psicogénica.

Consideram ainda que a técnica gamagráfica é um dos métodos que melhor e mais precocemente objectiva a presença do processo inflamatório e que melhor permite estudar a evolução do processo durante uma acção terapêutica com anti-inflamatórios.

Palavras chaves: Cintigrafia; medicina nuclear; inflamação.

I — INTRODUÇÃO

O diagnóstico precoce da inflamação ou de alguma entidades nosológicas de base inflamatória não raramente se reveste de sérias dificuldades, chegando mesmo o diagnóstico definitivo, nalguns casos, a demorar meses ou anos após as primeiras queixas do doente. Assim, a **clínica** é muitas vezes insuficiente: os parâmetros mais habitualmente empregados como os diversos índices (37, 39, 47, 48, 49, 50, 89), as provas e os testes (12, 39) revelam-se insuficientes em muitos casos, além de alguns serem complicados, morosos e não obrigatoriamente relacionados com a inflamação. Também o **laboratório** falha muitas vezes: a velocidade de sedimentação não raramente aparece dentro da normalidade, podendo, por outro lado, sofrer múltiplas influências que tornam difícil a sua inter-

* Comunicação apresentada à III Reunião Nacional de Medicina Nuclear. Coimbra, 1978.

** Reumatologista graduado do Instituto Português de Reumatologia. Centro de Lisboa.

*** Laboratório de Medicina Nuclear da Faculdade de Medicina de Lisboa.

**** Laboratório de Medicina Nuclear da Faculdade de Medicina de Lisboa; investigador da Junta de Energia Nuclear.

pretação; a imuno-electroforese e a imunodifusão radial (59) e a electroforese dão-nos vulgarmente as fracções sobre os limites considerados fisiológicos; o RAT aparece-nos vulgarmente com resultados falsos e o Waaler-Rose, negativos; a pesquisa de células RA não é concludente em muitos casos (82) e a pesquisa dos antigénios HLA só recentemente começou a efectuar-se em Portugal (66). **A radiologia** (5) e a **xerorradiografia** (30, 31, 32, 79, 80) poucos sinais dão no início da doença e, quando aparecem, não raras vezes já está o diagnóstico feito ou o processo, adiantado. Outras técnicas são de recurso mais restrito e só utilizadas em determinadas situações, mesmo quando há possibilidades de serem efectuadas, além de poderem ser negativas, pouco específicas ou muito traumatizantes: exame do **líquido articular** (10, 25, 78, 92), **termografia** (6, 18, 42, 86, 87), **biópsia sinovial** (34, 67, 70, 78, 90, 92), **hidroxiprolina-OHpro** (46, 76), **imunofluorescência** (10, 43), **artrografia** (97), **electromiografia** (14), **artroscopia** (65, 68, 98, 103), **VHF** (8), β **2m** (33, 60, 76, 88), etc.

O diagnóstico precoce da inflamação reveste-se, pois, de muitas dificuldades, quer pela pobreza dos sinais clínicos, quer pela frequente negatividade ou inespecificidade dos exames complementares de diagnóstico, mas é evidente o grande interesse que há em objectivar o processo inflamatório nas suas fases mais precoces.

Desde há muito que se tem procurado detectar esses sinais mais precoces da inflamação que, do ponto de vista clínico, por vezes aparecem já com o processo em certo grau de desenvolvimento.

A aplicação à Reumatologia das técnicas isotópicas utilizando emissores gama (94), veio trazer, indubitavelmente, um grande avanço. Elas foram introduzidas na prática reumatológica com finalidades diagnósticas, não só com o objectivo de detectarem a presença do processo inflamatório, mas ainda com vista a avaliar as suas intensidade e extensão. Com estas finalidades têm-se utilizado diversos radionuclidos (29, 94). O aparecimento de isótopos de vida curta veio revolucionar as possibilidades da exploração isotópica, quer pela facilidade de manejo, quer pela relativa inocuidade, quer ainda pela possibilidade de se fazerem exames seriados para acompanhamento do processo inflamatório. Sob esta perspectiva tem sido habitualmente empregado desde há anos, em injeção intravenosa (2), o tecnécio (^{99m}Tc). Trata-se de um derivado do molibdénio (^{99}Mo) (27); particularmente tem sido utilizado o seu ião pertecnetato.

Inicialmente um método semiquantitativo, vários «**índices isotópicos**» da actividade inflamatória foram propostos — no nosso caso particularmente o «**índice ^{99m}Tc** » (74) — no sentido de se conseguir a quantificação da actividade inflamatória, índices estes que utilizam a relação entre as concentrações nas zonas inflamadas e nas zonas circundantes (3, 102) ou «de fundo» (3), tomando como pontos de referência zonas próximas, nomeadamente o antebraço (77), o coração (73, 74, 76) e a bexiga ou o tracto urinário (73, 74, 76). Assim se obtêm os «**índices de severidade**» (77). A introdução dos calculadores sob este aspecto veio permitir grandes progressos.

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-hidroxipropilo 0,5 g
Excipiente q. s.
Registo n.º 331 na Direcção-Geral de Saúde (Decreto n.º 41448)

SUPPOSITÓRIOS

FÓRMULA

Cada supositório contém:

1-carbamato-3-o-metoxifenoxi-2-hidroxipropilo 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-reumáticos, 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

Na avaliação da actividade inflamatória podemos recorrer a três técnicas:

- 1 — Interpretação visual semi-quantitativa.
- 2 — Avaliação densitométrica.
- 3 — Comparação entre «áreas de interesse».

Foi encontrada uma boa correlação entre estas três técnicas. Contudo, a melhor foi obtida entre a interpretação visual e a técnica das **áreas de interesse** (83).

No seguimento de trabalhos anteriores (27, 28, 51, 52, 53) apresentamos parte da nossa experiência.

II — MATERIAL E MÉTODO

Os nossos estudos têm incidido sobre as articulações das mãos, dos cotovelos, dos ombros, dos pés, dos joelhos e, ultimamente, sobre as sacro-ílicas e glândulas salivares.

Doentes

Os doentes que entraram no estudo compreendiam 60 artrites reumatóides, clássicas e definidas, diagnosticadas segundo os critérios da A.R.A. (91), 15 doentes com artropatia psoriásica, gota aguda, lupus eritematoso disseminado, pelvispondilite, artrose dos joelhos, artrose interfalângicas e 10 outros doentes com sérias dúvidas diagnósticas. Finalmente, 15 indivíduos normais serviram-nos de termo de comparação.

Todos foram sujeitos previamente a exames clínico, laboratorial e radiográfico, e enviados ao Laboratório de Medicina Nuclear juntamente com uma informação onde constava a identificação, o sexo, a idade, um resumo da história clínica, a patologia associada, os resultados dos exames complementares efectuados e ainda o diagnóstico clínico, a suspeita ou as dúvidas diagnósticas.

Técnica

Os exames cintigráficos foram realizados sem qualquer preparação prévia do doente.

O radionuclido utilizado foi o ^{99m}Tc -pertechnetato. A actividade injectada no sangradouro foi de 15 mCi, normalmente num volume de 1,5 ml. Esta actividade corresponde a uma dose de radiação, para o corpo inteiro, de 0,2 rads.

Para a visualização cintigráfica utilizamos o equipamento Gamacamera Toshiba, modelo GCA-102, sendo as imagens registadas em sistema fotográfico Polaroid.

Iniciamos a visualização gamagráfica 20 minutos após a administração do radionuclido. O tempo de registo Polaroid foi de 5 min. para as condições normais de trabalho impostas ao equipamento.

Estabeleceu-se o seguinte protocolo para o registo das imagens: mãos, cotovelos, ombros, joelhos, pés e sacro-ílicas.

Todas as características técnicas do exame (actividade e volume injectado, condições de trabalho do equipamento, tempo, «contagens» e características de exposição fotográfica, posição geométrica da área a estudar em relação ao sistema detector) foram devidamente registadas para eventuais estudos comparativos a efectuar posteriormente no mesmo doente.

III — RESULTADOS

Verificamos uma relação nítida entre as imagens obtidas e a localização e a intensidade dos sinais inflamatórios clínicos e laboratoriais.

Não obtivemos nenhum resultado significativamente positivo nas artroses dos joelhos sem derrame intraarticular. Ao contrário, obtivemos dois resultados positivos em casos de artroses interfalângicas, embora num dos doentes estivessem presentes sinais inflamatórios secundários (fig. 1 e 2).

Fig. 1 — Imagem «falsamente» positiva num caso de artrose interfalângica proximal do 5.º dedo (nódulo de Boucharde). É nítida a zona de hiperfixação. Clinicamente não havia sinais de inflamação. No exame clínico, além da deformação típica, apenas havia uma ligeira dor à mobilização passiva.

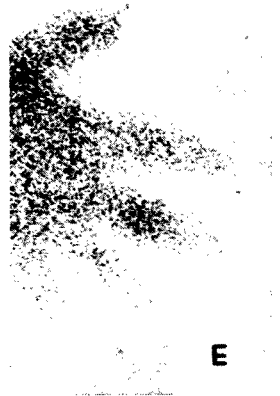
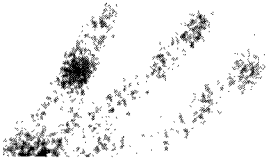


Fig. 2 — Imagem gamagráfica num caso de nódulo de Boucharde. A zona de hiperfixação localiza-se ao nível da interfalângica proximal do dedo médio.

Num caso de monoartrite unilateral do punho direito diagnosticada clinicamente, o exame gamagráfico revelou zonas de hipercaptção na articulação contralateral e ainda nas segunda e terceira metacarpo-falângicas da mão esquerda (fig. 3).

Nos casos de lesões muito avançadas nos punhos verificamos uma dissociação entre a gravidade das lesões radiológicas e as imagens de hipercaptção obtidas.

Dois casos, um rotulado de possível reumatismo psicogénico e outro de possível reumatismo psicogénico com uma longínqua hipótese de artrite reumatóide revelaram zonas de hipercaptção nítidas nos carpos e nas metacarpo-falângicas (fig. 4 e 5).

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.

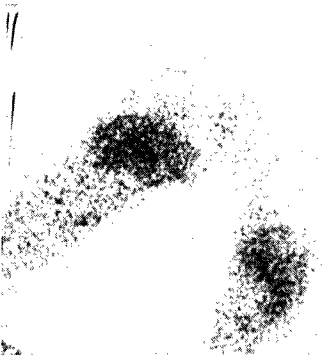


Fig. 3 — Imagem gamagráfica dos punhos num caso de oligoartrite. Clinicamente era «muda» à direita. Neste caso estavam também presentes imagens de hiperfixação nas segunda e terceira metacarpofalângicas à direita, imagens estas que também não tinham tradução clínica. O conjunto e a localização da hiperfixação nas mãos nesta doente de 19 anos e com uma evolução de cerca de um ano levou-nos a colocar a hipótese de artrite reumatóide. A evolução posterior do caso veio confirmar esta hipótese.

Fig. 4 — Imagem gamagráfica da mão direita de uma doente de 30 anos que vinha com o diagnóstico clínico interrogado de «artrite reumatóide?». V.S. = 4/10 mm.; RAT e Waaler-Rose, negativos; electroforese e imunodifusão, normais; Rx das mãos, duvidoso. O diagnóstico definitivo foi feito pelas alterações obtidas com a gamacamera nas duas mãos.

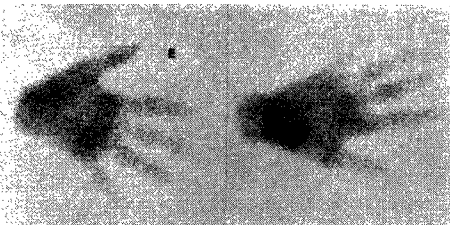
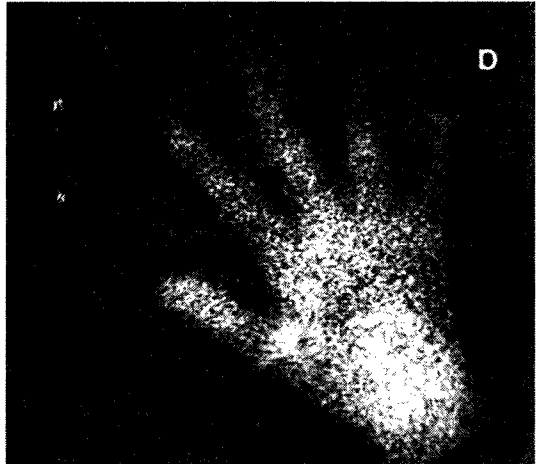


Fig. 5 — Doente do sexo feminino, com 30 anos de idade, que desde há cerca de 2 anos se vinha queixando de vagas e imprecisas dores nas mãos, sem precisar a localização, por vezes com ligeiro edema matinal. Antecedentes psiquiátricos. Ansiedade nítida e tremores de atitude. Exame físico inteiramente negativo. V.S. variável (desde o normal até medianamente elevada);

G.V. = 3.800.000 com Hb., normal; TASO = 50 U.; Electroforese e imunodifusão radial, normais; RAT e Waaler-Rose, negativos. Diagnóstico clínico: «Reumatismo psicogénico (?) Artrite reumatóide (???)». O diagnóstico definitivo foi estabelecido através destas imagens gamagráficas.

Em dois casos de artrite psoriásica não se verificaram as imagens nodulares ou em banda de localização metacarpo-falângica que muito habitualmente se verificam na artrite reumatóide (fig. 6, 7, e 8).

Não observámos imagens suspeitas de sacro-iliite, embora as que obtivemos fossem, em dois casos, difíceis de interpretar.

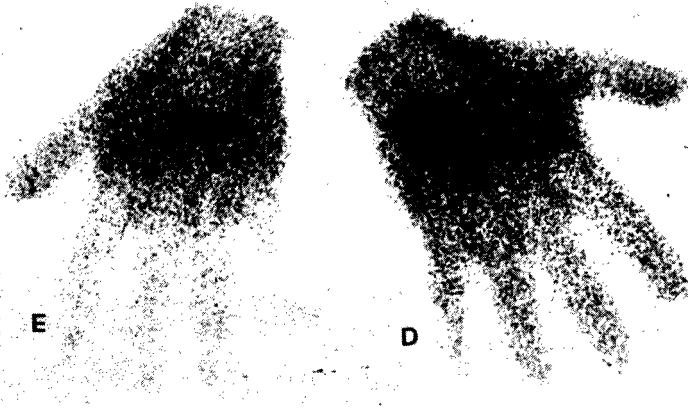


Fig. 6 — Imagens gamagráficas obtidas em mãos de um doente com uma artropatia psoriásica. Não aparecem aqui as imagens nodulares e a localização é mais difusa e sobretudo intensa na área correspondente aos metacarpícos.

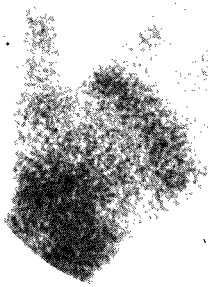


Fig. 7 — Zona de hipercaptação nitidamente em banda, correspondendo às metacarpo-falângicas. O exame radiográfico mostrava igualmente uma osteoporose em banda. Na área correspondente ao carpo identifica-se uma outra zona de hipercaptação. Localizações típicas de artrite reumatóide.

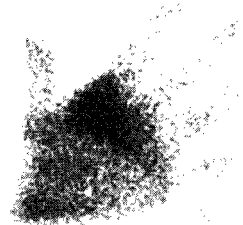


Fig. 8 — Gamagrafia de uma mão com uma extensa zona de hiperfixação em banda triangular de base externa, correspondendo às metacarpo-falângicas, num caso de artrite reumatóide. Não é muito habitual esta imagem triangular.

Donorest*



NOVO
anti-inflamatório
não esteroide

Donorest*

(fentiazac)



**anti-inflamatório
não esteroide**

**rápida acção analgésica
excelente tolerância**



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

Supositórios doseados a 200 mg
caixa de 10 supositórios

Posologia simplificada:

Drageias -
2 a 3 por dia

Supositórios -
1 a 2 por dia

Produto preparado em Portugal
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

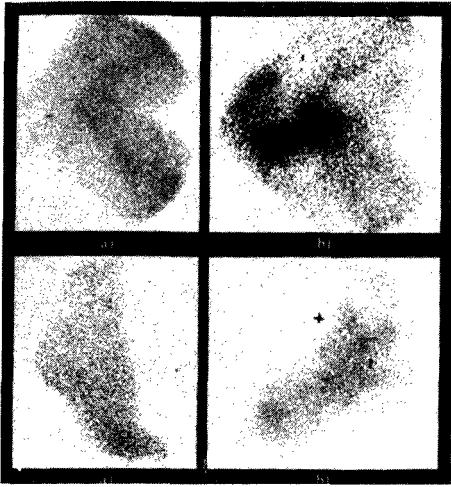


Fig. 9 — À esquerda: Imagem cintigráfica de um joelho e de um pé normais, notando-se uma distribuição regular do radionúclido. À direita: imagem gamagráfica de um joelho e de um pé que são sede de um processo inflamatório. São nítidas zonas de hiperfixação do radionúclido.



Fig. 10 — Exame de um pé com nítidas e extensas zonas de hiperfixação num doente com artrite reumatóide.

Fig. 11 — Artrite reumatóide. Observam-se duas zonas de hiperfixação, uma delas localizada à segunda metacarpo-falângica e outra, correspondente ao punho.

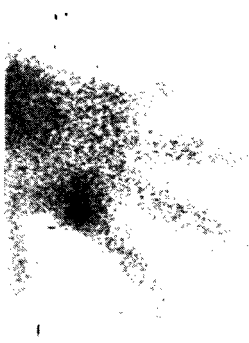
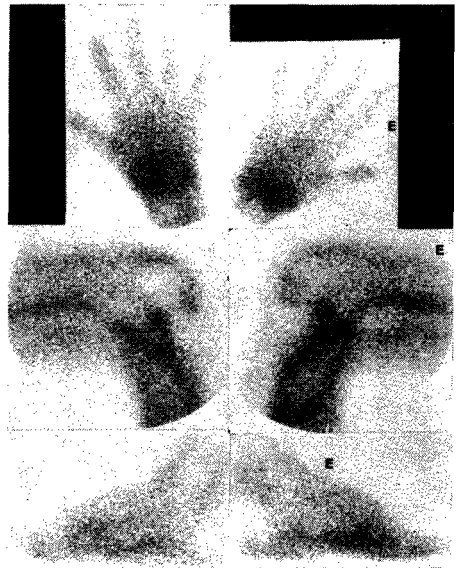


Fig. 12 — Mãos, joelhos e pés de um doente com uma poliartrite. Bilateralidade das imagens de hiperfixação do radionúclido.



IV — DISCUSSÃO

Desde há alguns anos, temos vindo a utilizar o ião pertecnetato (^{99m}Tc -pertecnetato). Ele dá imagens condicionadas pelo aumento do fluxo sanguíneo (2, 72, 74, 102) ou, talvez dizendo de outra maneira, condicionadas fundamentalmente pela riqueza da vascularização (15, 35, 40, 57, 61, 62, 95, 102), variando as imagens na razão directa do volume vascular por unidade de volume de tecido (62). Outros factores apontados são a proliferação sinovial, o aumento da permeabilidade da membrana sinovial (38, 61, 102) e, em muito menor grau, a concentração de pertecnetato no líquido sinovial (2, 35, 72), já que a sua remoção parece não alterar significativamente a imagem (72, 74).

A demonstração de zonas hipercaptantes é, em princípio, indicação da presença de processo inflamatório visto que as imagens obtidas nas situações inflamatórias revelam uma hipercaptação que habitualmente não aparece quando se estudam as correspondentes articulações artrósicas ou normais (2, 3, 4, 44, 56, 58, 62, 72, 74, 102). Refiramos desde já, contudo, que a presença de uma zona hipercaptante não é específica de qualquer doença em especial. Ela indica-nos simplesmente a presença de inflamação; nada nos diz acerca da sua etiologia. Em presença de uma zona de hipercaptação nós apenas podemos afirmar: aqui há um processo inflamatório! Não podemos ir mais além, pelo menos nas condições actuais: não podemos dizer se ela é devida a um antraz ou a uma artrite séptica (3, 61), a uma gota (2, 3, 61, 62), a uma pseudo-gota (62), a uma bursite (61), a uma tendinite (61, 62), a um síndrome de Reiter (61, 62), a uma artrite tuberculosa (74), a uma artropatia psoriásica (3), a um reumatismo articular agudo (3), a uma artrite reumatóide, a uma artrose metatarso-falângica inflamada secundariamente, a nódulos de Heberden ou de Bouchard inflamados transitariamente, etc.

A importância deste método para o diagnóstico diferencial é, pois, limitado. Contudo, apesar do método ser inespecífico, há por vezes aspectos muito sugestivos que nos podem ajudar a afastar determinadas hipóteses ou, pelo contrário, orientar-nos para determinados diagnósticos, nomeadamente no que diz respeito à artrite reumatóide. É o caso das imagens nodulares a nível das metacarpo-falângicas e interfalângicas proximais se acompanhadas de zonas de hiperfixação nas articulações contralaterais e nos carpos.

Em dois dos nossos casos, o exame cintigráfico permitiu afastar a hipótese de reumatismo psicogénico, diagnosticar a presença de fenómenos inflamatórios e avançar a hipótese de artrite reumatóide que a evolução ulterior veio confirmar (fig. 4 e 5).

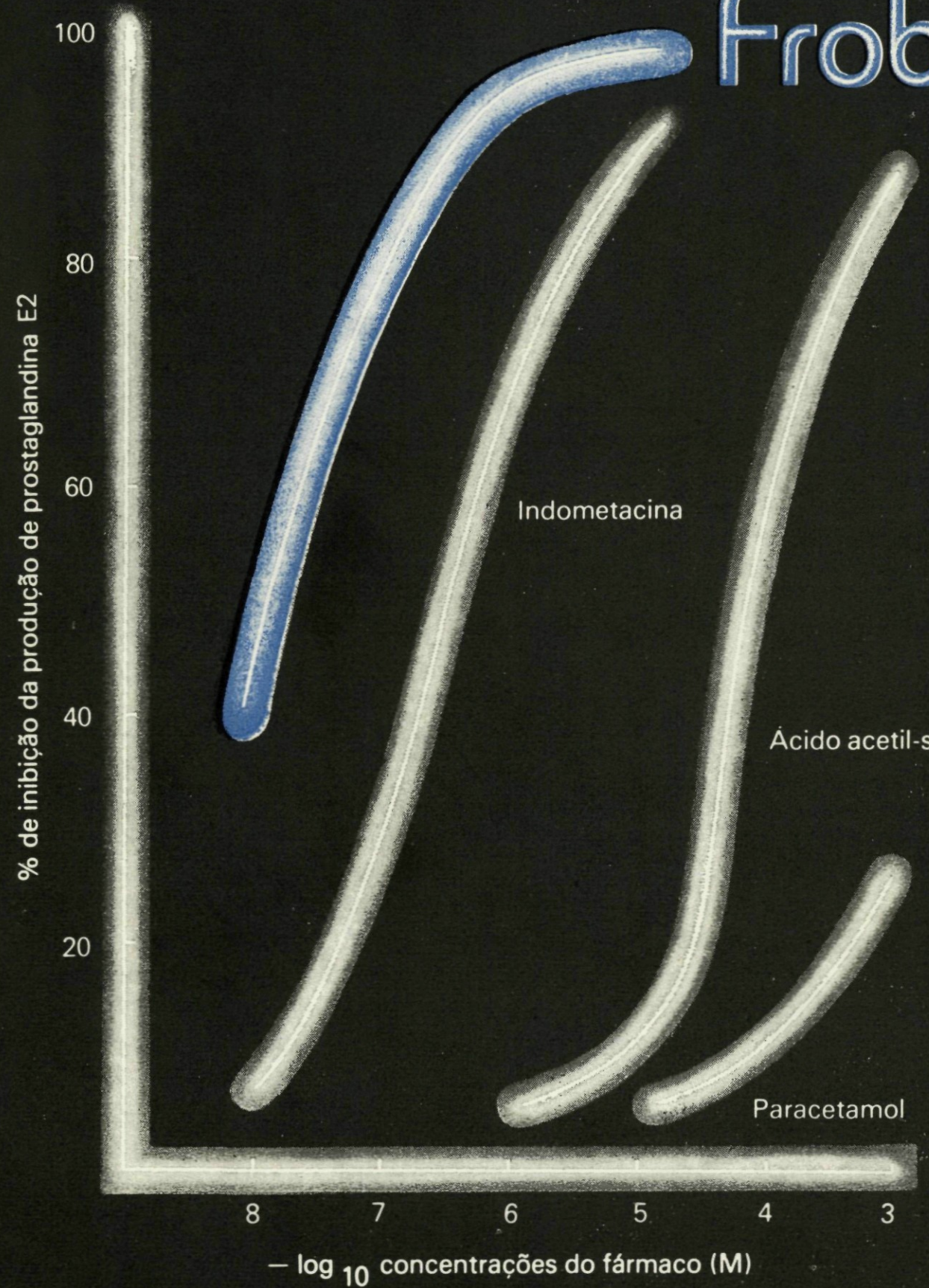
As imagens «falsamente» positivas que observamos em processos degenerativos, e já referidas por outros autores (44, 61, 72, 74) podem explicar-se pela realização do exame nas ocasiões em que estava presente uma inflamação secundária, como sucedeu num dos nossos casos. Deve ter-se em conta, por exemplo, que as imagens cintigráficas dos nódulos de Bouchard inflamados podem simular as imagens que se abtêm nalguns casos de artrite reumatóide. Lembremo-nos também que um engurgitamento

NOVO

Froben

antirreumático potente
antiprostaglandínico potente

Froben





Froben

antirreumático potente
antiprostaglandínico potente

F-100



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



PARACÉLSIA
Indústria farmacéutica SARL
Porto

venoso foi encontrado por flebografia em doentes artrósicos o que pode explicar o facto.

Com esta técnica podemos objectivar a inflamação nas fases iniciais, por vezes mesmo em fase subclínica como sucedeu com um dos nossos casos (fig. 3), e avaliar a regressão nas fases de acalmia da doença (3, 4) ou a resposta à terapêutica anti-inflamatória (6, 11, 23, 35, 40, 42, 44, 57, 58, 61, 62, 72, 74, 77, 95, 102). Pode servir ainda para avaliarmos os resultados das sinovectomias (56, 59, 84) ou do emprego dos sais de ouro (74, 84).

Quer-nos parecer devermos insistir que as imagens por nós obtidas nos processos inflamatórios guardam relação com a actividade da inflamação, o que, aliás, tem sido descrito (71, 73), considerando até diversos autores ser um método mais sensível que a avaliação clínica (17, 35, 56, 61, 62, 77).

Afigura-se-nos ainda indispensável focarmos a importância de se estudarem as articulações simétricas pois, podendo-se detectar inflamações subclínicas ou «mudas» (56, 57, 74), teremos sempre a possibilidade de descobrirmos uma situação bilateral que nos poderá orientar para um diagnóstico precoce de artrite reumatóide (fig. 3), o que sucedeu com um dos nossos casos cuja evolução veio confirmar a hipótese então colocada.

Também em Medicina do Trabalho e nos acidentados das companhias de seguros, pode este método, em determinados casos mal esclarecidos ou suspeitos, trazer grande auxílio para uma orientação e avaliação correcta dessas situações. Lembremos a este propósito o interesse deste método para o diagnóstico diferencial com os reumatismos psicogénicos.

Um outro aspecto é o facto de não guardar relação obrigatória com as lesões radiológicas (59, 100). Como sabemos, as articulações atingidas pelas doenças reumáticas inflamatórias tendem para a anquilose. É intuitivo que, à medida que as lesões radiológicas ósseas se agravam e avançam para a anquilose, diminui a extensão do processo inflamatório. Quer dizer, o interesse fundamental deste método reside precisamente na importância de que se reveste o seu emprego nas fases iniciais (61).

A utilização do ião pertecnetato tem-nos permitido ainda continuar o estudo das glândulas salivares nos doentes com artrite reumatóide que há tempos iniciámos (29, 53). Uma única administração de ^{99m}Tc -pertecnetato permite-nos um estudo sequencial articular e das glândulas salivares como, aliás, já outros autores tentaram (93).

Não nos podemos admirar das imagens obtidas em relação às articulações sacro-iliacas. Em primeiro lugar não havia sinais clínicos de sacro-iliite; em segundo lugar, porque temos obtido muito melhores resultados com os polifosfatos do que com o pertecnetato. As imagens de difícil interpretação devem-se à sobreposição de diversas estruturas que dificultam vulgarmente uma boa interpretação (29).

Não nos devemos esquecer, finalmente, que é um método auxiliar de diagnóstico; temos, pois, que saber muito bem em que circunstâncias deve ser pedido e temos ainda obrigação de sabermos quais as informações, positivas ou negativas, que desejamos que este método nos forneça.

RÉSUMÉ

Dans le développement des études précédents, les AA présentent son expérience dans le champ d'application des techniques scintigraphiques adaptées à la rhumatologie utilisant technetium pertechnetate.

Ils essayent de rehausser l'intérêt du méthode pas seulement dans le diagnostic precoce du processus inflammatoire mais aussi dans quelques cas d'orientation nosologique, *inclusivement* dans le depiste des affections de base psychogenic.

Ils considerent aussi que la technique gammagraphique c'est un des methodes que mieux et plus prématurément objective la présence du processus inflammatoire et que mieux permet d'étudier l'évolution du procès pendant l'action thérapeutique avec des anti-inflammatoires.

SUMMARY

In the development of preliminary studies, the AA present their experience in the field of the applications of scintigraphic techniques adapted to rheumatology, using technetium pertechnetate.

They try to raise the interest of the method not only in premature diagnostic of the inflammatory process, but also in some cases of nosological orientation including in the detection of the affections of psychogenic base.

They still consider that the isotope technique is one of the methods that better and more prematurely objective the presence of the inflammatory process and that better allowed to study the evolution of the process during a therapeutic action with anti-inflammatories.

BBLIOGRAFIA

1. ALARCÓN-SEGOVIA, D.; CERVANTES, A.; TOVAR, E. — «Painful Baker's cysts. Differential diagnosis by scintillation scanning with Technetium Tc 99 m» — *J. Am. Med. Ass.*, 210: 555, 1969.
2. ALARCÓN-SEGOVIA, D.; TRUJEQUE, H.; TOVAR, H.; ADAME, M. A. — «Scintillation scanning of joint with Technetium 99m» — *Arth. & Rheum.*, 10: 262, 1967.
3. AMBANELLI, U.; UGOLOTTI, G.; NERVETTI, A.; TROISE, W. — «Valoración crítica de los exámenes isotópicos en el campo reumatológico. Ventajas y límites de las técnicas escintigráficas y escintigrafías» — *Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteoart.*, 10: 75, 1973.
4. AMBANELLI, U.; UGOLOTTI, G.; NERVETTI, A.; TROISE, W. — «Évaluation isotopique quantitative de la phlogose articulaire» — *Rev. Rhum.*, 40: 419, 1973.
5. AYRES DE SOUSA, L. — «Aspectos radiológicos nas afecções reumáticas». *Intervenções nas V Mesas Redondas Médicas dos Açores e no 1.º Curso Intensivo de Reumatologia*, 1977.
6. BACON, P. A.; COLLINS, A. J.; RING, E. F. J. — «Quantitative thermography in the assesment of rheumatoid arthritis and gout». *Acta Reum. Port.*, 11 (2): 131, 1974.
7. BALL, J. — «Serum factor in rheumatoid arthritis agglutinating sensitised sheep red cells». *Lancet*, 2: 520, 1950.
8. BARRÉ, A. H. — «Subcutaneous temperature: a new method of non-invasive sensing». *Science*, 190: 669, 1975.
9. BAUER, G. C. H. — «The use of radionuclides in orthopedics — Part IV — Radionuclide scintimetry of the skeleton». *J. Bone Jt. Surg.*, 50A: 1681, 1968.
10. BAYLISS, C. E.; DAWKINS, R. L.; CULLITY, G.; DAVIS, R. E.; HOULISTON, J. B. — «Laboratory diagnosis of rheumatoid arthritis. Prospective study of 85 patients». *Ann. Rheum. Dis.*, 34: 395, 1975.
11. BERRY, H.; BROWETT, J. P.; HUSKISSON, E. C.; BACON, P. A.; WILLOUGHBY, D. A. — «Measurement of inflammation». *Ann. Rheum. Dis.*, 32: 95, 1973.
12. BOARDMAN, P. L.; HART, F. D. — «Clinical measurement of the anti-inflammatory effects of salicylates in rheumatoid arthritis». *Brit. Med. J.*, 4: 264, 1967.
13. BOERBOOMS; BUYS — «Rapid assesment of ^{99m}Tc-Pertechnetate uptake in the knee joint as parameter of inflammatory activity» — *Abstract 16-01, Supp. 8, Scand. J. Rheum.*, VIII European Rheum. Cong., Helsinki, 1975.
14. BOX, P.; HERRON, J.; TURNER, R.; GREEN, H.; ELSNER, W. — «Electromyography (EMG), peripheral nerve conduction velocity (PNCV) and peripheral vascular studies (PVS) in rheumatoid arthritis». *XIV Int. Cong. Rheum. Abstract 550, San Francisco, 1977.*
15. CHAOUAT, Y.; FAURES, B.; KANOVITCH, B.; GINET, C. L.; ZECER B.; CHOUCANE, A.; TREMOULET, O. — «Les manifestations rhumatismales du syndrome de Gougerot-Sjogren». *Rev. Rhum.*, 44 (7-9): 461, 1977.
16. COHEN, Y.; BONNETON, C. R.; ROUCAYROL, J. C. — «Etude de la localisation intrarticulaire du (99m) Tc par adaptation de l'autoradiographie a la detection des isotopes a période courte». *Nucl. Med. (Stuttg.)*, 12 (3): 225, 1973.
17. COLLINS, K. E.; DEODHAR, S.; NUKI, G.; WHALEY, K.; BUCHANAN, N. W.; DICK, C. W. — «Radioisotope study of small joint inflammation in rheumatoid arthritis». *Ann. Rheum. Dis.*, 30: 401, 1971.

1932----->1978-----



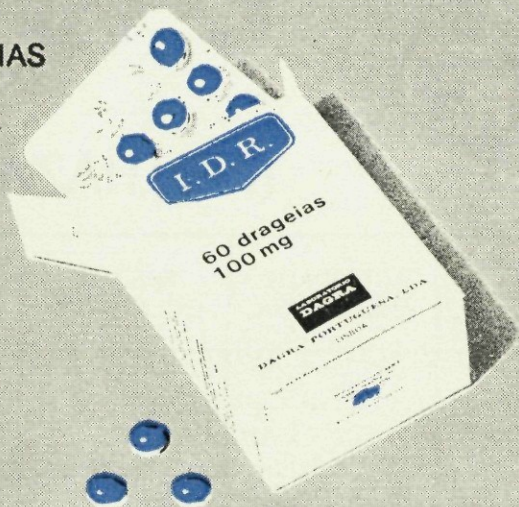
(FENTIAZAC)

	FÓRMULA	ACTIVIDADE ANTI-INFLAMATÓRIA	ACTIVIDADE ANALGÉSICA	EFEITOS COLATERAIS	RAPIDEZ DE ACÇÃO
1932 ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO		**	***	•••	40'
1948 FENIL BUTAZONA		***	***	•••	>60'
1960 INDOMETACINA		****	***	•••	60'
1972 IBUPROFEN		**	****	••	45'
1978 FENTIAZAC I.D.R.*		***	****	•	30'



DAGRA PORTUGUESA, LDA.
Largo João Vaz, 11 - Lisboa
R. Gonçalo Sampaio, 216 - Porto

DRAGEIAS



POR DIA

SUPOSITÓRIOS



POR DIA



O principio activo do I.D.R. é uma nova molécula de síntese, o ácido 2-fenil-4p. clorofenil-tiazol-5-ilacético: uma substância que acompanha a acção anti-inflamatória (anti-edemigena e antigranulomatosa) com uma actividade analgésica e antipirética.

O ácido 2-fenil-4p. clorofenil-tiazol-5-ilacético é uma molécula heterocíclica não esteróide: não determina fenómenos imunodepressivos. O notável interesse que I.D.R. apresenta na terapêutica dos processos inflamatórios, é reforçado pelo seu excelente índice terapêutico: o seu principio activo, com efeito, possui uma acção anti-inflamatória, anti-álgica, anti-pirética, significativa, mesmo quando comparada com moléculas muito notoriamente anti-inflamatórias e, correspondentemente, apresenta uma tolerância invulgar em fármacos deste género.

I.D.R. foi comprovado, não só farmacologicamente com os clássicos ensaios sobre toxicidade aguda, sub-aguda e a longo prazo, mas também clinicamente com particular atenção para com o parênquima hepático e renal: a retenção da BSF, a actividade enzimática (LDH, SDH, GLDH, SGOT, SGPT, aldolase, fosfatase alcalina), a bilirrubinémia, as proteínas séricas, a actividade protrombínica, atentamente estudadas, demonstraram que a funcionalidade hepática não é de modo algum comprometida, mesmo quando a administração é prolongada; analogamente, a função uropoiética e a crase hemática, em todos os doentes examinados, não apresentaram alterações significativas.

As características farmacodinâmicas do I.D.R. e a sua óptima tolerância, fazem deste fármaco um medicamento invulgarmente útil em todos os estados caracterizados por flogose, dor e hipertermia.

INDICAÇÕES

Anti-inflamatório (anti-edemígeno e antigranulomatoso), em medicina interna, cirurgia e ortopedia, ginecologia, especialmente quando é necessária também uma acção analgésica ou antipirética.

COMPOSIÇÃO

Drageias

Cada drageia contém:

Acido 2-fenil-4p. clorofenil-tiazol-5-ilacético	0,100g
Excipiente	q. b.

Supositórios

Cada supositório contém:

2-fenil-4p. clorofenil-tiazol-5-ilacetato de cálcio (equivalente a 0,200g de ácido 2-fenil-4p. clorofenil-tiazol-5-ilacético).	0,212g
Excipiente	q. b.

POSOLOGIA

Drageias: 1 drageia três vezes por dia, às refeições.

Supositórios: 1 ou 2 supositórios por dia.

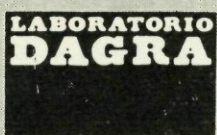
ADVERTÊNCIA:

O uso de fármacos anti-inflamatórios em doentes gástricos pode dar lugar a possíveis efeitos colaterais.

APRESENTAÇÃO

Caixas com 30 e com 60 drageias

Caixa com 10 supositórios.



DAGRA PORTUGUESA, LDA.

18. COLLINS, A. J.; DING, E. F. J.; COSH, J. A.; BACON, P. A. — «Quantitation of thermographic index. I. The thermographic index» — *Ann. Rheum. Dis.*, 33: 113, 1974.
19. DELBARRE, F.; ROUCAYROL, J. C.; MENKES, C. J.; PRIN, P.; INGRAND, J.; AIGNAM, M. — «Intérêt de l'arthroscintigraphie au Technetium 99mTc, par voie intraveineuse dans l'étude des processus inflammatoires», *Rev. Rhum.*, 38: 91, 1971.
20. DEODHAR, S. D.; DICK, W. C.; HODGKINSON, R.; BUCHANAN, W. W. — «Measurement of clinic response to anti-inflammatory drug therapy in rheumatoid arthritis». *Quart. J. Med. N. Z.*, 42: 387, 1975.
21. DICK, W. C.; NEUFELD, R. R.; PRENTICE, A. G.; WOODBURN, A.; WHALEY, K.; NUKI, G.; BUCHANAN, W. W. — «Measurement of joint inflammation. A radioisotopic method». *Ann. Rheum. Dis.*, 29: 135, 1970.
22. DICK, W. C.; GRAYSON, M. F.; WOODBURN, A.; NUKI, G.; BUCHANAN, W. W. — «Indices of inflammatory activity. Relationship between isotopes studies and clinical methods», *Ann. Rheum. Dis.*, 29: 643, 1970.
23. DICK, W. C.; NEUFELD, R.; GRAYSON, M.; PRENTICE, A.; WOODBURN, A.; WHALEY, K.; NUKI, G.; BUCHANAN, W. W. — «Assessment of clinical methods of evaluation and isotope techniques in analgesic trials in rheumatoid arthritis». *Ann. Rheum. Dis.*, 29: 566, 1970.
25. DORWART, B. B.; HEBERT, J.; SCHUMACHER, H. R.; ABDU, N. I. — «Cellular and humoral immune parameters of synovial fluid and blood in rheumatoid arthritis». *J. Rheumatol.*, 2: 363, 1975.
26. EBER, O.; GEABEL, R.; KLEIN, G.; WASCHER, H. — «Gelenkzintigraphie bei der polyarthritits Progressiva Cronica». *Abstract 567, XII Cong Rheum. Int.*, Praha, 1968.
27. ELL, P. J. — «Importância do Tc99m em Medicina». *Med. Universal*, 17: 124, 1974.
28. FIGUEIRINHAS, J.; MAGALHÃES, E. M. — «A artroscintigrafia da mão reumatóide». *Acta Reuma. Port.*, IV (3-4), 1976.
29. FIGUEIRINHAS, J. — «Cintigrafia em patologia ósteo-articular». Intervenção na mesa redonda sobre «Cintigrafia e Exames Dinâmicos» da Cadeira de Patologia Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 1978. (Para publicação).
30. FIGUEIRINHAS, J.; QUEIROZ, M. V. — «The Xeroradiography and Rheumatoid Arthritis». Livro de Resumos das «XII Jornadas Chilenas de Reumatologia. II Jornadas Internacionales». Osorno, 1976.
31. FIGUEIRINHAS, J.; QUEIROZ, M. V. — «A Xeroradiografia na Artrite Reumatóide». Comunicação apresentada ao II Congresso Português de Reumatologia. *Acta Reuma. Port.* IV (3-4), 1976.
32. FIGUEIRINHAS, J. e PASSOS ÂNGELO, E. — «A Xeroradiografia nas afecções reumáticas. Generalidades». *Acta Reuma. Port.*, III (4): 139, 1975.
33. FUDENBERG, H. H.; STITES, D. P.; CALDWELL, J. L.; WELLS, J. V. — «Basic & Clinical Immunology». Lange Medical Publications, Los Altos, California, 1976. pg. 336.
34. GOMEZ CARPIO, M.; JUNEMANN, C.; PERALES, J.; CROIZET, V. A. — «Aporte de la biopsia en la artritis reumatóidea». *Rev. Méd. Chile*, 104: 17, 1976.
35. GREEN, F. A.; HAYS, M. T. — «Joint scanning». *Abstract 565, XII Cong. Int. Rheum.*, Praha, 1969.
36. GREEN, F. A.; HAYES, M. T. — «Joint scanning mechanism application». *Arth. & Rheum.*, 12: 299, 1969.
37. GREEN, F. A.; HAYS, M. T. — «The Perthechnetate joint scan. II — Clinical Correlations» — *Arth. Rheum. Dis.*, 31: 278, 1972.
38. GRENAN, D. M.; ZIETLIN, I. J.; BUCHANAN, W. W.; DICK, W. C. — «The effects of the inflammatory mediators on the normal synovial vasculature using an isotopic technique». *Abstract 16-07. VIII Europ. Rheum. Congr. Helsinki*, 1975.
39. HART, F. D.; HUSKISSON, E. C. — «Measurement in rheumatoid arthritis». *Lancet* I: 29, 1972.
40. HAYS, M. T.; GREEN, F. A. — «The Perthechnetate joint scan». *Ann. Rheum. Dis.*, 31, 272, 1972.
41. HUSKISSON, E. C. — «La mesure de la maladie», «Comptes rendus du Symposium International de Rhumatologie». Fondation Carlo Erba, Milan, (pg: 124), 1974.
42. HUSKISSON, E. C.; BERRY, H.; BROWETT, J. P.; WIKENAM BALME, H. — «Measurement of inflammation — II - Comparison of Technetium clearance and thermography with standard methods in a clinical trial». *Ann. Rheum. Dis.*, 32: 99, 1973.
43. JOHNSON, G. D.; MORAN, H.; HOLBOROW, E. J. — «Diagnostic value of immunofluorescent (IF) tests for complement-fixing (CF) antibodies to nuclear antigens». *XIV Int. Cong. Rheum. Abstract 5111. San Francisco*, 1977.
44. KARJALAINEN, P.; KETTUNEN, K.; HOLOP AINEN, T. — «Radio Technetium (Tc 99m) uptake in normal and diseased knee joint». *Scand. J. Rheumatol.*, 1 (3): 141, 1972.
45. KRASKA, H.; SOULIER, W.; FALCK, J.; SORENSEN, H. — «Die Rheumatische Erkrackun in Bereich der Hand: Wertigkeit der Röntgenologisch-Szintigraphischen Diagnostic». *Abstract 16-12. VIII Europ. Rheum. Cong. Helsinki*, 1975.
46. KULONEN, E.; AALTO, M.; PIKKARAINEN, P. — «Structure and metabolism of collagen in rheumatoid arthritis». In: Muller, W. e col. «Rheumatoid Arthritis». Academic Press. London. 1977.
47. LANSBURY, J. — In Holander, «Arthritis and Allied Conditions». Lea & Febinger, Philadelphia, 1967.
48. LANSBURY, J. — «Report of a three-year study on the systemic and articular indexes in rheumatoid arthritis. Theoretic and clinical considerations». *Arth. & Rheum.* 1: 505, 1958.
49. LANSBURY, J.; HAUT, D. D. — «Quantitation of the manifestations of rheumatoid arthritis — 4. Area of joint surfaces as an index to total joint inflammation and deformity». *Ann. J. Med. Sc.*, 232: 150, 1956.
50. LANSBURY, J. — «Quantitation of the activity of rheumatoid arthritis — 5. A method for summation of the systemic indices of rheumatoid arthritis». *Ann. J. Med. Sc.*, 232: 300, 1956.
51. MAGALHÃES, E. M. — «Cintigrafia da mão na artrite reumatóide». Intervenção no 1.º Curso Intensivo da Reumatologia organizado pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Lisboa, 1977.
52. MAGALHÃES, E. M. — «Cintigrafia do Pé». Intervenção no 2.º Curso Intensivo de Reumatologia organizado pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia, Lisboa, 1978.
53. MAGALHÃES, E. M.; FIGUEIRINHAS, J. — «Cintigrafia sinovial». Comunicação apresentada à Reunião Internacional de Radioterapia, Medicina Nuclear e Ultrasonografia. Lisboa, 1977.
54. MAGALHÃES, E. M.; LOBO DA COSTA, N.; OLIVEIRA, E. A.; CARIA, M. M.; CARAPETO, H. A. — «Medicina Nuclear. 1 — Cintigrafia, Noções Gerais». *Rassegna Médica (Lisboa)* 51: 14, 1974.

55. MAINLAND, D. — «The estimation of inflammatory activity in rheumatoid arthritis — Roce of composite indices». *Arth. & Rheum.*, 10: 71, 1967.
56. MAKAI, F.; MAKAIOVA, I.; PIPA, V.; HUPUA, S.; CERVENANSKY, J. — «The possibility of an objective assessment of long-term results of synovectomies with ^{99m}Tc -Pertechnetate». *Abstracts 16-06*, VIII Europ. Rheum. Cong., *Helsinki*, 1975.
57. MAKAIOVA, I.; MAKAI, F.; SKUPENOVA, A.; HUPKA, S.; CERVENANSKY, J. — «The value of radiotechnetium examination of joint diseases». *«R»*, III: 26, 1973.
58. MAKAI, F.; SKUPENOVA, A.; MAKAIOVA, I.; PIPA, V. — «The use of ^{99m}Tc Technetium in the diagnosis of rheumatoid synovitis». *Abstracts 18-1*, VII Europ. Rheum. Cong., *Brighton*, 1971.
59. MARCOLONGO, R.; CARCASSI, A.; FRULLINI, F.; BIANCO, G.; BRAVI, A. — «Levels of serum immunoglobulins in patients with rheumatoid arthritis». — *Ann. Rheum. Dis.*, 26: 412, 1967.
60. MARX, J. L. — «Immunology: the role of Beta-2-microglobulins». *Science*, 185: 428, 1974.
61. MAXFIELD, W. S.; WEISS, T. E. — «Technetium — 99m joint images». *Radiology*, 92: 1461, 1969.
62. McCARTY, D. — « ^{99m}Tc Technetium scintiphography. Clinical applications». *Abstracts 568a*. XII Cong *Rheum. Int. Praha*, 1969.
63. McCARTY, D.; POLCYN, R. E.; COLLINS, P. A.; GOTTSCHAEK, A. — « ^{99m}Tc Technetium Scintiphography in Arthritis. I — Technic and interpretation». *Art. & Rheum.*, 13: 11, 1970.
64. McCARTY, D. J.; POLCYN, R. E.; COLLINS, P. A. — « ^{99m}Tc Technetium scintiphography arthritis. II — Nonspecificity and clinical and roentgenographic correlations in rheumatoid arthritis». *Arth. & Rheum.*, 13: 21, 1970.
65. MCGINTY, J. B. — «Closed circuite television in arthroscopy». *«R»*, número consacrado à l'Arthroscopie. Numéro Hors Série. *Paris*, 1976.
66. MENDES, A. — «Experiência portuguesa no estudo do sistema HLA em doentes reumáticos». Comunicação apresentada ao Simpósio sobre Doenças da Coluna. *Porto*, 1978.
67. MIKKELSEN, W. M.; DUFF, I. F.; CASTOR, C. W.; ZEVELY, H. A.; FRENCH, A. J. — «The diagnostic value of punch biopsy of the knee synovium». *Arch. Int. Med.*, 102: 977, 1958.
68. MORIYA, H.; KITAHARA, H.; MATSUI, N.; SHIMIZU, K. — «Arthroscopic findings in osteoarthritis of the knee joint». — Número consacrado à l'arthroscopie. Numéro Hors Série. *«R»*, 1976.
69. MORLEY, J.; WILLIAMS, T. J.; POSTE, M. E. — «A quantitative assay of increased vascular permeability in allergic inflammation and its use assessing anti-inflammatory agents». *Abstract 18-2*, VII Europ. Rheum. Congr. *Brighton*, 1971.
70. OBACH-BENACH, J.; RIPOLL, M.; FARGAS, R.; MARQUÉ, J.; BARCELÓ, P. — «Biopsia sinovial en la poliartritis reumatoide: su relación con la clinica y la inmunologia». *XIV Int. Cong. Rheum. Abstract 829*. *San Francisco*, 1977.
71. OCHOA, N.; FERNANDEZ DEL VALLADO, P.; GIJÓN BAÑOS, J.; BELTRÁN GUTIERREZ; SABANDO SUAREZ, P.; SANCHEZ MARTIN, J. A. — «Measurement of joint inflammation by radiotechnetium (^{99m}Tc)». *Abstract 16-02*, VIII European Congr. *Scand. J. Rheum. Supp*, 8 *Stockholm*, 1975.
72. OKA, M.; REKONEN, A.; RUOTSI, A. — «Technetium-99 in the study of rheumatic joint». *Acta Rheum. Scand.*, 16: 271, 1970.
73. OKA, M.; REKONEN, A.; RUOTSI, A. — «Tc-99m in the study of systemic inflammatory activity in rheumatoid arthritis». *Abstract 18-3*, VII Europ. Rheum. Congr. *Brighton* 1971.
74. OKA, M.; REKONEN, A.; RUOTSI, A.; KUIKKA, J. — «Measurement of systemic inflammatory activity in rheumatoid arthritis by the ^{99m}Tc method». *Scand. J. Rheum.*, 2: 101, 1973.
75. OMORI, S.; ITAMI, Y. — «Scintigraphic findings of rheumatoid arthritis». — *XIV Int. Cong Rheum.*, Abstract 569. *San Francisco*, 1977.
76. ORLOFF, S. — «Some new criteria for the evaluation of disease activity in rheumatoid arthritis». *Acta Rhum. Belg.*, 1: 263, 1977.
77. OZE, K.; SHICHIKAWA, K.; NISHIOKA, J. — «The application of radioisotope to the evaluation of the effects of drugs in rheumatoid arthritis». *Abstract 598*. XIII Int. Cong Rheum., *Kioto*, 1973.
78. PARKER, R. H.; PEARSON, C. M. — «A simplified synovial biopsy needle». *Arth. & Rheum.*, 6: 172, 1963.
79. PASSOS ANGELO, E.; FIGUEIRINHAS, J. — «Estudo de algumas afecções do pé através da Xeroradiografia». — *Acta Reuma. Port.*, VI: 35, 1978.
80. PASSOS ANGELO, E.; FIGUEIRINHAS, J. — «Xeroradiografia do pé reumático». Intervenção no 2.º Curso Intensivo de *Reumatologia* organizado pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia. *Lisboa*, 1978. (Para publicação).
81. PEKIN, T. J.; MALININ, T. I.; ZVAIFLER, N. J. — «Unusual synovial fluid findings in Reiter's syndrome». *Ann. Int. Med.*, 66: 677, 1967.
82. PELTIER, A. P.; DELBARRE, F.; KRASSININE, G. — «Haemolytic complement level and ragocytes (RA cell) concentration in synovial fluid». *Ann. Rheum. Dis.*, 26: 528, 1967.
83. PFANNENSTIEL, P.; SEMMLER, U.; WIEGMANN, A.; ADAM, W.; HALBSGUTH, A. — «Quantitative evaluation of joint scans by a visual, densitometric, and ROI-method». *Poster Session: Bone Joint no 2nd. Int. Congr. da World Federation of Nuclear Medicine and Biology — Washington*, 1978.
84. PILOSOFF, T.; ANDREEV, T.; MLUCHKOV, H. — «Clinical and articular scan of the curative effect of gold salts in the treatment of rheumatoid arthritis». *Abstract 16-05*. VIII Europ. Rheum. Congr., *Helsinki*, 1975.
85. PORTER, B. B.; NUKI, G.; BUCHANAN, N. W.; DICK, W. C. — «Synovial perfusion of clinically normal knee joints in patients with rheumatoid arthritis. — An isotope study». *Ann. Rheum. Dis.*, 29: 649, 1970.
86. PORTO, L. O. R.; RING, E. F. J.; BACON, P. A. — «Avaliação objectiva de inflamação por termografia». *Acta Reuma. Port.*, VI: 146, 1978.
87. PORTO, L. O. R.; GRABER, J.; RING, E. F. J. — «Estudo termográfico da mão reumatóide». *Acta Reuma. Port.*, VI: 147, 1978.
88. POULIK, M. D.; BLOOM, A. D. — «Beta-2-microglobulin production and secretion by lymphocytes in cultura». *J. Immunol.* 40: 1430, 1973.
89. RITCHIE, D. M.; BOYLE, J. A.; McINNES, J. M.; JASANI, M. K.; DALAKOS, T. G.; GRIEVESON, P.; BUCHANAN, W. W. — «Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis». *Quart. J. Med. N. S.*, 37: 393, 1968.
90. RODNAN, G. P.; YUNIS, E. J.; TOTTEN, R. S. — «Experience with punch biopsy of synovium in the study joint disease». *Ann. Int. Med.*, 53: 319, 1960.

QUANDO ESTÃO EM
JOGO AS ARTICULAÇÕES...

NOVO



NEOVIRENE

DIPIROCETIL (UCB 5080)

O anti-reumatisal
seguro, activo e inofensivo

Para uma terapêutica efectiva
em tratamentos prolongados



Representantes e distribuidores em Portugal:

ucb (PRODUTOS FARMACÉUTICOS), LDA.

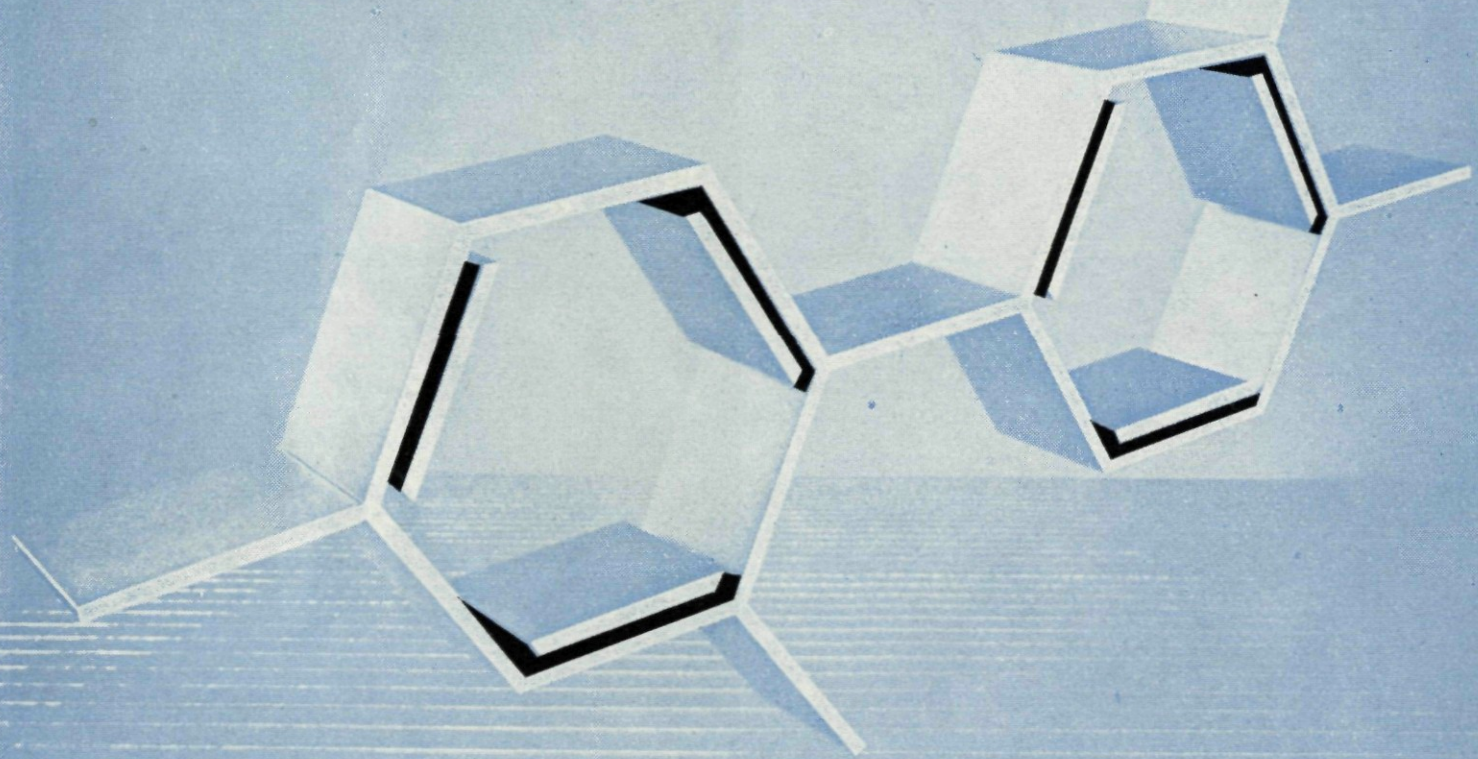
Rua Gregório Lopes-Lote 1597-1.º Andar - 1400 Lisboa
Telefs. 61 43 94/5/6 Telegramas UCEBAL Telex 14193-UCBAL P

NOVO

DA MERCK SHARP & DOHME

Dolobid*

(diflunisal, MSD)



UMA ESTRUTURA MOLECULAR ORIGINAL
PARA O ALIVIO DA DOR

- Altamente eficaz no alívio da dor
- Larga margem de segurança
- Acção inerentemente prolongada
- Simplicidade de administração: duas vezes ao dia

A pedido dos principais fornecedores, informações detalhadas sobre o produto.

MSD
MERCK
SHARP
&
DOHME

9-78 125 1000 1 1/2

91. ROPES, M. W.; BENNET, G. A.; COBB, S.; JACOX, R.; JESSAR, R. A. — «Diagnostic criteria rheumatoid arthritis, 1958. Revision». *Ann. Rheum. Dis.*, 18: 49, 1959.
92. SCHUMACHER, H. R.; KITRIDOU, R. C. — «Synovitis of recent onset. A clinicopathologic study during the first month of disease». *Arth. & Rheum.*, 15: 465, 1972.
93. SIMON, L.; SOUYRIS, F.; SUQUET, P.; BLOTMAN, F.; BRAMI, S.; LEHN, A.; ROUSSE, M. — «Les glandes salivaires au cours de la polyarthrite rhumatoïde». *Rev. Rhum.*, 43 (3): 185, 1976.
94. ST. ONGE, R. A.; DICK, W. C. — «Some applications of gama-emitting radioisotopes in rheumatology», in *Modern Trends in Rheumatology-2*. (pg. 60-77). Butterworths, London, 1971.
95. STURROCK, R. D.; NICHOLSON, R.; WOJTULEWSKY, J. A. — «Technetium counting in rheumatoid arthritis. Evaluation in the small joints of the hand». *Arth. & Rheum.*, 17: 417, 1974.
96. SZANTO, E.; RUDÉN, B. I. — «^{99m}Tc in evaluation of sacro-iliac arthritis». *Abstract 16-08*, VIII Europ. Rheum. Cong. *Helsinki*, 1975.
97. VILLALOBOS, H.; SANTIAGO RIVERO; IVAN IPINZA. — «Artrografia do ombro normal». *Rev. Med. Chile*, 104: 7, 1976.
98. WANTANABÉ, M. — «Recent advances in arthroscopy». Numéro consacré à l'arthroscopie. Numéro Hors Série. «R», 1976.
99. WEBB, J.; HOWE, G. B.; WELLS, J. V.; POLLARD, K. M.; FRY, B. — «Serological profiles and disease activity in systemic lupus erythematosus». *XIV Int. Cong. Rheum.* Abstract 808. *San Francisco*, 1977.
100. WEISS, T. E.; MAXFIELD, W. S. — «Five years experience with joint scanning using radioactive isotopes», *Abstract 566*. XII Congr. Rheum. *Int. Prapa*, 1969.
101. WEISS, T. E.; MAXFIELD, W. S.; MURISON, P. J.; HIDALGO, J. U. — «Scintillation scanning in rheumatoid arthritis», *Sth. Med. J.*, 59: 484, 1966.
102. WHALEY, K.; PACK, A. I.; BOYLE, J. A.; DICK, W. C.; DOWNIE, W. W.; GILLESPIE, F. C. — «The articular scan in patients with rheumatoid arthritis: a possible method of quantitating joint inflammation using radio-technetium». *Clin. Sci.*, 35: 547, 1968.
103. YUNG CHENG — «Arthroscopy of the ankle joint». Numéro consacré à l'arthroscopie. Numéro Hors Série. «R», 1976.

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

AZATIOPRINA NO TRATAMENTO DA
ARTRITE REUMATÓIDE

M. VIANA QUEIRÓS (*)

Resumo: A Azatioprina utilizada no tratamento de formas severas de Artrite Reumatóide, resistentes à terapêutica convencional, mostrou-se eficaz num ensaio com seis meses de duração. Essa eficácia foi comprovada por uma redução do número de articulações comprometidas, da rigidez matinal, dos valores da velocidade de sedimentação, e por um aumento da força de preensão.

Neste ensaio comprovou-se o «steroid-sparing effect» do fármaco, já verificado por outros autores.

O facto da azatioprina se mostrar activa em metade da sua dose habitual, leva-nos à suposição de que, provavelmente, não será lógico nem vantajoso administrar na Artrite Reumatóide, doses superiores a 75 mg/dia deste fármaco.

A Azatioprina, um antimetabolito análogo das purinas, é um agente específico de fase, que deriva da 6-Mercaptopurina, por introdução na molécula desta substância de um radical nitroimidazólico (1). (Fig. 1).

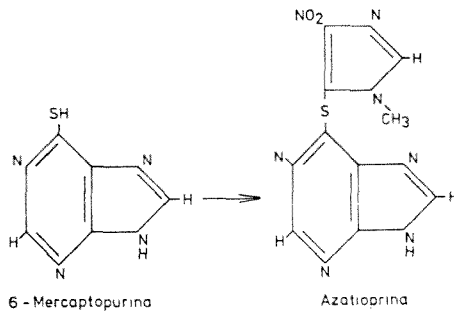


Fig. 1

(*) Reumatologista do Núcleo de Reumatologia do Serviço de Medicina IV (Dir.: Prof. Fernando de Pádua). H. Sta. Maria — Lisboa.

Interfere com o ciclo das purinas bloqueando, provavelmente, reacções enzimáticas essenciais à síntese do A.D.N., e inibindo a interconversão de bases purínicas, particularmente do ácido inosínico em ácido guanílico (1).

Tem um efeito linfotóxico primário sobre a fase proliferativa das células T e B, e reduz o número de neutrófilos e de monocitos circulantes (3).

É possível que os efeitos terapêuticos do fármaco não se devam, exclusivamente, à sua acção depressora sobre as células imunologicamente competentes. Com efeito, a acção sobre os neutrófilos e monocitos circulantes poderá explicar, ainda que parcialmente, a sua actividade anti-inflamatória (3).

Não obstante o seu mecanismo de acção não ser inteiramente conhecido, a verdade é que, desde o início da década de 70, a Azatioprina se vem utilizando, com eficácia, no tratamento de algumas doenças reumáticas em particular da Artrite Reumatóide. Dos numerosos trabalhos publicados, destacamos os de Mason (4) e Urowitz (7).

Após os trabalhos dos grupos de Urowitz (8) e de Cade (2), parece demonstrar-se que o fármaco administrado em metade da sua dose habitual, é igualmente activo no tratamento da Artrite Reumatóide, com a vantagem de apresentar menor número de efeitos adversos.

A associação destes factos levou-nos a utilizar a Azatioprina no tratamento de formas severas e activas de Artrite Reumatóide, resistentes à terapêutica convencional.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram admitidos neste estudo 15 doentes, treze do sexo feminino e dois do sexo masculino, portadores de formas clássicas e definidas de Artrite Reumatóide. Os critérios de diagnóstico utilizados foram os da American Rheumatism Association (5). Todos os doentes pertenciam aos grupos III e IV da classificação funcional de Steinbrocker (6).

As idades limites dos doentes variaram entre os 35 e os 66 anos, sendo a idade média de 54,3.

A duração da doença variou entre os 3 e os 25 anos, sendo a duração média de 12,5 anos.

Os Critérios de Inclusão no Ensaio, foram:

- A idade superior a 18 anos;
- A duração da doença superior a 6 meses;
- A falência do controlo clínico-laboratorial, com a terapêutica convencional.

Consideramos terapêutica convencional, o repouso, a fisioterapia, a associação de anti-inflamatórios não esteróides e prednisolona em doses máximas de 7,5 mg por dia e, ainda, a crisoterapia.

Todos os doentes haviam previamente tomado sais de ouro que, entretanto, abandonaram por efeitos adversos (estomatites e dermatites em 10 casos e proteinúria superior a 1 g nas 24 horas em 5 doentes). Tanto

quanto possível a terapêutica anti-inflamatória foi estandardizada e consistiu, por via de regra, no emprego de um dos derivados do ácido propiônico, eventualmente associado a um derivado do indol.

O período de «wash-out» entre o fim da crisoterapia, e o início da azatioprina, foi sempre superior a 6 meses.

Consideramos como critérios de exclusão:

- As formas prováveis e possíveis de Artrite Reumatóide;
- O risco de gravidez;
- Os valores séricos de ureia iguais ou superiores a 60 mg%, bem assim a anormalidade de outros testes da função renal;
- Os testes da função hepática anormais;
- As alterações hematológicas, particularmente as leucopenias e as trombocitopenias inferiores, respectivamente, a 4.000 e 150.000 elementos por mm³;
- A concomitância de outras doenças gerais graves.

No início da terapêutica os doentes foram submetidos a um **protocolo clínico-laboratorial** que incluiu:

- Anamnese e exame objectivo;
- Hemograma completo, VS, glicose, ácido úrico, lípidos totais, colesterol e triglicérides, estudo das funções renal e hepática, estudo sumário da coagulação, electroforese das proteínas e pesquisa dos factores reumatóides IgM;
- Radiogramas das mãos, dos pés, do tórax e gastro-duodenal.

A azatioprina (IMURAN®)* foi administrada na dose total de 75 mg por dia (metade da dose clássica), fraccionada em três doses parcelares de 25 mg, tomadas no fim das três refeições principais. A duração do tratamento foi de 6 meses. No 1.º mês do tratamento, os doentes estiveram sujeitos a internamento hospitalar.

A Avaliação da Actividade da Doença, fez-se pela análise dos seguintes parâmetros:

- Número de articulações comprometidas;
- Duração da rigidez matinal;
- Força de preensão;
- Valores da VS;
- Eventual redução na dose dos esteróides.

IMURAN® — Gentilmente cedido para este ensaio pelo Lab. Wellcome.

Consideramos uma articulação comprometida, na presença, pelo menos, de dois, dos três critérios seguintes: dor, sinais inflamatórios e limitação de movimentos. Para a contagem do número de articulações comprometidas, as pequenas articulações das mãos e dos pés, foram consideradas como uma unidade.

A duração da rigidez matinal foi medida em minutos, excluindo-se os valores superiores a 360', a fim de se não exagerar a variação dos resultados.

A força de preensão foi medida com a ajuda de um esfigmomanómetro, e para a quantificação de velocidade de sedimentação foi seguido o método de Westergren.

A Vigilância da Terapêutica fez-se com controlos clínicos semanais no decurso do 1.º mês do tratamento, quinzenais nos 2.º e 3.º meses, e mensais a partir do 1.º trimestre.

Com uma periodicidade igual à do controlo clínico, os doentes fizeram análises: hemograma com plaquetas e urina das 24 horas para tipo II e proteínúria. Mensalmente repetiram o protocolo laboratorial realizado no início do tratamento.

No final do tratamento repetiram os radiogramas das mãos, dos pés, do tórax e gastro-duodenal.

RESULTADOS

Completaram os seis meses de tratamento, doze dos quinze doentes inicialmente admitidos ao ensaio. A azatioprina melhorou significativamente os diferentes parâmetros estudados. Assim:

O Número de Articulações Comprometidas que, inicialmente, tinha um valor médio de 13,3, passou ao termo dos seis meses de tratamento para um valor médio de 6,7. A percentagem de redução foi de 50,3%. (Fig. n.º 2).

A Duração da Rigidez Matinal, inicialmente com um valor médio de 165 minutos, era no final do ensaio de 75 minutos, em média. A percentagem de redução foi de 45,4%. (Fig. n.º 3).

A Força de Preensão inicialmente de 73 mm de mercúrio, em média, aumentou para um valor médio de 147 mm. A percentagem de aumento deste parâmetro foi de 49,6%. (Fig. 3).

A Velocidade de Sedimentação passou de um valor médio de 65,6 mm, no início do tratamento, para um outro de 32,1 mm, em média, no final do ensaio. A percentagem de redução foi de 48,9%. (Fig. n.º 3).

Finalmente no que diz respeito à **Terapêutica Esteróide**, foi possível passar do valor inicial de 7,5 mg/dia de prednisolona, para metade da dose em todos os doentes, excepto em dois.

Efeitos Adversos — Dos três doentes que não completaram o ensaio, dois fizeram-no por efeitos adversos suficientemente importantes para não reiniciarem a terapêutica. Um doente abandonou o tratamento por aparecimento irregular na consulta, tornando impossível o seu controlo. Os dois

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
LISBOA 5

• Marca registada ®

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)



Fig. 2 — N.º de articulações comprometidas (valor médio).

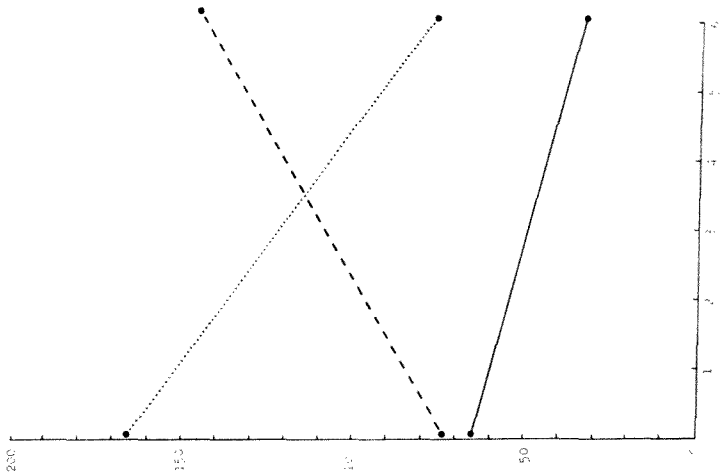
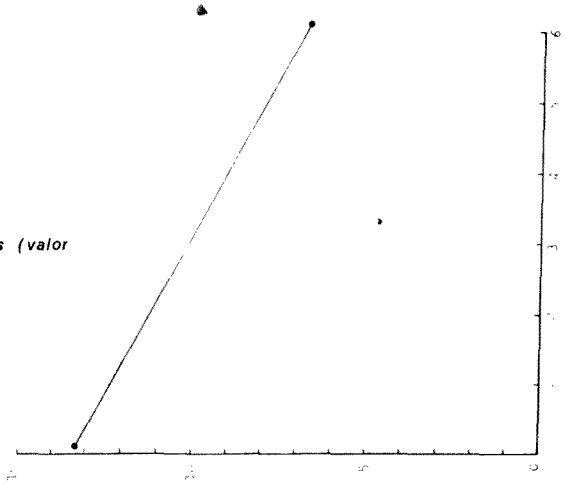


Fig. 3 — Duração da rigidez matinal em minutos (VM) — preto. Força de apreensão em MM Hg (VM) — tracejado. Velocidade de sedimentação em MM — ponteadado.

doentes que interromperam a azatioprina fizeram-no por depressão medular (leucopenia inferior a 3.000 leucocitos/mm³ e trombocitopenia inferior a 100.000 plaquetas/mm³), de que recuperaram após paragem do tratamento.

CONCLUSÕES

- A Azatioprina utilizada no tratamento de formas severas de Artrite Reumatóide, resistentes à terapêutica convencional, mostrou-se eficaz num ensaio com seis meses de duração. Essa eficácia foi comprovada por uma redução do número de articulações comprometidas, da duração da rigidez matinal, dos valores da velocidade de sedimentação, e por um aumento da força de prensão.

- Neste ensaio comprovou-se o «steroid-sparing effect» do fármaco, já verificado por outros autores.
- O facto da azatioprina se mostrar activa em metade da sua dose habitual, leva-nos à suposição de que, provavelmente, não será lógico nem vantajoso administrar na Artrite Reumatóide, doses superiores a 75 mg/dia deste fármaco.

Agradecimento:

Ao Dr. João Figueirinhas, pela colaboração no controlo clínico dos doentes durante o nosso período de férias, em Agosto de 1976.

RÉSUMÉ

L'Azathioprine, utilisée dans le traitement des formes sévères de la Polyarthrite Rhumatoïde, résistante à la thérapeutique conventionnel, s'est montrée efficace pendant un essai de six mois. Cette efficacité a été comprovée par une réduction du numéro d'articulations compromises, de la duration de la rigidité matinale, des valeurs de la vitesse de sédimentation et par une augmentation de la force de préhension.

Dans cet essai on a comprové le «steroid-sparing effect» du médicament, déjà verifié par d'autres auteurs.

Le fait de l'Azathioprine se montrer active à la moitié de son dosage habituel, nous amène à supposer que, probablement, il ne sera ni logique ni avantageux d'administrer des dosages supérieures à 75 mg/jour de ce médicament, dans la Polyarthrite Rhumatoïde.

SUMMARY

The Azathioprine used in the treatment of the severe forms of Rheumatoid Arthritis, resistant to the conventional medical treatment has shown himself efficacious in a trial of six months. This efficiency was confirmed by a decrease in the number of involved joints, on the duration of morning stiffness, in the values of the sedimentation rate and by an increase of the grip-strength.

This trial has shown the «steroid-sparing effect» of the medication already verified by other authors.

As the Azathioprine has been active in a half of its usual dosage, we suppose that it couldn't be neither logical nor advantageous, to give dosages up to 75 mg/day of this drug. in the Rheumatoid Arthritis.

BIBLIOGRAFIA

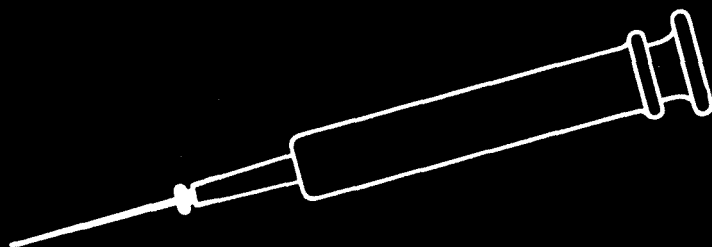
1. BERTINO, J. ET AL. — «Chemical action and pharmacology of methotrexate, azathioprine and cyclophosphamide». ARA Symposium Report. — *Arthr. Rheum.* 16, 1, 79, 1973.
2. CADE, R. ET AL. — «Low dose, long term treatment of rheumatoid arthritis with azathioprine» — *Southern Med. Journ.*, 4, 388, 1976.
3. FUDENBERG, H. ET AL. — «Basic & Clinical Immunology». *Lange Medical Publications* — Los Altos California, 1978.
4. MASON, M. ET AL. — «Azathioprine in Rheumatoid Arthritis» — *B. Med. J.* 1, 420, 1969.
5. ROPES, M. W. ET AL. — «Revision of diagnostic criteria for Rheumatoid Arthritis» — *Arthr. Rheum.* 2, 16, 1959.
6. STEINBROCKER, O. ET AL. — «Therapeutic criteria in Rheumatoid Arthritis» — *J. Amer. Med. Ass.*, 140, 659, 1949.
7. PROWITZ, M. B. ET AL. — «Azathioprine in Rheumatoid Arthritis — a double-blind cross-over study» — *Arthr. Rheum.* 16, 411, 1973.
8. UROWITZ, M. B. ET AL. — «Azathioprine in Rheumatoid Arthritis: a double-blind study comparing full dose to half dose». — *J. Rheumatol.* 1, 274, 1974.

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

SUPÓSITÓRIOS 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

**Para os testes qualitativos
e quantitativos**

Reagentes Reumatológicos

do Instituto Behring

**Para o diagnóstico
das doenças Reumáticas**

INSTITUTO BEHRING

E. Behring

BOLINTIN HOSPITAL ILFOV COUNTRY
THE VIRUS STUDY INSTITUT «STEFAN NICOLAU»
BUCKAREST — ROUMANY

AN EXPERIMENTAL STUDY CONCERNING THE IMMUNOLOGICAL EFFECT OF A PROTEIN LYSATE USED IN THE MEDICAL THERAPY

PRELIMINARY NOTE

GEO SAVULESCU (*) and GRIGORE GHYKA (**)

Summary: Rabbits has been injected with a proteinic lysate (PL), used as an antiinflammatory local agent in arthritis, containing heterologues polipeptides. The IDR and the immunodifusion (Mancini) show that PL is practically devoid of immunogenity. We used, as positive witness, the native horse serum and as negative witness, saline. We continue the experimnt by injecting animals with native horse serum. Rabbits immunised with horse serum produce high titres of antibodies anti-horse, but a very low level of anti-PL immunity was detectable both by IDD and Mancini. Finally the anaphylaxis was performed by intravenous inoculat on of native horse serum. The intravenous inoculation of PL was not able to start anaphylaxis. The proteinic lisate we use is different of other proteinic products used in medicine like polimicrobial lisate or/and tissue extracts which stimulate specifically or nonspecificaly the immune answer. PL has an positive effect (antiinflammatory) beeng devoided of immunogenicity.

Key words: Proteinic Lysate — Antiinflammatory agent
— Devoid of immunogenicity, animal.

INTRODUCTION

Protein Lysate containing peptides and polypeptides of low molecule weight have come into therapeutic use for various purposes. Using such produce in medical routine raises the problem of their immunogenity in the sense that, during prolonged treatments, the patient may immunopathologic reactions brought about by the therapeutic produce considered as an antigen. Such adverse reactions shoud be avoided regardless of the positive result obtained.

(*) Bolintin Hospital, Ilfov Country.

(**) The Virus Institute «Stefan Nicolau», Bucuresti (dirrector Prof. Dr. N. Cajal).

In the present paper we wish to show that with animals (rabbits) the injections of the Proteine Lysate (in the following PL) obtained by the hydrolysis of normal horse serum, a Proteine Lysate which is used in the treatment of rheumatic inflammatory affections (*) is not accompanied by the anti-PL immunity even if the PL doses are very large and repeated.

Since, as we have already mentioned, PL is obtained by the hydrolysis of the normal horse serum, tests were performed comparing immunogeneity to PL and native horse serum (to have a well-known antigen as witness).

MATERIAL AND METHOD

Use was made of rabbits weiting 2500-3000 g. Table I shows the inoculations and tests chronologically (starting with the 0 day of the experiment). PL has a protein content of 3-4mg/ml.

TABLE I

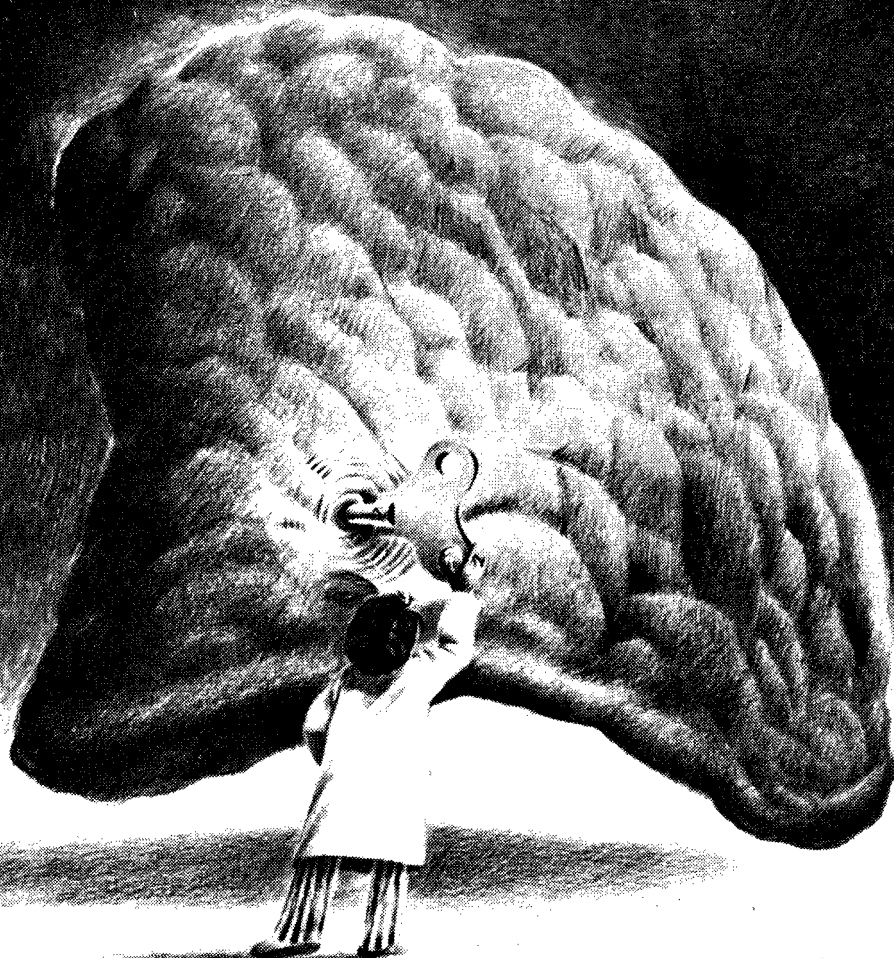
Day	Immunogen	Way of Inoculation	Testing
0	1 ml PL *	Intradermic	
16	1 ml PL	Intradermic	
28	0.1 ml saline 0.1 ml PL 0.1 ml horse s.	intradermic	IDR Serum (Mancini)
39	10 ml PL	Intradermic Intramuscular Subcutaneous	
60	10 ml PL	Idem	
81	10 ml PL	Subcutaneous Intramuscular	
105	10 ml PL	Idem	
125	1 ml PL	Intradermic	
139	0.1 ml saline 0.1 ml PL 0.1 ml horse s.	Intradermic	IDR Serum (Mancini)
182**	1 ml horse s.	Intradermic	IDR
192	1 ml horse s.	Intradermic	IDR
207	1.5 ml horse s. ***	Intravenous	Anaphylaxis Serum (Mancini)

* Two animals were given Freund adjuvant (DIFCO)-in-PL emulsion.

** Beginning with this day the testing was done only with horse s.

*** One animal (rabbit 3) was given 5 ml PL intravenously.

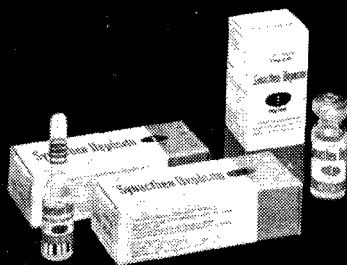
(*) One of us (Geo Savulescu) together with Dorina Fleschin, M. Vescan and Aurelia Cruceanu, presented at the 2nd Latin Congress of Rheumatology, Buckarest, September, 1976 (*Acta Reuma. Port.*, V (1): 9, 1977) very good results obtained by injecting Protein Lysate (PL) during the treatment of rheumatic inflammatory affections (a therapy suggested by Alex. Savulescu in the fifties, which was an older concern from the thirties). Mention should also be made of some other injected protein lysates used in therapy: «Myopeptide», suggested by the Endocrinology Institute of Bucarest; «Lysoartrosi» suggested by the Braglia laboratory — Milano.



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 fenômenos 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

The intradermoreaction (IDR) was performed by intradermic inoculations in the nape skin with horse serum, PL, and saline (a sure negative witness). To mention that each IDR represents a test reed after lapses of 24-48-72 hours and also a new inoculation by antigen.

Mancini reaction was performed on plates covered with 0,1 ml rabbit serum mixed with 2.5 ml agarosis 1% in saline. Samples of antigen (20 ml) were introduced into buckets of 6 mm diameter.

RESULTS

Tables II and III show the results of the experiment.

Table II describes the IDR with PL and with normal horse serum as compared to saline. In the last two tests by IDR only horse serum was used, for the purpose to have a sure proof of positive conventional response.

Mention should be made that with rabbit 1 the Arthus type reaction appear in 24 hours after the 182nd day inoculation and shows a necrosis of 30/50 mm which, in the following days, brings about the appearance of an abdominal abcess, by lynphangitis, at the distance of 60 mm. In 7 days the initial necrosis diminishes infiltration. With rabbits 2 and 3 the reaction is negative after 24 hours and becomes positive only after 72 hours by an eritematous swell of 20/20 mm, at the place of inoculation, which stays positive until 7th day since the inoculation.

With the 192nd day inoculation all three rabbits, continuing the experiment, give an intense Arthus reaction in 24 hours. This increases the following days and brings about abdominal abscesses connected by lymphangitis with the place of the necrosis.

TABLE II
IDR with the PL treated animals

Day	Rabbit 1 (F)		Rabbit 2 (F)		Rabbit 3		Rabbit 4	
	PL	Horse s.	PL	Horse s.	PL	Horse s.	PL	Horse s.
28	0	0	0	0	0	0	0	0
139	0	10 mm	2 mm	12 mm	0	0	0	0
182	nd	AR	nd	20 mm	nd	20 mm	Exit the	
192	nd	AR	nd	AR	nd	AR	178th day	

Note: nd = non-determined; AR = Arthus reaction.

12 days since the last intradermic inoculation by horse serum, the phenomena are still present preserving almost all their intensity (congestion and tumefaction reduced).

The humoral immunity by the immunodifusion in gel-by Mancini technique — can be seen in table III. It is obvious that after two inoculations by

TABLE III

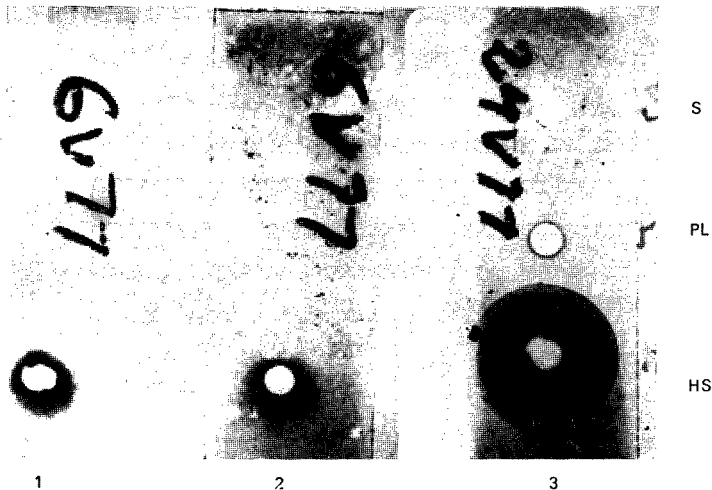
The Mancini Reaction with the PL Treated Animals

Day	Rabbit 1		Rabbit 2		Rabbit 3		Rabbit 4	
	PL	HS	PL	HS	PL	HS	PL	HS
28	0	0	0	0	0	0	0	0
139	0	8 mm	0	8 mm	0	0	0	0
207	6.4	22	6.4	22	6.4	23	Exit 178th day	

Note: 1) The 207th day test was performed after three successive inoculations with horse serum (HS) in 139th, 182nd, 192nd days.
 2) Each test was performed having as a certain positive witness a rabbit antihorse serum compared to a normal horse serum.

PL the response in negative both with PL and with horse serum. On the 139th day after eight inoculations by PL in a lapse of four months (four large dose inoculations) the response stays negative to PL to all four rabbits and only slightly positive to horse serum for the first two rabbits. On the other hand, on the 207th day the test produces a strongly positive response to horse serum for the three rabbits continuing the experiment and to PL there is a very small area of precipitation (see picture 1).

PICTURE I



Note: S = Saline, PL = Protein Lysate, HS = Horse Serum. Each test was performed mixed in the plate: 1) Saline (negatif witness), 2) 139th rabbit serum, 3) 207th rabbit serum.

On the 207th day from the first inoculation, after the drawing of serum for the Mancini reaction, the anaphylaxis was performed by the intravenous inoculation of 1.5 ml native horse serum. This inoculation was done to rabbit

1 and 2. The rabbit 3 was used for a trial anaphylaxis by inoculating 5 ml PL intravenously.

The first two rabbits were shocked immediately after the inoculation (2 minutes). The shock was accompanied by dispnea, sneezing and the impossibility to keep on their feet. 30 minutes after the symptoms are partially ameliorated (dispnea is reducing) and, after two hours and a half, the shock phenomena are ameliorated. 18 hours later the exit takes place.

The third rabbit shows a slight dispnea which ceases after 10-15 minutes. During this time its posture was normal with straight ears. After two hours and a half it behaves quite normally and has the same behavior the following days (it was examined on the 220th day of the experiment).

These results are in concert with a previous test performed on guinea-pigs.

CONCLUSIONS

From the above data we can draw the following conclusions:

PL given as such is practically devoid of immunogenity because in the serum of the inoculated animals we cannot detect the presence of specific antibodies by the Mancini reaction, both compared to PL and to the horse serum used as antigens.

This result is in concern with the intradermoreactions which shows that, by the cell-mediated immunity, anti-horse serum or anti-PL immunity is not stimulated either after repeated large-dose injections of PL.

Apparently the PL injected in association with complete Freund adjuvant causes, nevertheless, a very low level of immunity shown by very slight reactions anti-horse both by the Mancini reaction and IDR. This response does not appear if the antigen used in the two types of reactions is PL.

The results obtained so far are strikingly contradictory to the strong immunity which appears with the same animals after a reduced number of injections by horse serum (a particularly immunogen). After six weeks high titres of antibodies was produced, detectable by Mancini reaction and particularly strong biological reactions (Arthus, anaphylaxis and finally death). It is important to mention that, with the animals hiperimmune to horse serum, the intravenous injection of PL is not able to start anaphylaxis. This corresponds to the detection of a very low level of anti-PL antibodies by Mancini reaction on the 207th day (it differs from the result of the same test on the 139th day).

It is highly probable that PL contains small peptide chains which, as such, cannot stimulate the corresponding specific immunity. For the same reason, probably, with an animal hiperimmune anti-horse our antigen (PL) gives Ag/Ac immune complexes of very small size which are hard to distinguish by Mancini reaction and it doesn't bring about biologic phenomena of the immune complexes affection type as Arthus reaction.

In the near future we wish to continue this experiment, refining the test and to resume the experiment using a larger number of animals.

ACKNOWLEDGEMENT

We wish to express our thanks to Professor Dr. Stefan M. Milcu, member of the Rumanian Academy, for this invaluable support to the elaboration of this experiment.

We are also indebted to the whole staff of biological tests laboratory of the Institute of Endocrinology «C. I. Parhon» from Bucharest.

REFERENCES

1. SAVULESCU, G.; FLESCHEIN, D.; VESCAN, M.; CRUCEANU, A. «Un traitement non-spécifique de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylartrite ankylosante par une méthode originale». *Reumatologia Practica*, vol. 1, nr. 2, pp. 65, 1977.
2. SAVULESCU, G.; FLESCHEIN, M.; VESCAN, M.; CRUCEANU, A. «Arthritis Treatment by Proteinic Lysate». XIV International Congress of Rheumatology, San Francisco, 1977, paper nr. 472.

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

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

* 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.

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



CRÍTICA DE LIVROS

LA RICERCA REUMATOLOGICA IN ITALIA. Atti del Convegno
— 100 páginas — Roma, 1978.

Recebemos recentemente as *Atti del Convegno* sobre *La Ricerca Reumatologica in Italia* que teve lugar em Roma, em 10 e 11 de Dezembro de 1977 e em 4 e 5 de Fevereiro de 1978, reunião esta enquadrada dentro das actividades desenvolvidas em Itália referentes ao *Ano Mundial do Reumatismo*. Este *Convegno* foi promovido e organizado pelo Prof. Domenico Gigante *sotto l'egida della Società Italiana di Reumatologia*.

Como afirma na introdução o Prof. Domenico Gigante, as adesões foram superiores às mais optimistas previsões, o que significa que *i cultori della Reumatologia in Italia sono molti, sono altamente qualificati, sono provisti di un entusiasmo con il quale riescono a superare le gravi difficoltà che da noi incontra l'attività scientifica*.

Quem ler os resumos dos trabalhos apresentados poderá facilmente verificar a total veracidade desta afirmação do conceituado professor romano.

Desde a investigação pura à investigação biológica, da investigação clínica ao estudo das interferências climáticas, desde os estudos sobre a estreptococcia e a febre reumática até à aplicação das técnicas mais avançadas, praticamente todos os aspectos que as afecções reumáticas podem revestir foram estudados ou aflorados.

Algumas situações foram mesmo abordadas com cuidado especial, demonstrando claramente a existência de grupos de estudos sectoriais. Sob este aspecto poderemos mencionar os estudos sobre a gota e a uricémia, sobre a criobulinémia essen-

cial, sobre a esclerose sistémica progressiva, etc.

Aspectos epidemiológicos foram igualmente estudados, mostrando algumas insuficiências das estatísticas oficiais.

Também os estudos sobre os antigénios de histocompatibilidade mereceram especial cuidado de alguns grupos de investigadores.

Uma boa parte da última sessão foi preenchida por trabalhos sobre a terapêutica das reumopatias, tendo sido estudados ao longo das diversas sessões os mais recentes anti-inflamatórios não esteroides (benorilato, tolmetin, alclofenac, parsalmide, diflunisal, indoprofene, sulindac, etc.) e ainda outros aspectos da terapêutica, quer cirúrgica (próteses da anca e do joelho), quer médica (saís de ouro, azatioprina, D-Penicillamina, sinovectomia química com ácido ósmico, etc.). Mas também a Medicina Física e de Reabilitação mereceu cuidados especiais.

Já no final do *Convegno*, após a sessão de 4 de Fevereiro, *si é tenuto un vivace dibattito sulla situazione attuale della Reumatologia in Italia, durante il quale i numerosi partecipanti hanno l'altro auspicato il potenziamento della ricerca mediante strutture, mezzi e attrezzature adeguate, l'istituzione di nuove Cattedre di Reumatologia, dotate tutte di posti letto*.

A que tristes conclusões chegaria *un dibattito sulla situazione attuale della Reumatologia nel Portogallo?*

João FIGUEIRINHAS

REUMATOLOGIA BÁSICA — Daniel Roig Escofet — 271 páginas,
56 gravuras, 20 quadros e 6 apêndices — *Edição de Edilerner*
España — Madrid, 1978.

Um pouco como em Portugal, no país vizinho o Dr. Roig Escofet reconhece que *qualquier internista o médico general competente posee los conocimientos básicos necesarios de Cardiología, Neurología, Digestología y de otras especialidades médicas, pero, salvo pocas excepciones, desconoce o conoce mal los rudimentos de la Reumatología*. E, entre as diversas causas deste triste espectáculo, fala no *desprestigio de la especialidad en cuanto ha sido y es campo abonado a todo tipo de actuaciones paramédicas nada escrupulosas*. Em Portugal, como causa de desprestígio, além de muitas outras, conta-se ainda o facto de algumas consultas de Reumatologia estarem entregues a médicos com outras especialidades, a última das quais se verificou na área de competência da Caixa de Previdência e Abono de Família do Distrito de Lisboa, cuja gestão tem deixado muito a desejar.

Ao longo dos seus 18 capítulos e 6 apêndices, Roig Escofet faz uma revisão

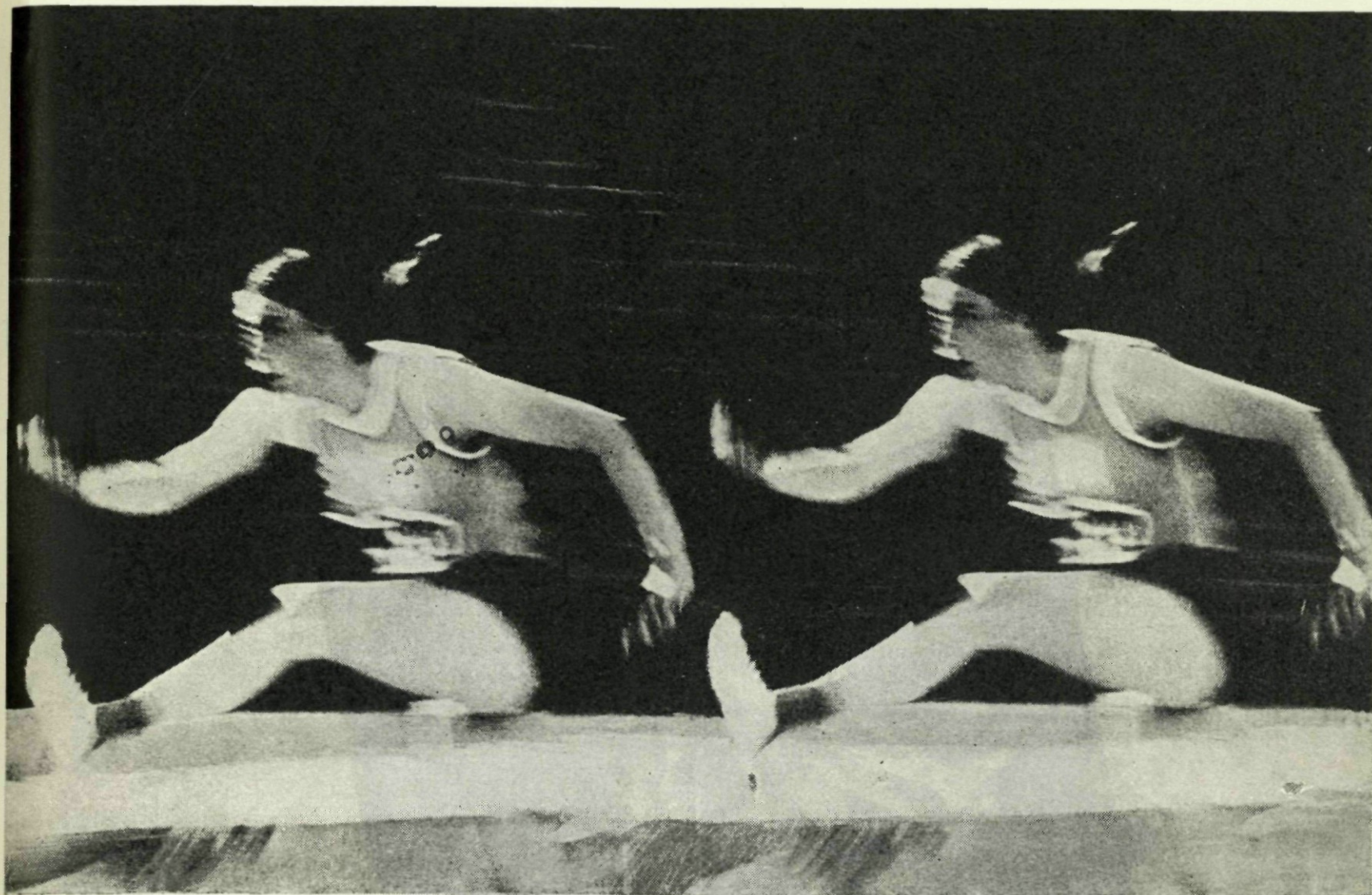
prática e acessível dos principais problemas de Reumatologia.

Livro bastante didáctico e com o único objectivo de substituir a Universidade onde ela tem falhado, Roig Escofet, chefe da Secção de Reumatologia da Ciudad «Principes de España», Hospitalet (Barcelona), pretende levar ao clínico geral e ao internista os conhecimentos básicos da especialidade. E fá-lo com dignidade e seriedade.

De interesse indiscutível são os capítulos reservados à «conducta a seguir ante una artritis aguda», ao «diagnóstico diferencial de las artritis crónicas» e ao «hombro doloroso», este último da responsabilidade de J. Vilaverde Garcia.

A leitura deste livro parece-nos de recomendar a todos os estudantes e aos clínicos gerais e internistas que se interessam pela Reumatologia, e ainda a todos aqueles que se podem responsabilizar pelo baixíssimo nível dos conhecimentos reumatológicos em Portugal.

João FIGUEIRINHAS



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

RUMALON[®]



inibe o processo degenerativo
melhora a mobilidade articular
reduz significativamente a necessidade de anti-reumáticos e
opõe-se ao efeito condrolítico dos mesmos

**inibe a evolução
da artrose**

Composição:
1 ml contém: substâncias biológicas
ativas de 0,25 g de cartilagem e de
0,15 g de medula óssea de animais
jovens.

Indicações:
Artroses

Posologia:
2 ml, por via intramuscular profunda,
em dias alternados, durante 6-8
semanas

Apresentação:
Caixas com 5 e 25 ampolas de 1 ml

Literatura:
Rejholec, V. e col., Zeitschr. Rheuma-
forsch. (1974)
Karzel, K. e col., Pharmacology (1969)

6044.1.77.111

**RUMALON
RUMALON**

Robapharm S.A. Basileia
Delegação científica em
Portugal:
Robapharm Portuguesa, Lda.
Rua D. João V, 27-2.º D.
Lisboa 2 - Telefone 652193

**RUMALON
RUMALON**

RESUMOS — RESUMÉS — ABSTRACTS



RESUMOS DE TRABALHOS DE AUTORES PORTUGUESES APRESENTADOS AO XIV CONGRESSO INTERNACIONAL DE REUMATOLOGIA

(S. FRANCISCO DA CALIFÓRNIA, 26 DE JUNHO A 1 DE JULHO DE 1977)

ESSAI COMPARATIF MULTICENTRIQUE INTERNATIONAL DE L'INDOPROFENE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOIDE

ALTUCCI P.; AMBANELLI U.; BALLABIO C. B.; BARCELO' P.; BARCELO' P. JR.; CAR-CASSI U.; CASTILLO A.; CHERIÉ LIGNIÈRE G.; COLOMBO L.; COMMANDRE F.; D'ANIELLO E.; DELBARRE F.; FIGUEIRINHAS J.; FRANK O.; DE HEAULME M.; KOLARZ G.; LABROUSSE C.; DU LAC DE FUGERES Y.; LE GOFF P.; MASCIO G.; MERY C.; ROUX H.; SANTAMARIA A.; LOPES VAZ A.; WALTZING P.; BERGAMINI N.; GROPPI W. et MANDELLI V.

L'étude rapportée concerne un essai comparatif du α -[4-(2-iso-indoliny-1-one)-phenyl]-propionic acid (INDOPROFENE) selon un protocole mis au point dans l'Institut de Rhumatologie de Paris et l'Unité n° 5 de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Cet essai multicentrique a été réalisé avec la collaboration de rhumatologues d'Autriche, Espagne, France, Italie, Portugal.

On a recherché l'effet anti-inflammatoire et antalgique de l'INDOPROFENE chez des malades atteints de polyarthrite rhumatoïde, en double aveugle, comparant les effets à court terme (une semaine) de l'INDOPROFENE (800 mg/24 h), de l'Indométacine (100 mg/24 h) et d'un placebo, les trois traitements étant administrés à chaque malade.

L'essai a été étudié par des méthodes d'analyse multivariante. (336)

A MULTICENTRIC CLINICAL TRIAL WITH THE NEW ANTI-INFLAMMATORY DRUG SULINDAC — ANALYSIS OF ITS EFFICACY AND TOLERANCE

FIGUEIRINHAS, J. and MARTINS, R. P.

S.P.R.

Lisboa — Portugal

During the First quarter of 1976, a multicentric, cooperative, clinical trial was conducted in Portugal with the objective of evaluating the efficacy and tolerance of the new anti-inflammatory analgesic compound, Sulindac. 432 general practitioners and internists from all parts of the country treated 1284 patients suffering from several rheumatic disorders, using oral Sulindac, at a dosage of 100 to 200 mg, b.i.d., 29 medical and paramedical technicians collected and analysed the data. From the point of view of efficacy, only 991 cases were studied, because 99 work-sheets were not completed, 9 did not respect the admission criteria and 185 were received after the limiting date. Of those 991 patients, 90% showed significant improvement, 7% did not exhibit any change and 3% experienced deterioration. In relation to tolerance, it has been possible to analyse all the cases following a further re-evaluation, 168 patients suffered side-effects (13.17%). The majority of these phenomena consisted of mild to moderate G. I. symptoms. The incidence of neurological disturbances was small (24 cases = 1.8%). Only one patient showed symptoms of hydro-saline retention (0.07%).

These results permit us to conclude that Sulindac is a very effective and well tolerated drug. (1148)

LYMPHOCYTE DEPENDENT — ANTIBODY CYTOTOXICITY (LDAC) IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS (RA)

FREITAS, M. S.

Medical School of Coimbra

Coimbra — Portugal

Lymphocyte dependent-antibody cytotoxicity (LDAC) was studied in 22 patients with rheumatoid arthritis (RA) and 22 controls. A significant increase of cytotoxic index has been noted in RA patients ($p < 0.001$) whatever the ratio effectortarget cells could be.

There is a correlation between cytotoxic activity and so called «rhumatoid rosettes» (RR) level. This cytotoxic activity is linked to EA rosette forming cells without T cells markers or surface immunoglobulins, as shown by fractional experiments. EA rosettes forming cell depletion is followed by the disappearance of RR and a very important decrease of cytotoxic index. Cytotoxic activity is abolished after RR forming cell depletion while EA rosette level is nearly unmodified. RR forming cells belong to Fc receptor bearing lymphoid population. They take place in EA rosette forming cell population. Increase of cytotoxicity in RA seems to be directly linked to these so called RR forming cells. (305)

AUTO-ANTIBODIES AND RHEUMATIC DISEASES

MONTEIRO, E. and QUEIRÓS, V.

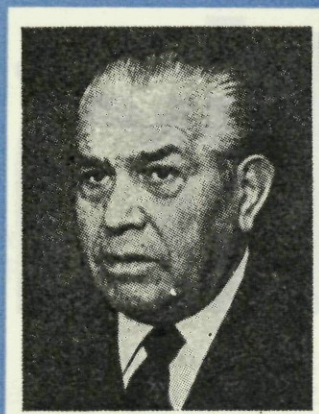
H.S.M.

Lisboa — Portugal

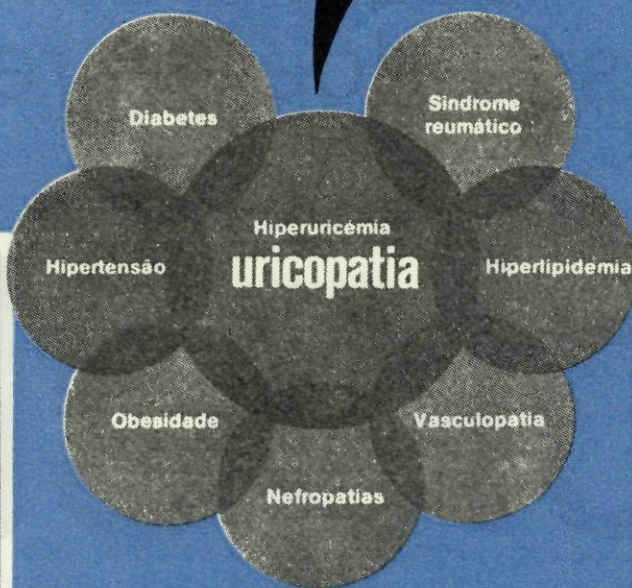
We have studied in 100 Rheumatic patients, particularly with Rheumatoid Arthritis and Systemic Lupus Erythematosus with regard to the test of the indirect immunofluorescence (Roitt, Doniach), the percentual value of positive response cases to organ specific antibodies (anti-thyroid and antibodies against parietal cells of stomach) and to non-organic specific antibodies (anti-nuclear, anti-smooth muscle and anti-mitochondrial).

The results have been related with the different rheumatic diseases, their severity and clinical course. (534)

**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

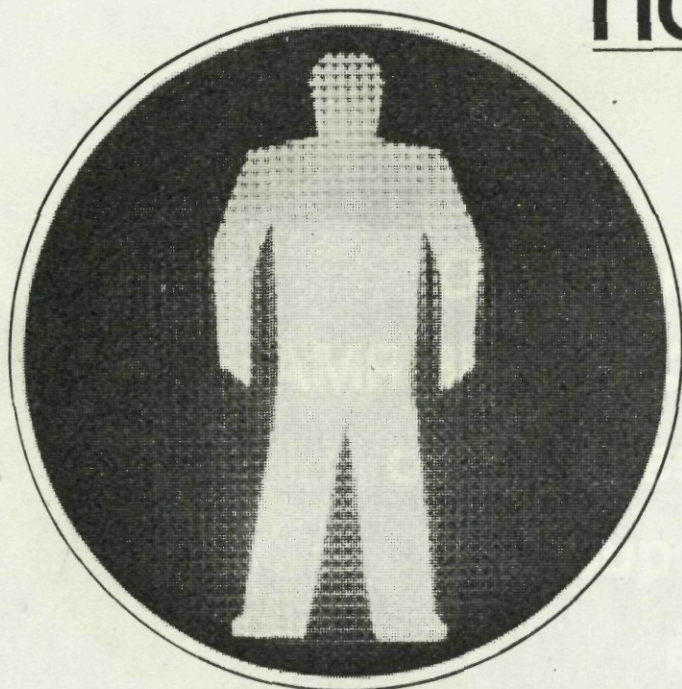
sem
interrupção



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 Registada

Johnson & Johnson
LIMITADA

DIVISÃO FARMACÊUTICA - DIAGNÓSTICOS

Distribuidores: LISFARMA, LDA. — Apartado 1007 - LISBOA

© JJ 1978

DIAGNOSTIC AND NOSOLOGICAL VALUE OF THE HLA-SYSTEM IN RHEUMATOLOGY

VAZ, A.; FREITAS, S. and MENDES, A.
Oporto — Portugal

The test of microlymphocytotoxicity of Terasaky has been carried out in 100 rheumatic patients, in order to identify some phenotypes of the HLA — system. A high percentage (more than 70 % of the W27 phenotype has been found in spondylarthritic patients, both adults and children, while a somewhat lower percentage (50 %) appeared in patients suffering from Reiter's syndrome. In 5 from 10 cases of psoriatic arthritis, the W17 phenotype was also presented, while the W27 one was present in only 2 cases.

The authors discuss the clinical features of the cases of spondylarthritis with or without W27 phenotype.

The occurrence of sacroileitis, in all rheumatic patients is correlated with the presence of W27 phenotype. (775)



RESUMOS DE COMUNICAÇÕES APRESENTADAS AO SIMPÓSIO SOBRE DOENÇAS DA COLUNA

(PORTO, 24 DE MARÇO DE 1978)

CAUSAS GERAIS DE DORES AO NÍVEL DO RÁQUIS

VAZ, A. L.
Secção de Reumatologia do Hospital de S. João
Porto — Portugal

É feita uma revisão das principais situações que podem gerar dor ao nível do ráquis e dos mecanismos capazes de a despertar.

São consideradas, como grandes grupos, as raquialgias espondilogénicas, viscerogénicas, neurogénicas e psicogénicas.

No grupo mais importante — o das lombalgias espondilogénicas — são analisadas as dores originadas não só nos componentes ósseos da coluna, mas também nas partes moles que a sustentam e circundam.

Seguindo um trajecto topográfico na análise das diferentes estruturas dolorígenas, é feita referência à dor da paniculite e às dores musculares por sobrecarga funcional ou postural e salientada a extrema importância do conhecimento exacto da anatomia e funções musculares na interpretação semiológica e no diagnóstico diferencial das algias raquidianas.

É apresentada em seguida uma revisão anatómica do aparelho ligamentar do ráquis, definido o quadro clínico do síndrome ligamentar e apontada a irradiação dolorosa das principais estruturas ligamentares.

No final deste sub-capítulo das dores originadas nas partes moles é discutido criticamente o conceito de «fibrosite».

A patologia discal é encarada não só na sintomatologia radicular que pode provocar, mas sobretudo nas consequências que pode ter sobre a parte posterior do segmento

móvel. São analisadas as consequências da degenerescência discal sobre as articulações posteriores e os mecanismos pelos quais estas articulações podem ser sede de estímulos dolorosos.

Seguindo a análise das situações dolorígenas ao nível do arco posterior, são passadas em breve revista as displasias das articulações inter-apofisárias, as lesões e malformações do istmo e a patologia do espaço inter-espinhoso. Os problemas da espondilolistesis e do canal estreito são apenas mencionados.

No grupo das raquialgias metabólicas, embora mencionando o hiperparatiroidismo e a osteomalácia, é dado mais relevo à frequência das situações de osteoporose, não só da forma senil e pós-menopáusicas, mas sobretudo, por menos conhecida, da osteoporose idiopática do adulto jovem.

Quanto às algias raquidianas que acompanham as pelvispondilites, são apontadas como estímulos dolorígenos, a sinovite das interapofisárias e das costovertebrais, a condro-osteíte de certas sincondroses como as articulações sacro-iliacas e a inflamação entesopática das fibras periféricas do anel fibroso do disco inter-vertebral e dos ligamentos vertebrais.

No grupo das espondilodiscites infecciosas é feita menção da etiologia bacilar e por piogéneos e analisada a importância, entre nós, da brucelose, como causa de artralgias não só periféricas mas axiais.

Breve revisão das causas neoplásticas mais frequentes encerra o capítulo das raquialgias espondilogénicas.

Nos outros grupos são referidos alguns exemplos de raquialgias de origem visceral e vascular e enumeradas as principais causas neurogénicas ao nível da medula e seus envólucros, com destaque para o neurinoma.

As raquialgias psicogénicas são consideradas quer como situações reactivas de neuroses depressivas ou ansiosas, quer como doença psicossomática.

Finalmente é mencionado o problema da espasmofilia, referida a sua patogenia e analisada a sua situação clínica de fronteira com as psicalgias.

MALFORMAÇÕES DA CHARNEIRA CÉRVICO-OCCIPITAL

FARIA, R.
Serviço de Neurologia do Hospital de S. João
Porto — Portugal

A charneira cervico-occipital é sede pouco frequente de malformações ósseas, umas de natureza congénita, outras adquiridas, que se podem acompanhar de malformações do eixo nervoso.

As malformações ósseas mais frequentes são a impressão basilar, a platibasia, a assimilação do atlas, completa ou parcial, as alterações de desenvolvimento ou forma da apófise odontoide, as luxações atloido-axoideias, os blocos cervicais e a espinha bífida cervical. As malformações neurológicas mais vezes associadas são a de Arnold-Chiari e a de Dandy-Walker.

As manifestações destas malformações podem iniciar-se cedo com quadros de bloqueio cervical ou de hipertensão intra-craniana. No adulto surgem quadros de perturbação motora dos membros, especialmente dos inferiores, podendo existir surtos de hipertensão intra-craniana passageiros, mas geralmente são os quadros de compressão bolbo-medular alta os que mais chamam a atenção: tetraparesias e frequentes sintomas de localização bolbar ou cerebelosa.

A radiologia dá uma importante ajuda para o diagnóstico, tendo-se estabelecido critérios seguros, entre os quais referimos as linhas de Chamberlain, Mac Rae, Fishgold, McGregor, ângulos de Bull e basal. A mielografia e a arteriografia vertebral demonstram a extensão e natureza das alterações neurológicas.

Muitas destas malformações não exigem tratamento, mas quando surgem quadros de compressão nervosa torna-se necessário intervir.

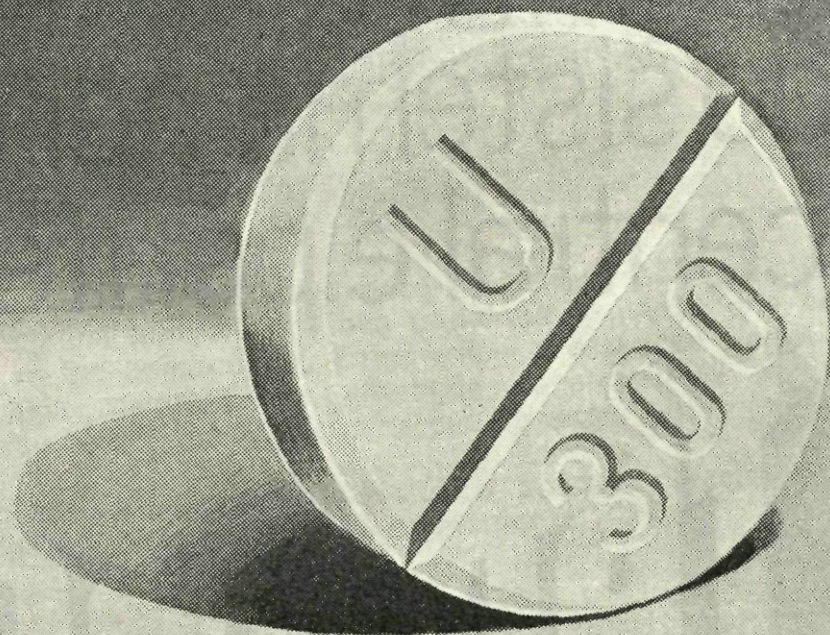
Apresentamos os resultados de uma série de dez casos operados em colaboração dos Serviços de Neurologia e Neurocirurgia e de Ortopedia, da Faculdade de Medicina do Porto, em que utilizamos descompressiva posterior, por laminectomia e craniectomia sub-occipital mediana, com enxerto ósseo cervico-occipital.

Uripprim

Uripprim

300

Bial



a mais moderna e
cômoda 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

ALGUNS PROBLEMAS DA CHARNEIRA LOMBO-SAGRADA

LIMA, C.

Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de S. João
Porto — Portugal

Pensa-se que num curso sobre patologia da coluna, em que tomam parte especialistas de variados ramos, espera-se que o ortopedista aborde, principalmente, problemas com solução cirúrgica. Ora esta, só se põe, como recentemente dizia Cabot, «quando uma moléstia bem tolerada, até então, se converte em dor intolerável ou com implicações neurológicas severas, rebeldes ao tratamento conservador e com profunda incidência na actividade vital, desportiva ou de trabalho do indivíduo».

Dada a impossibilidade de tratar de todos os problemas de que a charneira lombo-sagrada pode ser sede, excluem-se aquelas que, por não lhe serem particularmente afectas, tais como as lesões infecciosas, tumorais e traumáticas agudas não tem maior relevância neste sector da coluna. Igualmente, deixa-se de lado o problema da patologia discal, já que este fará parte duma outra exposição neste mesmo simpósio.

É sobre as anomalias congénitas (algumas), a espondilolise e espondilolistesis e certas alterações estáticas que incidirá a nossa exposição.

Dentro das anomalias congénitas, fala-se naquelas que têm interesse clínico, particularmente as vértebras de transição, chamando a atenção para a sintomatologia e atitude terapêutica.

As espondilolises e espondilolistesis merecem especial atenção, já pelos conceitos actuais da sua etiopatogenia, já pela necessidade de correcto diagnóstico e orientação terapêutica, chamando a atenção para as suas indicações e possíveis complicações.

CANAL VERTEBRAL E LOMBAR OU ESTENOSE VERTEBRAL LOMBAR NARROW CANAL

CABRAL, T.

Serviço de Ortopedia do Hospital de S. João
Porto — Portugal

Sendo a hérnia discal a causa mais frequente de compressão radicular ao nível dos últimos segmentos da coluna lombar, não nos podemos esquecer que outras patologias podem aparecer ou se lhe acrescentar. Entre estas a estenose vertebral lombar, seja de desenvolvimento seja resultante de alterações degenerativas ou por outras causas, constitui um síndrome bem diferenciado pela sua etiologia e pelas alterações que produz.

Faz-se neste trabalho um pequeno resumo histórico, as suas características clínicas e as dos elementos subsidiários, bem como o seu tratamento.

MIELOPATIA CERVICAL

FARIA, R.

Serviço de Neurologia do Hospital de S. João
Porto — Portugal

A causa mais comum de disfunção medular acima dos 50 anos de idade é a espondilose cervical, que provoca também alterações nas raízes nervosas, mas nem sempre este processo conduz a sintomas neurológicos.

A patogénese dos sintomas depende da intensidade do processo espondilótico, das dimensões prévias do canal cervical e de factores vasculares. Encontram-se alterações medulares, como achatamento antero-posterior e distorsão pelas saliências anormais, surgindo microscopicamente desmielinização dos feixes dorsais e laterais, das raízes e alterações degenerativas das células dos cornos anteriores.

Os sinais de lesão medular e radicular podem surgir isolados ou em associação. Usualmente, o início é insidioso, a progressão lenta, podendo haver longos períodos de estabilização neurológica. Os primeiros sinais podem ser hipostesia vibratória assintomática ou ligeiros sinais de lesão piramidal; mais tarde surgem rigidez e fadiga fácil, perturbações motoras dos membros e acentuação dos sinais piramidais, com espasticidade marcada.

Estes sinais são mais constantes nos membros inferiores, mas podem surgir nos quatro.

O diagnóstico é apoiado pelas alterações radiológicas típicas, que predominam nos espaços de C₅ - C₆ e de C₆ - C₇ e, um pouco menos, no de C₄ - C₅.

No diagnóstico diferencial incluímos a esclerose lateral amiotrófica, a degenerescência sub-aguda combinada, a esclerose múltipla, tumores intra-raquidianos e sirringomielia.

A maior parte dos doentes beneficiam com tratamento conservador, sendo, por vezes, possível obter a estabilização do quadro neurológico.

O tratamento cirúrgico está indicado nos casos de progressão contínua ou rápida do quadro clínico; pode efectuar-se por via posterior, com laminectomia descompressiva e foraminotomia, ou, segundo a técnica de Cloward, por via anterior, com enxerto ósseo.

ASPECTOS ORTOPÉDICOS DO SÍNDROMA DA VERTEBRAL

MENDES, J. M. E.
Porto — Portugal

Após breve revisão anatómica da situação e trajecto da artéria vertebral, é descrito o quadro clínico e referidos os exames subsidiários necessários para o diagnóstico e tratamento adequados.

Este é abordado unicamente, nos seus aspectos médico e cirúrgico, na parte que se relaciona com a ortopedia, isto é, nos casos em que a patologia vertebral é de causa extrínseca.

ASPECTOS ORTOPÉDICOS DA DEGENERESCÊNCIA DISCAL LOMBAR

OLIVEIRA, J.
Serviço de Ortopedia do Hospital de S. João
Porto — Portugal

As dores lombares ou lombo-ciatalgias, em relação com problemas de degenerescência discal, constituem uma das afecções mais frequentes da actualidade.

Pelo modo crónico e recidivante como evolui, essa afecção é, sem dúvida, das que mais incapacitam o indivíduo na sua actividade laboral. Apesar de conhecida desde longa data, somente nas três últimas décadas foram correctamente identificados os fenómenos pelos quais o disco vai perdendo progressivamente a sua capacidade funcional.

São hoje bem conhecidas as fases porque passa o disco no seu processo normal de envelhecimento, bem como as variações individuais que podem surgir. Na sua forma mais frequente tanto o núcleo pulposo como o anel fibroso vão perdendo progressivamente a sua resistência, ocasionando o aparecimento de sintomatologia clínica de evolução arrastada, extremamente lenta. Na sua forma mais aparatosa o núcleo pulposo pode herniar através do anel fibroso, ocasionando o aparecimento de sintomatologia aguda, violenta, por vezes dramática. Uma e outra formas devem uma grande parte da sua tradução clínica ao comprometimento, no processo, de estruturas anatómicas vizinhas.

Entre os dois extremos atrás apontados existem variadas formas de degenerescência discal responsáveis pelo polimorfismo clínico com que tal situação se pode apresentar. Em muitos dos seus aspectos o disco desempenha um papel fundamentalmente mecânico na posição erecta e na vida de relação do indivíduo. Este aspecto funcional terá de ser devidamente valorizado quando procuramos tratar a sintomatologia clínica que a degenerescência discal provoca.



Nas articulações, bolsas serosas e bainhas tendinosas inflamadas:



DEPO - MEDROL

- 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 injeções 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	Metacarpofalangica, Interfalangica, 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.



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

VALOR DA ARTRODESE PÓSTERO-LATERAL NO TRATAMENTO DAS SEQUELAS DOLOROSAS PÓS DISCECTOMIA POR HÉRNIA DISCAL LOMBAR

MENDES, A.

Serviço de Ortopedia do Hospital de S. João
Porto — Portugal

Temos de admitir, nestes últimos anos, um aumento crescente de pacientes queixando-se de lombalgias e lombo-ciatalgias. O grupo etário mais atingido situa-se entre os 30 e os 50 anos com consequente diminuição do rendimento laboral. Uma certa percentagem, difícil de se determinar entre nós, acaba por não beneficiar do tratamento médico e fisioterápico e, porque a sintomatologia aponta para uma possível hérnia discal lombar, recorre à cirurgia para solução do seu problema. No que se refere à técnica cirúrgica utilizada, é opinião geralmente aceite pelos ortopedistas e neurocirurgiões, que a simples discectomia consegue resultados praticamente tão bons como a discectomia associada a uma artrodese lombo-sagrada sem os inconvenientes desta.

Porém, as estatísticas mostram-nos uma percentagem de doentes que roda os 10 %, e que não beneficiaram ou pioraram com o acto cirúrgico. As queixas basicamente são a lombalgia e a cialgia.

Porque este problema teve de ser equacionado por mim em dez doentes, resolvi submetê-los a uma artrodese postero-lateral lombo-sagrada, abrangendo um ou dois espaços conforme as situações e, num caso, associei à fusão a discectomia L4-L5 porque além da lombalgia a doente apresentava cialgia. Os enxertos utilizados foram sempre e exclusivamente osso esponjoso das cristas ilíacas posteriores. No pós-operatório, iniciaram a deambulação aos 7 dias, não utilizaram qualquer espécie de lombostato e retomaram as suas actividades anteriores entre o terceiro e o sexto mês de operados. Um doente ficou queixando-se de discreta lombalgia. Houve fusão radiográfica nos dez casos e a lamentar no pós-operatório um volumoso hematoma que teve de ser drenado. O tempo de revisão foi de três anos e quatro meses.

OSTEOPOROSE

VAZ, A.

Secção de Reumatologia do Hospital de S. João
Porto — Portugal

É passado em breve revista ao papel dos osteoblastos na formação da matriz orgânica do osso (colagénico e substância fundamental) e dos osteocitos e osteoclastos na regulação cálcica e na reabsorção óssea.

Na regulação do metabolismo fosfocálcico são salientados os papéis das três hormonas (paratormona, calcitonina e metabolitos da vitamina D) e da sua actuação ao nível do osso do intestino e do rim.

A osteoporose pode estar ligada a causas perfeitamente identificáveis como, por exemplo, as de natureza endócrina (hipercorticismos, hipertiroidismo, hipogonadismos), nutricional, genética ou ao uso de certos medicamentos e à imobilização, mas o grande número de casos pertence à categoria das osteoporoses de involução (pós-menopáusia e senil) embora haja que referir também a existência de formas idopáticas na criança e no adulto jovem.

O quadro clínico, monótono e tardio, é feito de dores, geralmente vértebro-pélvicas (nas formas infantis frequentemente nos membros inferiores), de cifose dorsal, diminuição de altura e fracturas vertebrais.

As constantes biológicas são habitualmente normais, mas nas fases evolutivas (agravamento do processo de osteólise) pode verificar-se hipercalcúria e aumento da hidroxiprolinúria. Radiologicamente, alguns sinais resultam da rarefacção trabecular vertebral (acentuação da estriação longitudinal; aspecto vazio dos corpos vertebrais) ou da osteólise progressiva ao nível dos canais de Havers (adelgaçamento e porosidade das corticais), outros são a consequência da menor resistência dos corpos vertebrais (biconcavidade) ou da sua fractura (aspecto em cunha; esmagamento vertebral).

A diminuição de formação óssea mas também o agravamento da osteolise osteocitária e osteoclástica são as lesões que estão na base do processo osteoporótico. Nas formas involutivas a rarefacção óssea é muito lenta tornando-se difícil traçar os limites entre a osteoporose como doença e como processo fisiológico de envelhecimento.

A necessidade de uma perda de 30 p. 100 da massa óssea para que os sinais radiológicos comecem a evidenciar-se e a ausência de sintomatologia clínica em 2/3 dos doentes que ultrapassaram aquela perda, fazem com que muitos casos não sejam diagnosticados.

Forma particular é a osteoporose idiopática do adulto jovem que se manifesta entre os 35 e os 55 anos dum modo rapidamente progressivo e que assenta patogenicamente numa hipercalcúria idiopática.

O conhecimento da existência das formas infantis, algumas ligadas a causas evidentes, mas outras também idiopáticas, merece ser salientado.

Dentro do tratamento é destacado o papel do exercício físico (estimulação dos osteoblastos pelas aferências proprioceptivas músculo-tendinosas).

A administração de estrogéneos terá que ser contrabalançada em função dos seus riscos.

O efeito das hormonas anabolizantes, nas doses habitualmente utilizadas é apenas estênico; só em doses 3-4 vezes superiores podem ter acção anti-osteolítica.

Dada a existência de um equilíbrio negativo do cálcio nas formas de involução, doses menores (fases quiescentes) ou maiores (fases evolutivas) daquele elemento devem ser administradas.

No velho, porque há habitualmente défice de vitamina D (embora insuficiente para provocar osteomalácia) ou porque as formas mistas, osteoporomalácicas aparecem com certa frequência, recorre-se também, por vezes, à administração de pequenas doses de vitamina D.

A administração de fósforo facilita a mineralização, mas terá que ser feita sequencialmente e não simultaneamente com o cálcio.

A administração do flúor e de cálcio (o flúor isoladamente provoca aumento do tecido osteóide) dá origem a aumento da massa óssea que parece, no entanto, mais frágil que o osso normal.

Os difosfonatos e a calcitonina são medicamentos sem interesse prático no tratamento da osteoporose.

OSTEOMALÁCIA

FREITAS, S.

Secção de Reumatologia do Hospital de S. João
Porto — Portugal

A osteomalácia caracteriza-se por uma descalcificação difusa de todo o esqueleto com importante repercussão sobre a coluna.

A formação do tecido osteóide é normal mas existe uma perturbação da mineralização da trama orgânica do osso. Os osteoblastos, por acção directa da vitamina D, libertam o fosfato que, fixando-se às fibras do colagénio, iniciam o processo de mineralização. Este continua-se com a deposição de um sal complexo de cálcio e fosfato, formando-se, assim, uma frente de calcificação na linha limite entre o tecido osteóide e o osso calcificado. A vitamina D favorece ainda a absorção intestinal do cálcio através dos seus derivados hidroxilados.

Se podemos ter osteomalácia por insuficiência de cálcio e raramente de fósforo, o que fundamentalmente está em causa é a insuficiência da vitamina D quer por carência, quer por perturbação da sua metabolização.

A carência de vitamina D pode ser devida a um aporte insuficiente ou a uma deficiente absorção intestinal. No primeiro caso a carência pode dever-se a insuficiente exposição ao sol e a regimes alimentares desequilibrados, hoje em dia com especial relevo as dietas antiateromatosas. Nas osteomalácias por má absorção, não só estão em causa os síndromes pós-gastrectomia com exclusão duodenal e as insuficiências

biliares e pancreáticas crónicas, como, principalmente, os síndromes de má absorção intestinal com esteatorreia, não esquecendo que, muitas vezes, o quadro é subclínico e que apenas o doseamento sistemático das gorduras fecais alerta para o diagnóstico.

Também certos medicamentos podem diminuir a absorção do cálcio ao interferirem no metabolismo da vitamina D, como os corticóides e os anticonvulsivantes. Por outro lado os antiácidos e os geles de alumínio ao formarem complexos insolúveis, impedem a absorção do fósforo.

O síndrome biológico é precoce e caracteriza-se por fosforemia, calcemia e calciúria, clearance do fósforo, fosfatases alcalinas e hidroxiprolinúria aumentadas.

Nos casos em que as constantes biológicas não permitem o diagnóstico, este pode ser apoiado pelas provas dinâmicas.

Quando está em causa uma perturbação da metabolização da vitamina D temos o grupo das osteomalácias vitamino-resistentes, como seja, a osteomalácia das tubulopatias proximais e da osteodistrofia renal. A osteomalácia pode também acompanhar o hiperparatiroidismo.

Estas entidades merecem, porém, uma referência à parte. O quadro clínico é dominado pelas dores pélvicas ou pelvocrurais e torácicas de início insidioso e mal definido, exacerbadas com o mínimo esforço, com rigidez das cinturas, fraqueza muscular, impotência da marcha, dando a marcha bamboleante característica.

A astenia física e as perturbações psíquicas são frequentes. Só mais tardiamente advêm as deformações ósseas características com diminuição da estrutura, cifose e coxa vara.

Os sinais radiológicos caracterizam-se por hipertransparência uniforme, sobretudo ao nível da coluna lombar e da bacia, com aspecto esfumado, pela presença de estrias de Looser Milkman e pela deformação do tórax, da bacia e encurvamento dos ossos longos.

Histopatologicamente o quadro define-se por um excesso de tecido osteóide sem alteração do volume e do número das trabéculas.

O tratamento nas osteomalácias por carência vitamínica baseia-se no equilíbrio do regime dietético, no tratamento da enteropatia e, eventualmente, na administração da vitamina D e de fósforo. As osteomalácias vitamino-resistentes podem tratar-se, quer administrando altas doses de vitamina D para conseguir que alguma seja metabolizada, ou dando um acréscimo de fósforo, de modo a criar condições de mineralização do tecido osteóide, ou associando os dois esquemas terapêuticos. O ideal, porém, seria dispor de uma forma comercializada de 1,25 — dihidroxicolecalciferol.

OSTEODISTROFIA RENAL

FERRAZ, J. M.; MAGRO, F. C.

Serviço de Clínica Médica (Secção de Nefrologia) do Hospital de S. João
Porto — Portugal

Alterações da estrutura óssea são complicações comuns em doenças renais. 50-80% dos doentes com doença renal crónica apresentam alterações no osso que chamamos osteo-distrofia renal. Estas lesões podem apresentar a forma de raquitismo ou osteomalácia: osteíte fibrosa cística e osteoesclerose. Nota-se nestes casos um aumento da excreção fecal de cálcio — sinal clássico de deficiência de vitamina D. Na insuficiência renal crónica há diminuição da absorção de cálcio.

A osteodistrofia renal é refractária ao tratamento com doses fisiológicas de vitamina D. Embora a patogénese da doença óssea urémica ainda não esteja completamente explicada admite-se dois mecanismos — anomalia do metabolismo da vitamina D e hiperparatiroidismo secundário.

Os doentes com insuficiências renal crónica não sintetizam 1,25(OH)2D3. O rim controla o metabolismo da vitamina D, através duma enzima aí localizada exclusivamente — a 1- α -hidroxilase (1- α -OHAse), influenciada através da paratormona, fosfatos e 1,25(OH)2D3.

Temos usado no tratamento destes doentes dehidrotaquisterol, que aumenta não só a absorção de cálcio, como também suprime a hormona paratiroideia. O trata-

mento com compostos γ -hidroxilados tem tido resultados dramáticos, nomeadamente a 1,25(OH)2D3 que melhora mais significativamente a osteíte fibrosa cística (componente paratiroideu) que a osteomalácia.

HIPERPARATIROIDISMO

HARGREAVES, M.
Clínica Médica. Hospital de S. João
Porto — Portugal

Definição. Etiopatogenias habituais, adenomas, hiperplasias e carcinoma. Hiperparatiroidismo secundário.

Ações da paratormona ao nível do rim e do osso.

Sinais e sintomas que o quadro pode assumir: lesões ósseas; calculose renal; manifestações menos características ao nível do tubo digestivo, do sistema nervoso central e outros.

Hiperparatiroidismo secundário e terciário; formas paraneoplásicas: adenomatose múltipla.

Exploração radiológica e laboratorial do doente suspeito. Calciúria; calcemia e fosfatemia; cálcio ionizado, no soro. Hidroxiprolina urinária.

Provas funcionais: reabsorção tubular do fósforo; ministração de cortisona; sobrecarga em cálcio; privação de fósforo. Doseamento da paratormona.

Referência à calcitonina.

Tentativas da localização do tumor paratiroideu: «scanning» da paratiróideia; angiografia; cateterização venosa para doseamento da paratormona, em casos excepcionais.

FACTORES PSICOGÉNICOS NOS QUADROS DOLOROSOS DO APARELHO LOCOMOTOR

PALHA, A. P. e VAZ, A.
Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João
Secção de Reumatologia do Hospital de S. João
Porto — Portugal

Os autores chamam a atenção para a importância dos factores de ordem psicológica na compreensão de alguns sintomas de natureza reumática e das consequências para a terapêutica que este tipo de abordagem acarreta.

Com frequência as queixas reumáticas coexistem com outras do foro psiquiátrico e também, não raras vezes, doenças psíquicas, particularmente de carácter neurótico, apresentam sintomas que se enquadram no padecer reumático. Nesta perspectiva defende-se uma Medicina dirigida à totalidade do indivíduo em vez da Medicina de órgão ou de aparelho.

São apresentadas diversas situações de natureza psicopatológica que podem estar relacionadas com a patologia reumática. São assim considerados:

1. Um *síndrome sintomático* em relação com aquelas doenças que têm por vezes, envolvimento, ainda que fugaz no sistema nervoso central (caso do Lupus Eritematoso disseminado e outras doenças do colagénico);

2. Um *síndrome tóxico-medicamentoso* derivado do uso dos fármacos anti-reumáticos, em particular os corticosteróides e os salicilatos. Nestes dois síndromes os factores de ordem psicológica têm pouca importância;

3. Num terceiro ponto são considerados os *síndromes reactivos* de índole neurótica considerando não só as reacções pré-existentes ou coincidentes com a sintomatologia reumática de feição ansiosa, depressiva ou histérica, mas também as reacções psicológicas à doença reumática e à sua característica de cronicidade. São as primeiras que põem problemas de valorização clínica mais complexos, mas são elas que originam terreno mais fecundo de estudo e experimentação psicofarmacológica e psicoterápica.

agencia abreu

FOUNDED AT OPORTO IN 1840

viagens abreu, limitada

OUR STAFF: OVER 450 EMPLOYEES
THE LARGEST TOUR OPERATOR IN PORTUGAL

MEXICO CITY 1, D.F.
VIAJES ABREU, S.A.
Reforma 46, 3.º Piso-B
Telef. 535-7219 / 592-1452
Telex 017-74349 / 017-170991

1337 BUENOS AIRES
VIAJES ABREU, S.A.
Calle Florida, 142-3.º C (Galerías Boston)
Telef. 46-8723
Telex BUENOS AIRES N.º 9 — ABREU

NEW YORK — 10017
ABREU TOURS INC. (AG. ABREU)
60, East 42nd Street, Suite 1531
Telef. (212) 661-0555
Telex ABREU 62611

MADRID
ABREU PRO-ESPAÑA, S.A.
Edificio Torre de Madrid, Piso 4 - Ap. 1
Plaza de España
Telef. 2411781 / 2410537 / 2411348 e
241178

LISBON — office
160, Ave. Liberdade — LISBON-2
Cables — ABREUTOUR
Telex 12304 or 16426
Teleph. 371341 (15 lines) — 30055

COIMBRA — office
2, Rua da Sota — COIMBRA
Cables — ABREUTOUR
Telex 13286
Teleph. 27011 — 27012

FUNCHAL (MADEIRA)
1, Rua do Gorgulho
Telex 72175
Teleph. 31077 / 8-33866

CARACAS
VIAJES ABREU, C.A.
Esquina de Puente Victoria
Edificio Centro
Villasmil, 14.º Piso — Of. 1407
Telef. 5719257 / 5717197
Telex 21031 SAVOY VE

RIO DE JANEIRO
ABREUTOUR S.A.
Rua México, 21
Cables — ABREUTOUR
Teleph. 232-2300 - 06
231-3394 and 231-1621
Telex 2122526

SÃO PAULO — office
ABREUTOUR S.A.
Ave. S. João, 665
Cables — ABREUTOUR
Teleph. 35-5176 and 34-7823
Telex 309151/2

LONDRES S.W.1
INTERATLANTIC TOURS, LTD.
(ABREU)
49, St. James Street
Telef. 4992437/8

FARO — office
65, Rua Conselheiro Bivar — FARO
Cables — ABREUTOUR
Telex 18120
Teleph. 25035/6

OPORTO — head-office
207, Ave. Aliados — OPORTO
Cables — ABREUTOUR
Telex 22740 or 22315 or 22448
Teleph. 37921 (15 lines) — 29565

138 YEARS
OF TRADITION



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.º — Lisboa - 1 — Telef. 55 59 39

4. Em seguida são considerados os *Equivalentes Depressivos* ou seja, os quadros sintomatológicos que constituem o equivalente somático de uma depressão endógena, quer latente (depressão mascarada), quer também quando aparecem alguns sintomas do núcleo depressivo. É discutida a utilidade dos fármacos antidepressivos.

5. Por último é abordado o *síndrome psicossomático* ou psicofisiológico, entendido como um processo de longa evolução onde se entrelaçam quadros de ordem constitucional e temperamental com os de natureza psicológica e ambiental num terreno que é o tecto da personalidade do indivíduo.

Os autores delimitam as áreas de dor orgânica e psicogénica e referem as descrições de WEINTRAUB do simbolismo das situações dolorosas do aparelho locomotor dependentes das áreas onde a dor se instala.

Por último são apresentados alguns casos clínicos de doentes com padecimentos da coluna vertebral onde a abordagem clínica e terapêutica de natureza reumatológica e psiquiátrica se fez simultaneamente.

BIOFEEDBACK E.M.G. — APLICAÇÃO DE UM NOVO MÉTODO EM DOENTES DA COLUNA

MEIRELES, H.; MONTERO, A. e GOMES M.
Porto — Portugal

Os autores relatam no presente trabalho uma investigação que está a ser realizada no Departamento de Psiquiatria e Psicologia da Faculdade de Medicina do Porto, em colaboração com o Serviço de Reumatologia do Hospital de S. João — Porto, na qual pretendem avaliar a utilidade de um treino de relaxamento muscular nas algias de natureza psicogénica localizada nos diversos segmentos vertebrais. O treino de relaxamento é efectuado com apoio numa técnica de bio-feedback electromiográfico, técnica essa em que o doente é informado do grau de maior ou menor contracção da sua musculatura através de um sinal auditivo de frequência variável.

Os doentes foram enviados pela consulta externa de Reumatologia, tendo-se utilizado como critério de selecção a existência das referidas algias, não explicadas por qualquer alteração orgânica da coluna vertebral ou por defeitos posturais evidentes.

Para além do estudo clínico de cada doente (história da doença, antecedentes pessoais e familiares, exames complementares), aplicou-se um questionário de auto-avaliação, destinado a medir certos traços da personalidade, e uma escala analógica para auto-avaliação da dor na coluna.

No decurso do treino, que consistiu em seis sessões de quinze minutos cada (duas por semana), os níveis de relaxamento obtidos nos doentes foram avaliados através dos valores fornecidos pelo electromiógrafo.

Por outro lado, o efeito do treino sobre a sensibilidade dolorosa foi determinado através da escala analógica já referida, a qual foi novamente aplicada nas segunda, quarta e sexta sessões do treino.

Tendo em vista a determinação da utilidade da técnica proposta, estudam-se dois grupos de doentes, em condições idênticas, apenas se fornecendo a um deles a informação em feedback.

CONCEITO SINDRÓMICO DE ESPONDILO-ARTROPATIAS SERO-NEGATIVAS

VAZ, A.
Secção de Reumatologia do Hospital de S. João
Porto — Portugal

A designação de espondilo-artropatias sero-negativas, aplica-se a um conjunto de afecções que apresentam, de comum, os seguintes factos (WRIGHT e MOLL):

— Sinais radiológicos de sacro-ileíte, com ou sem manifestações clínicas de espondilite anquilosante.

- Envolvimento das articulações periféricas, mais frequentemente das grandes ou médias articulações, dum modo habitualmente assimétrico.
- Sero-negatividade para o factor reumatóide.
- Ausência de nódulos subcutâneos.
- Inter-relações clínicas entre as diversas entidades do grupo.

As afecções incluídas no síndrome são, além da espondilite anquilosante idiopática — entidade principal do grupo — o síndrome de Reiter, a artrite psoriásica, a colite ulcerosa, a doença de Crohn, a doença de Whipple e o síndrome de Behcet.

Além das características acima mencionadas, o envolvimento do calcâneo (erosão cortical, esporões, periostite, condensação óssea da grande tuberosidade) constitui um aspecto que podemos dizer também, comum a algumas das entidades do síndrome.

A existência de características próprias de algumas lesões destas afecções — como o carácter auto-limitado das artrites periféricas nas enterocolopatias, a tendência osteolítica de certas formas de artrite psoriásica ou, segundo alguns autores, certas diferenças morfológicas das ossificações para-vertebrais — não parecem ter a importância suficiente para obscurecer a comunhão verificada entre todas, não só quanto às características anatomopatológicas das lesões, mas também quanto ao padrão genético que as modela.

Na realidade são características gerais da maior parte das espondilo-atropatias sero-negativas a tendência para a evolução rapidamente fibrótica das discretas lesões inflamatórias, a metaplasia óssea atingindo tecidos intrarticulares e peri-articulares e a preferência topográfica para as entesopatias (lesões das inserções osteo-ligamentares ou seus equivalentes: inserção das fibras exteriores do anel fibroso discal nas vértebras adjacentes; junção osteo-capsular das inter-apofisárias ou das costo-vertebrais; junções osteo-tendinosas e osteo-aponevróticas ao nível do calcâneo).

A esta comunhão de aspectos lesionais há a somar um património genético em certos aspectos comum, testemunhado pela alta frequência do fenótipo B 27 do sistema HLA nas diferentes formas de espondilo-artropatia reumática.

Dada a inter-relação, recentemente suspeitada, ao nível do cromossoma 6, entre o gene que determina a presença da característica B 27 e o gene que regularia as respostas imunológicas (gene Ir) é possível supor que o genótipo que condiciona o aparecimento daquele antígeno de histocompatibilidade, possa, através do gene Ir condicionar também, por mecanismos imunológicos, a eclosão da doença espondilartrítica.

EPIDEMIOLOGIA E CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA PELVISPONDILITE REUMATISMAL

FIGUEIRINHAS, J.
Instituto Português de Reumatologia
Lisboa — Portugal

Começando por referir algumas das designações pelas quais também é conhecida a *Pelvispondilite Reumatismal* (Doença de Bechterew, Doença de Strümpel, Doença de Pierre-Marie, Doença de Strümpel - Pierre-Marie, Doença de Bechterew - Strümpel - Pierre-Marie, Espondilite Anquilosante, Espondilite Anquilopoiética, Espondilartrite Anquilopoiética, Reumatismo Vertebral Crónico, Espondilose Rizomélica, Espondilite Reumatóide, Espondilartrite Reumatóide, Espondilartrite Reumática Anquilosante, Espondilite Reumatismal, Espondilartrite Reumatismal, Pelvispondilite Anquilosante, Pelvispondilite Reumatismal, etc.), o autor faz uma alusão à antiguidade das primeiras lesões encontradas e às primeiras descrições clínicas que conduziram ao isolamento desta entidade.

Seguidamente alude-se aos *critérios de diagnóstico* de Roma e de Nova Iorque. O autor, depois, refere-se às *entidades* que foram sendo isoladas sucessivamente, o que conduziu à formação de dois grupos: o das *Pelvispondilites Primárias* e o das *Pelvispondilites Secundárias* (Artrite Reumatóide, Artropatia Psoriásica, Síndrome de Reiter, Retocolite Úlcero-Hemorrágica, Doença de Crohn, Doença de Whipple, Doença de Behcet, Doença Periódica).

Seguidamente alude-se à descoberta do *sistema de histocompatibilidade HLA*, tendo-se demonstrado, através de dados obtidos epidemiologicamente, a estreita relação

entre antigénio HLA-B 27 e pelvispondilite. A importância desta associação é tão grande que a sua presença passou a fazer parte dos critérios de diagnóstico.

Estes novos conhecimentos vieram alterar e quase anular todos os *dados epidemiológicos* obtidas anteriormente. Assim, refere-se a grande importância do antigénio HLA-B 27 para o diagnóstico da doença nas mulheres e para o diagnóstico de casos duvidosos.

O estudo da associação HLA-B 27 e pelvispondilite veio também alterar as clássicas bases da investigação epidemiológica da pelvispondilite, fazendo desviar a atenção, no momento actual, para o *estudo epidemiológico da sacro-ileite* em grandes grupos populacionais.

Podê dizer-se, pois, que o grupo pelvispondilite está em ebulição.

PELVISPONDILITE IDIOPÁTICA E COLUNA VERTEBRAL

POÇAS, L. J. T.

Secção de Reumatologia do Hospital de S. João

Porto — Portugal

As primeiras manifestações da pelvispondilite localizam-se ao nível das articulações sacro-iliacas e da coluna vertebral. Para o diagnóstico desta doença, os elementos clínicos de maior valor são a dor, a atitude do doente e a radiologia das articulações sacro-iliacas e coluna vertebral.

A dor, de características inflamatórias, apresenta-se de início insidioso, num indivíduo de idade inferior a 40 anos, localizada no segmento lombo-sagrado, podendo atingir outras articulações: discos vertebrais, inter-apofisárias, manúbrio-esternais, esternocostais, sínfise pública. Nas formas mais avançadas, a atitude típica do doente espondilítico é praticamente diagnóstica: flexão anterior da coluna cervical, acentuação de cifose dorsal com rigidez torácica, apagamento da lordose lombar, inclinação global anterior do tronco.

A sacroileite radiológica é o elemento mais importante para o diagnóstico da pelvispondilite: irregularidade das interlinhas, osteoporose ilíaca, condensação para-articular, apagamento do espaço articular e anquilose óssea. Ao nível da coluna vertebral a observação de sindesmófitos, resultantes da calcificação dos ligamentos paravertebrais, constitui igualmente um importante elemento de diagnóstico: sindesmofitose isolada, coluna de bambú, coluna em linha de comboio. Em alguns casos, as alterações líticas dos corpos vertebrais provocam o aparecimento de imagens radiológicas de espondilidiscite.

Fracturas vertebrais e síndrome compressivo da cauda de cavalo são as principais complicações da pelvispondilite ao nível da coluna.

A COLUNA NAS PELVISPONDILITES SECUNDÁRIAS

ALMEIDA, M. G.

Secção de Reumatologia do Hospital de S. João

Porto — Portugal

As manifestações articulares das enterocolopatias — colite ulcerosa, doença de Crohn e doença de Whipple — podem revestir dois quadros clínicos distintos: uma expressão periférica ou uma expressão axial, semelhante à pelvispondilite anquilosante idiopática. Os síndromes de Reiter e Behcet, mesmo na forma de início poliarticular, podem evoluir em alguns casos para uma pelvispondilite, o mesmo acontecendo em alguns casos de psoríase com manifestações articulares.

Nestas entidades as manifestações do atingimento axial são sobreponíveis entre si e às da pelvispondilite anquilosante idiopática, embora haja diferenças sobretudo em relação com a intensidade e frequência das manifestações. O atingimento das sacro-iliacas, habitualmente bilateral e simétrico na pelvispondilite anquilosante e na colite

ulcerosa, é unilateral ou assimétrica no Reiter e na psoríase. situações em que a sacro-iléite é, por vezes, mais intensa que na pelvispondilite idiopática. Em relação ao atingimento da coluna, verifica-se uma menor intensidade e frequência das lesões no Reiter e na psoríase em relação às outras causas de espondilite. Estas diferenças levaram alguns autores a especular acerca da possibilidade de fazer o diagnóstico diferencial entre as diferentes pelvispondilites secundárias, através da análise comparativa de certos sinais radiológicos.

A relativa homogeneidade do quadro clínico e radiológico das diferentes afecções do grupo poderá estar na dependência de um determinante genético comum, dada a elevada frequência, em todas elas, do fenótipo B 27.

ALTERAÇÕES DA COLUNA CERVICAL NA ARTRITE REUMATÓIDE

CARDOSO, M. L.

Secção de Reumatologia do Hospital de S. João
Porto — Portugal

O envolvimento da coluna pela Artrite Reumatóide é hoje em dia facto estabelecido.

No entanto é, sem dúvida, o segmento cervical que tem merecido mais atenção da parte de diversos autores, nos últimos anos, dada a importância clínica de que se reveste pela frequência com que estas lesões dão origem a dor, incapacidade, luxações e compressão medular com resultados por vezes fatais.

Quer a forma juvenil quer a forma adulta da doença podem atingir a coluna cervical, sendo mais frequente nos casos seropositivos.

O processo inflamatório intrarticular e as alterações histopatológicas características de sinovite reumatóide, podem estabelecer-se ao nível das articulações sinoviais da coluna cervical, com atingimento das estruturas de suporte, cápsulas e ligamentos, podendo originar luxações, anquilose e erosões das estruturas ósseas:

- Subluxação atlantoaxoideia em que o atingimento do ligamento transversal do atlas constitui o elemento principal.
- Artrite das articulações uncovertebrais e inter-apofisárias, podendo originar instabilidade cervical.
- Lesões discovertebrais provenientes quer da extensão do processo inflamatório das articulações vizinhas quer da sobrecarga discal resultante da instabilidade segmentar.

Dor, sinais de compressão medular e de insuficiência vertebrobasilar, constituem a sintomatologia fundamental.

O estudo radiológico, embora tardiamente, reflecte os processos patológicos que se estabelecem na coluna. Imobilização cervical e cirurgia são as principais atitudes terapêuticas.

HIPEROSTOSE VERTEBRAL ANQUILOSANTE

QUEIRÓS, M. V.

Núcleo de Reumatologia do Serviço de Medicina IV do Hospital de Santa Maria
Lisboa — Portugal

Descrita pela primeira vez em 1950 por Forestier e Rotés-Querol, a Hiperostose Vertebral Anquilosante (H.V.A.) é uma entidade anátomo-clínica relativamente pouco conhecida pelos generalistas.

Porque não é rara, e porque tem levado por vezes a diagnósticos erróneos, o autor, depois de a caracterizar, aborda o seu diagnóstico diferencial.

Apresenta em seguida a sua experiência baseada num estudo feito em cinco mil doentes reumáticos, chafando a atenção para a associação desta entidade com algumas Doenças Metabólicas.

OHB₁₂

HIDROXICOBALAMINA

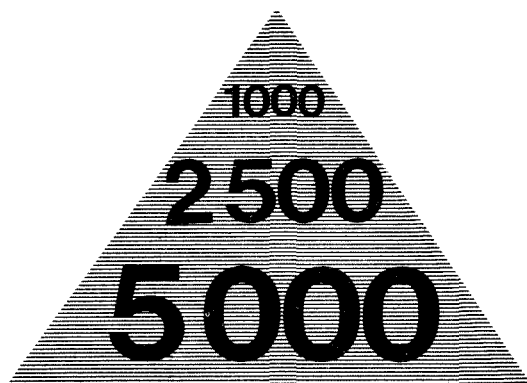
10 000

5 000

2 500

1 000

AMPOLAS LIOFILIZADAS

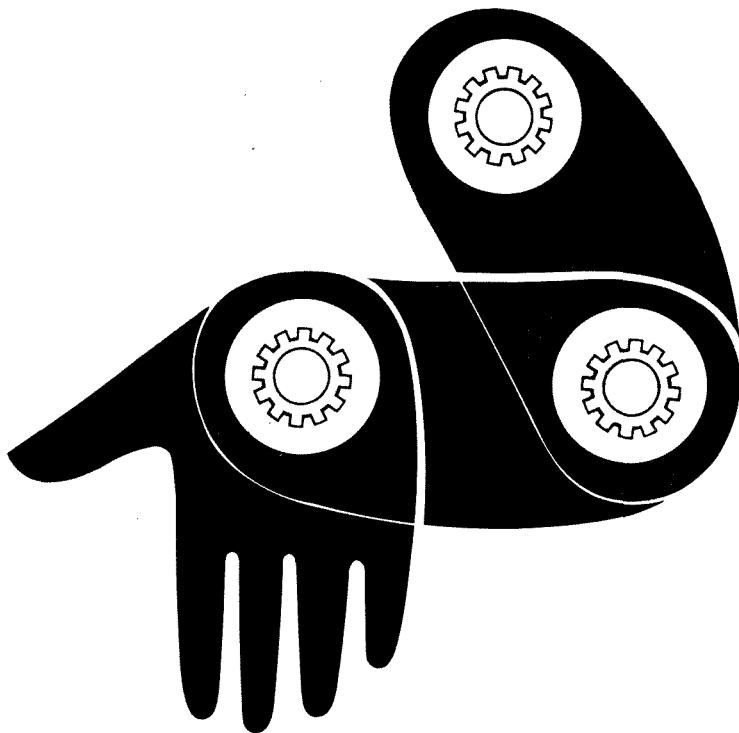


OHB₁₂B₁

HIDROXICOBALAMINA
+
MONOFOSFATO TIAMINA



XXXIX



DEXAMOVIRENE

O anti-reumatisal
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 abarticlar.

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-reumatisal máximo para um risco mínimo de incidentes terapêuticos.



DIVISÃO FARMACÊUTICA

Bruxelas

Bélgica

ESPONDILOARTROPATIAS SERONEGATIVAS E DOENÇA INTESTINAL

VELOSO, F. T.
Porto — Portugal

Artrite e doença intestinal, coexistem no mesmo doente em frequência muito superior à que seria de esperar pelo acaso.

A incidência de espondilite anquilosante em doentes com colite ulcerosa e doença de Crohn é cerca de vinte vezes superior à verificada na população em geral. Inversamente, os doentes com espondilite anquilosante, apresentam, também, uma maior incidência de doença inflamatória crónica do intestino. Esta associação deve ser sistematicamente investigada, uma vez que as manifestações extra-intestinais, constituem muitas vezes as queixas principais de doentes com formas leves de doença inflamatória crónica intestinal.

Apresentam-se as principais características reumatismais de 20 doentes com doença intestinal e artrite seronegativa, sendo o diagnóstico em 14 de colite ulcerosa, em 5 de doença de Crohn e um de doença de Whipple.

O diagnóstico da doença intestinal foi conseguida muitas vezes a partir do estudo orientado em doentes com artropatias inflamatórias seronegativas.



RESUMOS DE TRABALHOS APRESENTADOS NO 2.º CURSO INTENSIVO DE REUMATOLOGIA DA SOCIEDADE PORTU- GUESA DE REUMATOLOGIA PARA PÓS-GRADUADOS

(LISBOA, 8 E 9 DE JUNHO DE 1978)

PÉ REUMATÓIDE

VAZ, A. L., e SOARES, L.
Porto — Portugal

Foram estudados 75 casos de Artrite Reumatóide.

A doença iniciou-se pelo pé isoladamente em 27% dos casos e, em associação com outras queixas, em 48%.

Lesões destrutivas das metatarso-falângicas foram mais frequentes nos casos com evolução superior a 4 anos (73%) com velocidade de sedimentação superior a 30 mm na primeira hora (75%), nos casos sero positivos (79%) e naqueles que apresentavam o grau III ou IV de Steinbrocker (77%) do que respectivamente nos casos com evolução inferior a 4 anos (54%) com velocidade de sedimentação inferior a 30 mm (54%) nos casos sero negativos (30%) e nos casos com os graus I e II de Steinbrocker (58%).

O metatarso estava atingido em 27% dos casos pela seguinte ordem decrescente: astragalo-escafoideia — 24%; escafocuneana — 20%; calcâneo-cuboideia — 6%; e cubóidometatársica e cuneo-metatársicas — 4%.

No pé posterior verificou-se atingimento da tibiotársica em 10% dos casos, da subastragaliana em 6% e do calcâneo em 27%.

PÉ PSORIÁSICO

CARDOSO, L.; DIAS, C.; VAZ, A. L.
Porto — Portugal

Adoptamos como definição de artrite psoriásica, na selecção do grupo de doentes em estudo, à semelhança de alguns autores, o estabelecimento duma artrite inflamatória associada com psoríase anterior ou posterior ao início da artrite, habitualmente com factor reumatóide sérico negativo.

Foram avaliados 27 doentes, 16 do sexo feminino (59,2%) e 11 do sexo masculino (40,8%), com idade compreendida entre 2 e 60 anos.

A idade média de início da artrite foi de 29,22 anos e a da psoríase 24,85 anos. O estudo da relação do início da psoríase com o da artrite revelou em 16 casos (59,3%) ser a manifestação da psoríase anterior ao da artrite, em 6 casos (22,2%) simultâneo e em 5 casos (18,5%) a psoríase manifestou-se posteriormente à artrite.

As queixas articulares iniciais predominaram no segmento do pé, sendo a articulação tibiotársica a de valor mais alto (37,0%) seguindo-se-lhe o calcâneo e mediotarso (29,6%), metatarsófalangicas (18,5%) e dedos (11,1%).

O estudo da evolução das queixas articulares e do exame clínico articular actual revelou um aumento acentuado dos valores percentuais anteriores.

A assimetria foi característica evidente, verificaram-se alterações radiológicas do pé em 10 casos (de 24) — 41,66% com predomínio das metatarso-falangicas (60%). O mediotarso em 20%; o calcâneo posterior em 40% e o inferior em 30%. A tibiotársica apenas em 10%, em oposição à clínica.

A ALGODISTROFIA REFLEXA DO PÉ

SIMON, L.
Montpellier — France

A algodistrofia reflexa do pé (estudada a partir de 122 observações entre um lote de 188 casos de algodistrofia reflexa do membro inferior) é um diagnóstico de eliminação em que se impõe a maior prudência. A afecção evolui num terreno particular (adulto entre 40 e 70 anos, submetido a microtraumatismos profissionais) favorecida por factores gerais (comicialidade, etilismo, distonia, etc...) locais (problemas estáticos) ou terapêuticos.

A sintomatologia clínica resume-se numa impotência dolorosa para andar, associada ou não a modificações locais do pé (edema, problemas vaso-motores). Os sinais radiográficos, mais tardios são sintomáticos. As formas bipolares ou extensivas tornam o diagnóstico mais difícil.

Um tratamento precoce e bem codificado assegura uma cura rápida.

O PÉ NA FEBRE REUMÁTICA

FALEIRO, L. L.
Instituto Português de Reumatologia
Lisboa — Portugal

O autor justifica a participação dum cardiologista num curso de reumatologia para pós-graduados pela alta frequência de doenças de coração de causa reumática existentes no nosso país.

Considera que a existência de queixas articulares incluindo nas articulações do pé nos grupos etários mais jovens justifica uma observação clínica e laboratorial que exclua a existência de infecção estreptocócica, febre reumática ou provável cardiopatia. A sua experiência na consulta de Cardiologia Preventiva do I.P.R. mostra a grande percentagem de casos de etiologia reumática em grande parte devidos a falta de profilaxia apropriada e ligada ao baixo nível socioeconómico e cultural das populações.

DOENÇAS VASCULARES DO PÉ

FARRAJOTA, A.
Hospitais Cívicos de Lisboa
Lisboa — Portugal

Antes de entrar propriamente na descrição das doenças vasculares que podem afectar o membro inferior e muito em especial do pé, descreve-se muito resumidamente alguns dos componentes anatómicos, mais directamente ligados com as doenças em questão, fazendo-se uma referência especial ao sistema nervoso simpático, pela sua importância na regulação vaso motora ao nível dos pequenos vasos e portanto ao nível do pé.

Dependendo do tipo do vaso lesado, as doenças que podem afectar o pé, referem-se as que são devidas a lesões das artérias, das veias e dos linfáticos, dando especial importância às primeiras pela sua maior frequência e gravidade e ainda por serem doenças que na fase inicial mais dificuldades poderem pôr no diagnóstico diferencial com doenças do foro reumatismal.

Após ligeira e rápida descrição das mais habituais, descreve-se a sua sintomatologia pondo-se em realce a dor nas doenças de tipo arterial e o edema nas do tipo venoso e linfático e os exames complementares mais vulgares, pondo em relevo a Arteriografia, a Flebografia e Linfangiografia, como métodos fundamentais para o diagnóstico correcto das doenças do foro vascular. Termina-se referindo os diversos meios terapêuticos quer médicos, quer cirúrgicos, que temos ao nosso alcance para o tratamento das doenças vasculares que podem reflectir-se no Pé.

DERMATOSES DOS PÉS

FONSECA, N.
Hospital Militar Principal
Lisboa — Portugal

O A. classifica e caracteriza de maneira sucinta as dermatoses dos pés mais frequentemente observadas na clínica diária. Na sua exposição foca os numerosos factores que predispoem, desencadeiam e mantêm o sofrimento cutâneo desta região, nomeadamente os que resultam da posição ortostática, dos hábitos higiénicos individuais e do meio ambiente de calor e humidade artificialmente produzidos pelo uso do calçado.

A terapêutica das dermatoses dos pés é abordada nos seus aspectos gerais, principalmente no que respeita à prevenção e correcção das situações anómalas que as produziram.

TUMORES ÓSSEOS DO PÉ

GARRETT, V.
Açores — Portugal

No campo da Patologia do Pé a incidência de neoplasias e lesões para-tumorais é pouco frequente, verificando-se uma baixa percentagem em relação à já escassa frequência na global patologia tumoral dos ossos.

Na revisão duma estatística global de tumores ósseos — malignos (1216) e benignos (637) — localizaram-se no pé, respectivamente, 7 casos a que corresponde uma percentagem de 1,7% e indica-se a sua distribuição histológica.

Em face a esta reduzida localização tumoral, advém limitada experiência adquirida e consequentes problemas no diagnóstico. E ainda, por outro lado, na maioria dos tumores ósseos os sintomas locais e o resultado do exame médico são relativamente inespecíficos. Os usuais sintomas — dor e edema — servem principalmente como guia para a correcta incidência radiográfica, biópsia, etc., e são comuns a outros processos. Daqui as confusões com outras entidades nosológicas e faz-se referência aquelas citadas na literatura médica.

Considera-se a vantagem da apresentação numa mesa-redonda de Reumatologia, de situações patológicas cujo diagnóstico exija uma valorização clínica, contributo de colaboração de diferentes especializações médicas trabalhando em grupo.

AMPUTAÇÕES E PRÓTESES

ROCHA, A. D.
Hospitais Cívicos de Lisboa
Lisboa — Portugal

Recordam-se os actuais conceitos de amputação e seus níveis.

A amputação não deve ser encarada como uma intervenção mutilante, mas como uma etapa inicial no processo de Reabilitação do doente. Esta perspectiva é-nos dada pelos actuais progressos no campo da protetização e reabilitação dos amputados.

Referem-se alguns elementos estatísticos da consulta de Prótese dos H. C. L.

Consideram-se os níveis de amputação mais aceitável a nível dos dedos com prioridade para conservação do 1.º e 5.º

A transmetatársica que tem boa função deveria ser económica para melhorar ao máximo essa função.

As amputações tarsometatársicas e médio-társicas, caíram em desuso, pelo desequilíbrio biomecânico que provocam na marcha sem possibilidade de boa protetização.

Por último a desarticulação tíbio-társica é aceite com um bom nível de amputação, fácil e funcionalmente protetizável.



RESUMO DO RELATÓRIO APRESENTADO À SESSÃO SOLENE DA S.P.R.

O PANORAMA (TRISTE) DA REUMATOLOGIA EM PORTUGAL

FIGUEIRINHAS, J.
Sociedade Portuguesa de Reumatologia
Lisboa — Portugal

Procurando fazer um pequeno relatório sobre o estado actual da Reumatologia em Portugal, o A. foca a importância que os clínicos gerais, a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Reumatologia tiveram como grupos de pressão para o reconhecimento legal da Especialidade.

Dividindo o seu relatório em diversos parágrafos — **Introdução, Ensino, Serviços de Reumatologia, Especialistas e Especialidade, Responsabilidades Oficiais, Reumatologia «Encaixada», Comissão de Estruturação da Reumatologia e Apetrechamento Humano** — o A. desenvolve resumidamente cada um destes temas.

O trabalho termina com a exposição de algumas **Perspectivas** que, no entender do A., são extremamente sombrias, para o que se baseia fundamentalmente em quatro pontos: falta de ensino, falta de serviços, falta de reumatologistas e falta de uma mentalidade corrigida e aberta da parte das nossas autoridades. Só com a ultrapassagem destes pontos fundamentais se poderá ainda salvar o salvável e relançar a Reumatologia de forma a que as populações portuguesas possam vir a beneficiar realmente desta especialidade indispensável.

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

ARTRIBID 200

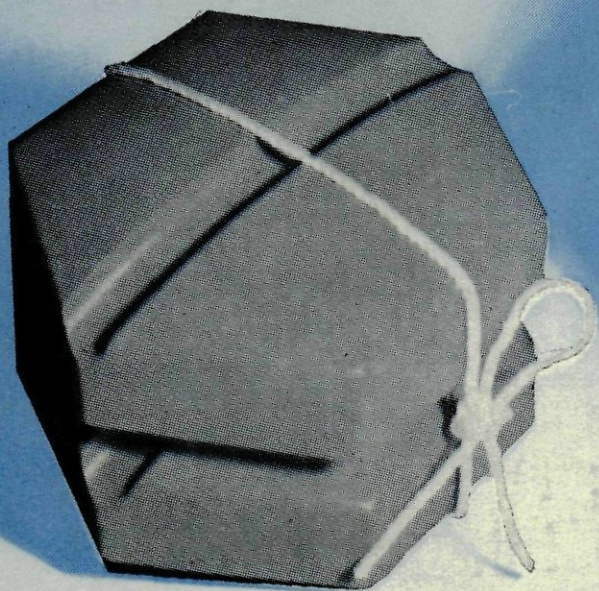
(sulindac, MSD)

NOVO

Novo comprimido de 200 mg
para satisfazer as necessidades
terapêuticas de muitos doentes
com artrite reumatóide

- uma dosagem verdadeiramente simples
1 comprimido duas vezes ao dia
- acção analgésica e anti-inflamatória
elimina a rigidez matinal
alívio da dor diurna e nocturna
- alívio dos sintomas nas 24 horas
permite aos doentes exercer
as actividades diárias
permite aos doentes dormir toda a noite

Porque a inflamação articular pode
exigir uma terapêutica de longa duração



A pedido dos médicos fornecemos informações detalhadas sobre o produto.

MSD
MERCK
SHARP &
DOHME
LIMITADA

*Marca registada

MSD

B-73 COR 78-R-725 J (P)