

3.º Trimestre - 1983



ACTA

REUMATOLÓGICA

PORTUGUESA

Vol. IX

3

Sociedade
Portuguesa de
Reumatologia



ANTI-INFLAMATÓRIO

DORINDAC®

ANTI-INFLAMATÓRIO, COM
PROPRIEDADES ANALGÉSICAS.
PARA A MAIORIA DAS SITUAÇÕES
REUMÁTICAS.
EXCELENTE TOLERÂNCIA

APRESENTAÇÃO

DORINDAC — Duo — 20 comp. + 20 supositórios	— 848500
DORINDAC — Comp. — Caixa de 50 comp.	— 873850
DORINDAC — Sup. — Caixa de 20 sup.	— 512500
FLEXIBAN — Caixa de 30 comp.	— 410850
FLEXIBAN — Caixa de 50 comp.	— 647500
FLUNIDOR — Caixa de 24 comp.	— 496850
FLUNIDOR — Caixa de 12 comp.	— 267500
FLUNIDOR — Carteira 4 comp.	— 98850

UMA SOLUÇÃO
PARA A DOR
DE ETIOLOGIA
DIVERSA

RELAXANTE MUSCULAR

FLEXIBAN®

MIORELAXANTE DE ACÇÃO RÁPIDA E
SELECTIVA PARA A MUSCULATURA
ESQUELÉTICA EM ESPASMO.
NÃO INTERFERE COM A FUNÇÃO
MUSCULAR NORMAL.
A EFICÁCIA É INDEPENDENTE
DE SEDAÇÃO

ANALGÉSICO

FLUNIDOR®

PARA A DOR DE DIVERSA ETIOLOGIA.
O ANALGÉSICO EFICAZ COM PROPRIEDADES
ANTI-INFLAMATÓRIAS.
BEM TOLERADO. 12 HORAS DE ACÇÃO.



ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

(TRIMESTRAL)

Volume VIII — Tomo 3

1983 — Setembro

N.º 28

Sumário

EDITORIAL 121

ARTIGOS ORIGINAIS

— Epidemiologia do Reumatismo Psoriásico
J. Figueirinhas e C. Catita 125

TEMAS INTERDISCIPLINARES

— As manifestações reumáticas das Hepatopatias
José Moura e Armando Porto 141

— Artrite crónica juvenil — Protocolo de diagnóstico e terapêutica
Lino Rosado, M.ª Emilia Santos, C. Patacas e A. Brito Avó 149

— Informação Proprioceptiva e visual no Síndrome de Deficiência Postural (SDP)
H. Martins da Cunha 157

VULTOS & FASTOS DA REUMATOLOGIA

— A Rainha Dona Leonor e o Hospital das Caldas da Rainha
Robert Pereira Martins 167

ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA 179

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

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

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: Emp. Tip. Casa Portuguesa, Sucs., Lda. — R. das Gáveas, 109 — 1200 Lisboa — Telef. 36 67 76

Sommaire

EDITORIAL	121
MEMOIRES ORIGINAUX	
— L'Epidemiologie du Rhumatisme Psoriasique <i>J. Figueirinhas et C. Catita</i>	125
THEMES INTERDISCIPLINAIRES	
— Les manifestations rhumatismales des Hepatopathies <i>José Moura et Armando Porto</i>	141
— Les Rhumatismes chroniques de l'enfant — Protocole de diagnostic et de traitement <i>Lino Rosado, M.ª Emilia Santos, C. Patacas et A. Brito Avô</i>	149
— L'Information proprioceptive et visuelle dans le Syndrome de Déficience Posturale (SPD) <i>H. Martins da Cunha</i>	157
PERSONNAGES ET FAITS DE LA RHUMATOLOGIE	
— La Reine Eléonore et l'Hôpital de Caldas da Rainha <i>Robert Pereira Martins</i>	167
ANALYSE	179

Contents

FOREWORD	121
ORIGINAL PAPERS	
— Psoriatic arthritis. An epidemiological study <i>J. Figueirinhas and C. Catita</i>	125
INTERDISCIPLINARY THEMES	
— The articular manifestations of the Hepatic diseases <i>José Moura and Armando Porto</i>	141
— Juvenile chronic polyarthritis - Protocol of the diagnostic and of the treatment <i>Lino Rosado, M. Emilia Santos, C. Patacas and A. Brito Avô</i>	149
— Proprioceptive and visual information in the Postural Deficiency Syndrome (PDS) <i>H. Martins da Cunha</i>	157
PERSONS AND EVENTS OF THE RHEUMATOLOGY	
— The Queen Leonora and the Hospital of Caldas da Rainha <i>Robert Pereira Martins</i>	167
REVIEW	179

FICHA TÉCNICA

DIRECTOR: Luís de Araújo Rego.

REDACTOR-CHEFE: Robert Pereira Martins.

REDACTORES: Adriano Neto, Aurora Marques, J. R. Ribeiro da Silva e M. Cristina Catita.

CONSELHO CIENTIFICO: Todos os Membros do Conselho Científico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

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

PUBLICAÇÃO: Trimestral (Março, Junho, Setembro e Dezembro). Cada 4 números, 1 volume. Faz e solicita permuta.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA: *Acta Reuma. Port.*, volume (tomo): pág.-págs., ano.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:

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

EDITORIAL

A luta dos poucos reumatologistas portugueses pela Reumatologia e pelos direitos dos doentes reumáticos parece estar a conhecer um aspecto novo e até assaz curioso.

Com efeito, depois de lermos o que ultimamente foi escrito por dois ilustres Professores de Lisboa e aliás, dos nossos mais distintos confrades na Sociedade Portuguesa de Reumatologia, os Profs. Fernando de Pádua ⁽¹⁾ e Salles Luís ⁽²⁾, somos forçados ⁽³⁾ a tecer algumas considerações a contrapor à «verdade actual» por eles e até já por grande parte dos médicos reconhecida — a importância ímpar da Reumatologia, a necessidade de prestar cuidados especializados e a tempo aos doentes reumáticos e a vantagem médico-social de fazer a prevenção das doenças reumáticas.

Fernando Pádua, com o brilho e o entusiasmo que o caracterizam, reconhece os factos, pretende justificar a inclusão da Reumatologia num Serviço de Medicina Interna, embora predominantemente vocacionado para a Cardiologia, realça ter sido no seu Serviço que houve o primeiro «Núcleo» de Reumatologia do Hospital Escolar de Santa Maria, honra-se da investigação clínica e experimental aí realizada e põe a ênfase no clínico, generalista ou médico de família.

Vejamos os factos à luz de outra «verdade»:

Há muitos anos, pouco depois da sua inauguração, foi criado um «Serviço de Reumatologia» no Hospital de Santa Maria e durante muito tempo existiu a indicação do mesmo nas escadarias e elevadores, embora ele nunca tenha funcionado! Porquê?...

Quanto à integração de Especialidades subsidiárias da Medicina Interna em Serviços desta como «núcleos», «unidades», «valências», «departamentos», é necessário, em primeiro lugar, verificar o que resta — para além de um conceito médico-filosófico globalista, mais teórico-didáctico do que prá-

(1) Notícias Médicas, XII, 1154, 11-7-1983.

(2) Arq. Reumatol., V(8), 32:277-280, 1983.

(3) Presidente do Colégio de Reumatologia da Ordem dos Médicos.

tico — da Medicina Interna, depois desta ter sido, ao longo dos dois últimos séculos, desmembrada em várias especialidades, em que o conceito de multidisciplinaridade foi substituído pelo da interdisciplinaridade e até face ao curriculum dos estudos médicos de graduação, actualmente em vigor.

Aliás, se exceptuarmos Barros Veloso, Monteiro Baptista, Óscar Can-deias, os nossos mais distintos internistas são, de facto, cardiologistas, gas-trenterologistas, endocrinologistas, nefrologistas, hematologistas, etc. e longe do conceito de «internista puro» que caracterizou Pulido Valente e Fernando da Fonseca, por exemplo. Verificou-se isso a quando do reconhecimento da especialidade de Medicina Interna pela Ordem dos Médicos, em que acorreram a inscrever-se numerosos médicos que se julgava praticarem uma «especialidade», na acção corrente do termo, e se limitaram a acrescentar mais um título profissional.

O «Núcleo de Reumatologia» do Serviço do Prof. Pádua constituiu-se a partir de um só especialista, a cuja formação reumatológica foi estranho o Hospital de Santa Maria ou outro, em Portugal.

Pese embora a cópia de brilhantes trabalhos de investigação aí realizados, o próprio Prof. Pádua reconhece «A consulta de reumatologia tem um movimento extraordinário, espectacular diria, que faz com que o Serviço (que tem que abarcar toda a patologia, não só pelo seu funcionamento como Serviço de Medicina Interna que recebe doentes do Banco, como pelo facto de estar voltado para o ensino), tenha de internar os doentes do foro reumatismal numas 10 a 12 camas, o que é, infelizmente, pouco, dado que é o único Serviço ao sul do Mondego, que tem internamento na valência de reumatologia». Diga-se, no entanto, que o IPR tem tentado ter um internamento desde 1954 (!) e presentemente dispõe de 24 camas, exclusivamente para doentes reumáticos, mas desocupadas porque as estruturas oficiais de Saúde no País não «gostariam» de ver uma instituição particular e de corpo clínico «fora dos seus quadros formativos hospitalares», fazer o que elas ainda não podem fazer com suficiência, embora o desejem por qualquer modo...

A admitirmos, como quer o Prof. Pádua, a vantagem da integração da Reumatologia como «valência» num Serviço de Medicina Interna, para que existir Serviços autónomos de Neurologia e Pneumologia, por exemplo, que estão no mesmo plano em relação à Medicina Interna? Será por haver Professores e Directores de Serviço Hospitalares nelas interessados?

Vejamos agora as contradições do nosso distinto confrade, o Prof. Salles Luís:

Quando diz «... só há poucos anos a Reumatologia se afirma com a presença de uma real autonomia e concretiza os seus terrenos», esquece que o IPR data de 1953, época em que pelo Mundo fora havia Serviços Hospitalares de «Reumatologia» e esta era praticada por médicos como Sèze, Coste, Delbarre, Nanna Svartz, Barceló, Michotte, Schoen, Robecchi, Lench, Hench, Pap, Ballabio, Freyberg, Serre, etc., e que os pioneiros da Reumatologia em Portugal (Assunção Teixeira, Mendonça da Cruz, Neiva Vieira, etc.) fizeram a sua formação básica na Espanha, França, Inglaterra, Suécia ou Estados Unidos.

Feldene*20



PIROXICAM

RÁPIDO ALÍVIO DA DOR E DA INFLAMAÇÃO, QUE SE MANTÉM POR 24 HORAS... ...COM A MAIS CÓMODA POSOLOGIA.

Em processos crónicos

ARTROSE

ARTRITE
REUMATÓIDE

ESPONDILITE
ANQUILOSANTE

1 Cápsula
cada 24 horas
(20 mg de piroxicam)

Em situações musculoesqueléticas agudas

LOMBALGIAS
DORSALGIAS
BURSITES
TENDINITES
ENTORSES
SINOVITES,
ETC.

Nos 2 primeiros dias
2 Cápsulas cada 24 horas
(40 mg de piroxicam)
Nos dias seguintes
1 cápsula cada 24 horas
(20 mg de Piroxicam)

Composição

1 cápsula de FELDENE 20 contém 20 mg de piroxicam.

Indicações

Artrite reumatóide, doenças articulares degenerativas (artroses), espondilite anquilosante, perturbações agudas da musculatura esquelética, gota aguda.

Posologia

Artrite reumatóide, artrose, espondilite anquilosante: Recomenda-se uma dose inicial de 20 mg administrados numa única toma diária. A maioria dos doentes será mantida com esta dose. Alguns podem necessitar que a dose diária seja elevada para 30 mg, a administrar numa única ou em várias tomadas diárias. Um grupo relativamente pequeno de doentes consegue manter-se com uma dose tão baixa como 10 mg diários. A administração prolongada de doses superiores a 30 mg diários aumenta o risco de efeitos secundários gastrintestinais.

Situações agudas Músculo-Esqueléticas: Administrar nos primeiros dias, 40 mg numa única ou em várias tomadas e passar depois para 20 mg diários até completar 7 a 14 dias de tratamento.

Gota aguda: Iniciar o tratamento com 40 mg administrados numa só vez.

Prosseguir com a mesma dose durante 4 a 6 dias podendo o medicamento ser administrado numa única ou em várias tomadas diárias. Feldene (piroxicam) não está indicado no tratamento prolongado da gota.

Contra indicações

Hipersensibilidade ao piroxicam. Os doentes que apresentaram reacções de hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico e a outros anti-inflamatórios não esteróides, podem apresentar reacções análogas com o Feldene. O Feldene não deve ser administrado aos doentes em que o ácido acetilsalicílico e outros anti-inflamatórios não esteróides provocam sintomas de asma, rinite ou urticária.

Advertências

Gravidez. Embora nenhum efeito teratogénico tivesse sido observado no animal de ensaio, não foi ainda estabelecida a inocuidade do Feldene durante a gravidez ou durante a lactação.

Crianças. Não foram ainda estabelecidas as indicações e as doses a utilizar em Pediatria.

Efeitos secundários

Feldene (piroxicam) é geralmente bem tolerado. Sintomas gastrintestinais constituem os efeitos secundários mais frequentes mas, na maioria dos casos, não interferem com o tratamento. Tem-se observado edema, principalmente no tornozelo, numa pequena percentagem de doentes.

Apresentação:

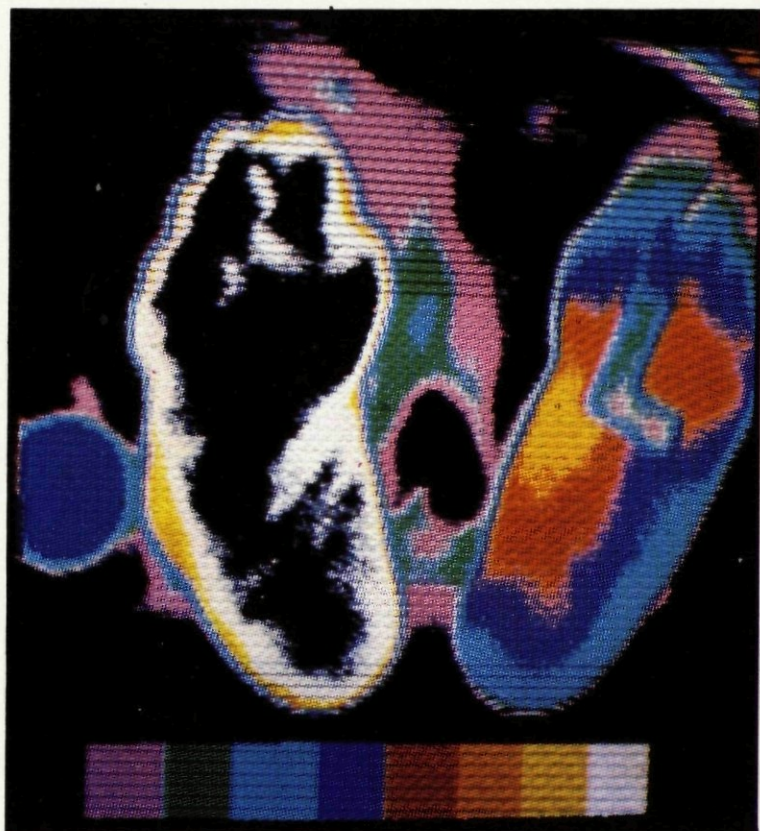
Feldene: embalagem de 60 cáps. a 10 mg - PVP — 1395.00 (SMS — 348.80)
Feldene 20: embalagem de 30 cáps. a 20 mg - PVP — 1367.50 (SMS — 341.80)

1. COMMANDRE, F. - Double-blind comparative study of piroxicam and indomethacin in acute locomotor affections linked with sports activity. To be published in Eur. Rheum. and Inflamm..
2. NUSSDORF, R.T. - Piroxicam and musculoskeletal disorders. Presented at Rheumatology in the 80's, an advance in therapy. Piroxicam. Ed. J.A. Boyle, Excerpta Médica. Princeton. N.J., 1981.
3. ROHOK, Y. - Deutsch Méd. Wschr. 105.1614-7. 1980.
4. SYDNES, A. et al. - Multicenter double-blind crossover comparison of piroxicam and naproxen in the treatment of rheumatoid arthritis. To be published.



LABORATÓRIOS PFIZER S.A.R.L. SEIXAL PORTUGAL

NOVA DEMONSTRAÇÃO TERMOGRÁFICA: O MÉDICO VÊ O QUE O DOENTE SENTE



Antes:

Doente que se apresentou no Hospital, com dor intensa e inchaço no pé direito motivado por crise aguda de artrite gotosa.



6 horas após a 1.^a dose de Feldene:

A doente referiu acentuada diminuição da dor. O inchaço (inflamação) reduziu-se de 50%; o pé já podia ser manuseado para exame.

Feldene*20

PIROXICAM

TAMBÉM NAS PERTURBAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS AGUDAS

- Nas situações agudas, o FELDENE mostrou-se significativamente superior à indometacina, na redução da inflamação, da dor e das perturbações funcionais. (1)
- Compara-se favoravelmente com a fenilbutazona na redução da inflamação e da dor. (2)
- FELDENE mostrou-se mais eficaz do que o diclofenac na redução da dor ao movimento e da rigidez matinal. (3)
- FELDENE é mais eficaz do que o naproxeno na redução da dor ao movimento e do índice articular. (4)

Ao afirmar que «... há necessidade de uma vivência hospitalar especializada ... se apenas 2 ou 3 Serviços são idóneos para o Ordem dos Médicos e não mais que 20 camas dos Hospitais Centrais estão especificamente adstritas à Especialidade?», deve recordar que a culpa foi exclusivamente das próprias instituições hospitalares que, durante longos anos, não mostraram vontade de criar essa «vivência hospitalar especializada» (até a combaterem ferozmente), que implica, pelo menos, formação especializada do médico e a presença de um número suficiente de doentes, internados ou em consulta externa, que permita o treino. Foi, por isso, de certo, que a Ordem dos Médicos — que ao renovar-se pretendeu prestigiar a Medicina — não reconheceu, na área da Reumatologia, senão 3 Serviços como preenchendo, e incompletamente, as normas mínimas definidas pelo respectivo Colégio. Quanto às camas há que fazer o distinguo entre «teoricamente» reservadas e ocupadas «de facto» por doentes com patologia reumática, porque então aquele número, já de si exíguo, torna-se irrisório...

Penso que o Prof. Salles Luís encontra no que acabámos de expor resposta à sua interrogação «... como hão-de os especializandos ver e treinar nos doentes internados quando os Serviços onde estes estão não são idóneos para a especialização?».

Concordamos com o Prof. Salles Luís quando considera que «... os problemas exigem aproveitamento de potencialidades, adaptações, caminhos novos, diálogo...», desde que o «aproveitamento» destes seja o correcto e não improvisado, que seja para bem dos doentes reumáticos e do verdadeiro desenvolvimento da Reumatologia, e não da «ânsia» dos Hospitais Centrais de possuírem «qualquer coisa» de Reumatologia, de «qualquer modo».

É paradigmático de uma situação paradoxal, e quiçá mesmo única no Mundo civilizado, o caso dos H.C.L. — inegavelmente o maior e mais prestigiado grupo hospitalar do País — que não tem, nos seus quadros, reumatologistas «de facto», nem Serviços ou sequer Consultas «autênticas».

Para o Prof. Salles Luís «... o diálogo, para as soluções, tem que comprometer a Sociedade de Reumatologia, os reumatologistas e os Serviços onde os doentes do foro reumatológico são internados...» mas que interlocutores? A Sociedade? É uma instituição de carácter científico e não tem, hoje, quaisquer funções na qualificação profissional, que é da exclusiva competência da Ordem dos Médicos, que para tal dispõe de órgãos técnicos consultivos — Conselho Nacional de Ensino e Educação Médica e os Colégios das diferentes Especialidades reconhecidas pela Ordem dos Médicos. Os reumatologistas? mas quais, se na Carreira Hospitalar há apenas 9, 6 no Porto e 3 em Lisboa! Os Serviços? Santa Maria, S. João e Santo António, de certo; dos restantes, quais aqueles com médicos especializados que tratem os doentes do foro reumatológico aí internados e preparem os especializandos, mesmo em regime de «lições» ou de «visitas»?...

Uma especialidade, seja ela qual for, é feita à medida do Homem doente e não do médico ou do Serviço, não implica apenas o exercício de técnicas de ponta mas a capacidade de destrição dos quadros patológicos que a integram e num grau que outro clínico não pode, pelo menos teoricamente, fazer.

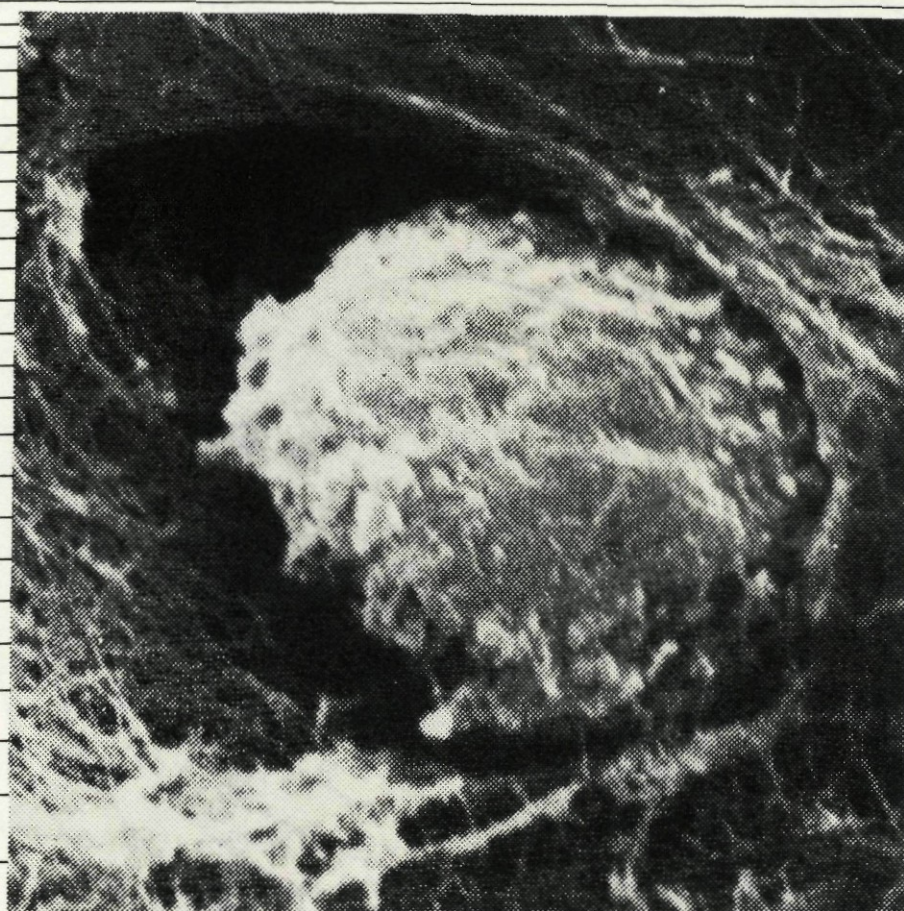
Não esqueçamos que a Medicina é, Hoje, Ciência e Técnica mas tem de continuar também a ser Arte, a mais nobre, porque o seu objecto é o próprio Homem.

A propósito da Medicina que se faz Hoje é bom lembrar Carrel — Prémio Nobel, 1912 () — «... temos tratado o homem como uma substância química, uma máquina ou rodagem duma máquina... A Sociedade moderna... trata os homens como abstracções... a atenção da humanidade deve transportar-se... até ao corpo e ao espírito do homem, até aos processos fisiológicos e espirituais sem os quais as máquinas e o Universo de Newton e de Einstein não existiriam... O homem moderno é o resultado do seu meio e dos hábitos de vida e de pensamento que a Sociedade lhe impôs... esses hábitos afectam o nosso corpo e a nossa consciência...».*

A handwritten signature in black ink, reading "Robert Pereira Martins". The signature is written in a cursive, flowing style with some loops and flourishes.

(*) Alexis Carrel — L'Homme, cet Inconnu. trad. A. Casais Monteiro, ed. Educação Nacional, Porto.

Quando começa a falhar aqui...



condrócito descoberto;
imagem ao microscópio
electrónico de varredura
(Neumüller, J.),
ampliação cerca de 3000 x.

ARTROSE RUMALON®

Composição

1 ml contém substâncias biológicas activas de 0,25 g de tecido cartilaginoso, 0,15 g de medula óssea, excipiente q. b.

Indicações

Artroses digitais. Gonartroses. Coxartroses. Espondilartroses. Poliartroses. Artroses da menopausa.

Apresentação

5 e 25 ampolas de 1 ml:
P. V. P. 324\$00; 1.375\$00



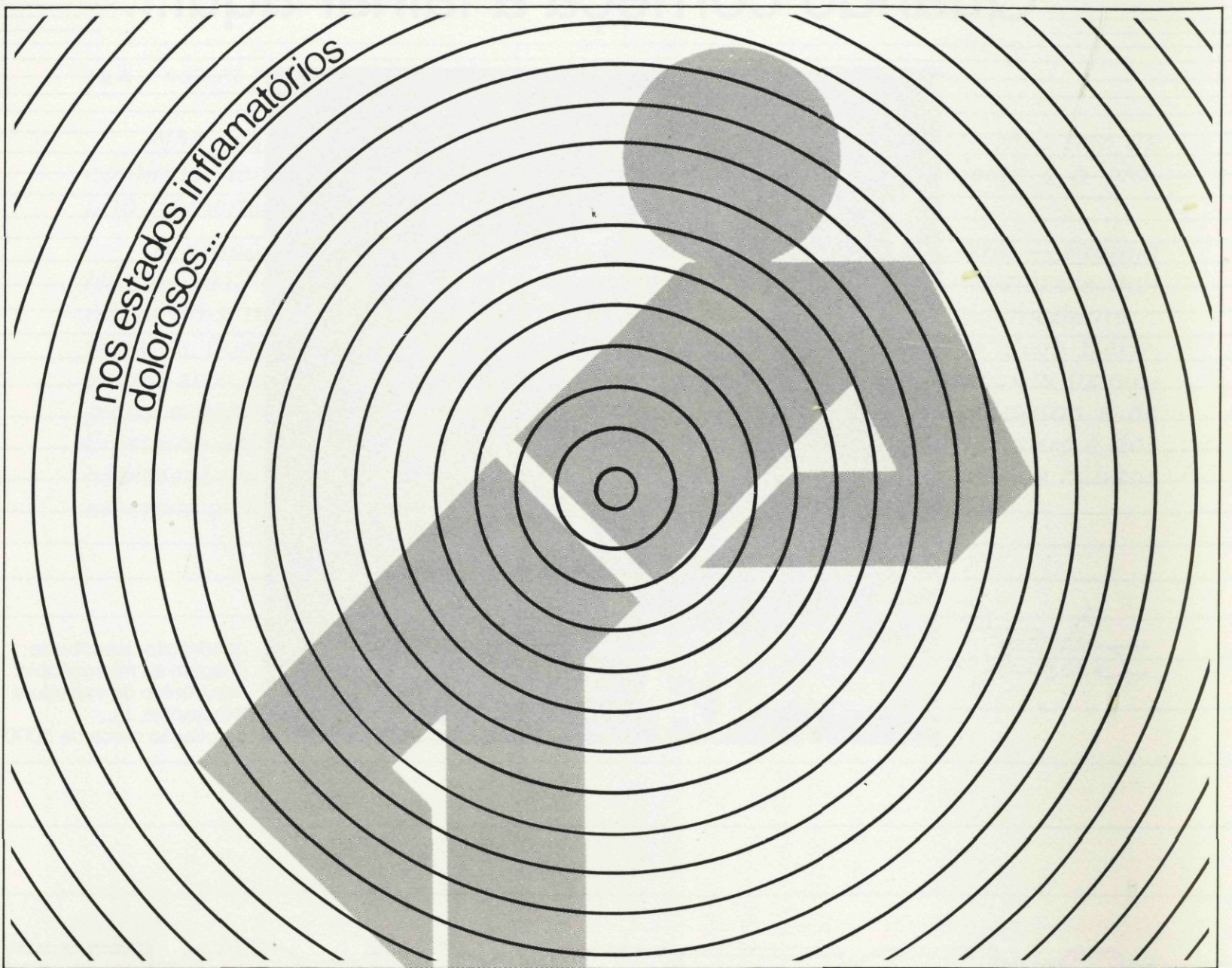
Posologia

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

ROBAPHARM
ROBAPHARM

ROBAPHARM S.A.
Basileia

Delegação científica
em Portugal:
Robapharm Portuguesa, Lda.
Rua D. João V, 27 - 2º Dto.
1200 Lisboa
Telefone 65 21 93

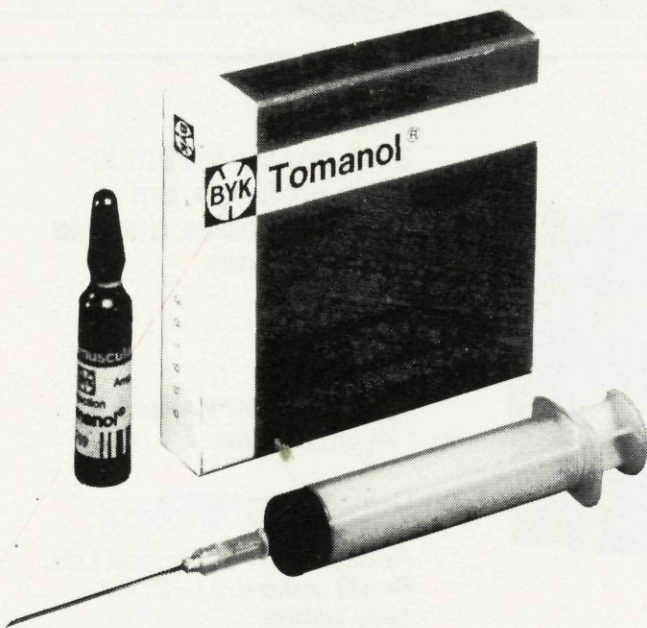


nos estados inflamatórios
dolorosos...

Tomanol[®]

injectável

o bom início dum tratamento anti-reumático seguro e eficaz



Tomanol ampolas contendo 240 mg de Isopirina e 130 mg de sal sódico de Phebuzine por ml de solução.

Apresentação:

Caixa com 5 ampolas de 2 ml - P. V. P. 203\$50



Byk Gulden
Pharmazeutika Konstanz
República Federal da Alemanha

EPIDEMIOLOGIA DO REUMATISMO PSORIÁSICO (*)

J. FIGUEIRINHAS (1) e C. CATITA (2)

RESUMO: Depois de ter referido a frequência da psoríase na população geral, compreendida entre 0,25% e 2%, os autores fazem alusão ao quadro português em que as estatísticas são parciais e levam a admitir que a psoríase é responsável por cerca de 2/3 do grupo de afecções eritemato-descamativas. Referindo-se em seguida ao RP, os autores assinalam que o ataque articular é mais frequente nos psoriásicos do que na população em geral, na qual a prevalência do RP é inferior à da psoríase. Tratar-se-ia de um factor favorável à autonomia do RP. Na população reumática o RP poderia afectar 3% embora em Portugal os autores tivessem encontrado uma frequência de 1,5%, superior, contudo à prevalência do RP na população geral, a qual não ultrapassaria os 0,8%. Este dado epidemiológico é também considerado favorável à autonomia desta reumopatia. Segundo os estudos efectuados, a prevalência do RP nas artrites crónicas e nas poliartrites varia entre 1,6% e 7%, portanto uma prevalência superior à da P., nos doentes reumáticos e na população em geral. Na Artrite Reumatóide o RP apresenta-se em 2,5% a 5% dos doentes, portanto superior à sua frequência na população em geral. Este dado epidemiológico sugeriria igualmente uma autonomia do RP. Nas poliartrites sero-positivas, a associação com a P. apresenta-se entre 1,2% e 2%, praticamente sobreponível à da prevalência da P. na população em geral, sugerindo uma associação ocasional; pelo contrário, a P., afecta de 9,6% a 20% dos doentes com artrite sero-negativa, isto é, cerca de 10-15 vezes mais que na população em geral, não podendo ser considerada uma associação ocasional. Por outro lado, o RAT negativo é uma característica importante pois que a seropositividade no RP parece ser cerca de 10%, embora a seropositividade possa coexistir com o RP, da mesma maneira que coexiste com outras situações.

(*) Comunicação apresentada no V Congresso de Reumatologia (Florença, 4-7.10.82).

(1) Especialista de Reumatologia do IPR e membro titular da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

(2) Interna de Reumatologia do IPR.

Trata-se talvez de mais um argumento a favor da independência do RP. Quanto à frequência segundo o sexo haveria uma ligeira predominância feminina na totalidade dos casos como se constatou nos doentes portugueses, cerca de 57%, no entanto, ela oscilaria, segundo a variedade da artropatia; haveria uma predominância masculina nas formas axiais e uma predominância feminina nas formas distais. O facto da não existência de uma predominância feminina acentuada poderia constituir mais um argumento a favor da autonomia do RP. Os autores referem outros aspectos e outros argumentos a favor da autonomia do RP. Por fim, os autores do relatório afirmam que os aspectos referidos, epidemiológicos e outros, apresentam uma série de argumentos que sugerem a plena autonomia do RP.

1. — FREQUÊNCIA DA PSORIASE

1.1 — Prevalência da Psoríase na população geral

Alguns autores, em diversos países, verificaram que a psoríase aparece na população geral com uma frequência compreendida entre 0,25% e 2,72% (INGRAN, 1954; BAKER, 1965; HELGREN, 1969; MATHIES, 1974; POAL, 1974 e CAZALIS, 1975).

1.2 — A Psoríase na população portuguesa

Nas estatísticas portuguesas só excepcionalmente encontramos referências à Psoríase isoladamente: em quase todas as estatísticas a Psoríase aparece enquadrada num conjunto de doenças eritemato-descamativas. Por outro lado, essas estatísticas não se referem à população geral, mas à patologia observada nas consultas de especialidade dos diversos serviços. Embora os dados disponíveis sejam por vezes difíceis de interpretar, podemos dizer que cerca de 2/3 do grupo é composto pela Psoríase (FIGUEIRINHAS, 1981).

1.3 — Prevalência da Psoríase nos doentes reumáticos

A frequência da Psoríase nos doentes reumáticos em geral varia entre 0,5% e 4,6% (COSTE e col., 1935; DAWSON e col., e GRIMBLE, 1955).

1.4 — Prevalência da Psoríase nos doentes com Artrite Crónica

Entre os doentes com artrite crónica, a Psoríase abrange 1,2% a 5% (WASSMAN, 1949; FEHR, 1965; BAKER, 1966 e TESARAK e col., 1981), podendo atingir 5,7% dos artríticos crónicos da clínica hospitalar (SCHILLING e col., 1981), no geral dados não significativos em relação à prevalência na população geral.

1.5 — Prevalência da Psoríase nos Poliartríticos

Alguns autores franceses colocam o envolvimento dos poliartríticos pela psoríase entre 4,5% e 5,2% (LOYAU, 1958 e COSTE, 1956 e 1968), enquanto que nos não poliartríticos esse envolvimento variaria entre 0,3% e 0,7% (BAUER, 1931 e DAWSON e col., 1938).

1.6 — Prevalência da Psoríase nos doentes com Artrite Reumatóide

A Psoríase apresenta-se na Artrite Reumatóide com uma frequência compreendida entre 1,96% e 5% (GRIBBLE, 1955; MORENO, 1959; BAKER, 1966; HELGREN, 1969; POAL e col., 1961 e POAL, 1974).

Diversos autores verificaram que este envolvimento é 3 a 10 vezes superior ao envolvimento da população geral, nalguns casos através de estudo comparativo com grupo controle constituído por artrósicos, nos quais a frequência da Psoríase era sensivelmente idêntica à encontrada na população geral (GRIBBLE, 1955; POAL e col., 1961 e POAL, 1974).

Na Artrite Reumatóide seropositiva a associação com a Psoríase aparece com a frequência de 1,2% a 2%, praticamente sobreponível à prevalência da Psoríase na popula-

ção geral. Isto parece sugerir que a associação das duas afecções deve ser puramente ocasional (BAKER, 1966).

Em resumo, a Psoríase é muito mais frequente nos doentes com Artrite Reumatóide do que na população geral.

2. — FREQUÊNCIA DO REUMATISMO PSORIÁSICO

Os dados epidemiológicos disponíveis enfermam de um mal: a falta de uniformidade de concepções. Todavia, os estudos epidemiológicos e as técnicas estatísticas dão-nos precisamente orientações no sentido de se apurar o que realmente enquadra os temas.

2.1 — Frequência do envolvimento articular nos Psoriásicos

O envolvimento articular nos psoriásicos, que pode revestir vários aspectos como muito bem sintetizou **GIGANTE e col.** (1970), é relativamente frequente e verificar-se-ia em 0,2% a 50% dos doentes (**BOURDILLON**, 1888; **COSTE e col.**, 1935; **LECZINSKY**, 1948; **WEISSENBACH e col.**, 1949; **VILLANOVA e col.**, 1951; **REED e col.**, 1960; **KREBC**, 1962; **BAKER**, 1963; **GARCIA e col.**, 1964; **BAKER**, 1965; **SIGLER**, 1974; **CAZALIS**, 1975; **SIMON e col.**, 1977; **MOLIN**, 1979; **BENNET**, 1979; **VINGE**, 1979; **KAMMER**, 1979; **SCHILLING e col.**, 1981 e **CARNEIRO e col.**, 1982), enquanto que noutras dermatoses a artropatia apareceria apenas em 0,7% (**LECZINSKY**, 1948).

Em todo o caso, há quem entenda que a frequência das doenças reumáticas nos indivíduos com e sem Psoríase não mostraria alterações significativas (**Van ROMUNDE e col.**, 1981).

As divergências que se notam no que toca à frequência do envolvimento articular dos psoriásicos deve-se ao facto destes doentes serem observados tanto por dermatologistas como por reumatologistas, por vezes com conceitos diferentes de «reumatismo», de «poliartrite» e de «psoriásico». Mas a utilização de técnicas auxiliares de diagnóstico mais sofisticadas como a cintigrafia, parece terem demonstrado, como sugerem **BRITO e col.** (1982) e (**FIGUEIRINHAS e col.** 1981), que o envolvimento articular é muitíssimo mais frequente e alargado do que se supunha.

Em resumo, os doentes com Psoríase sofrem mais frequentemente de artrite do que a população geral.

2.2 — Prevalência do Reumatismo Psoriásico na população geral

A prevalência do Reumatismo Psoriásico na população geral situa-se entre 0,04% e 0,1% (**BAKER**, 1965; **THEISS e col.**, 1969; **HELLGREN**, 1969; **SIGLER**, 1974; **CAZALIS**, 1975; **WRIGHT**, 1976 e **MATHIES**, 1978), embora não seja frequente na criança (**ANSELL**, 1966).

Estes dados sugerem tratar-se de uma prevalência inferior à da Psoríase na população geral.

2.3 — Prevalência do Reumatismo Psoriásico na população reumática

Nos doentes reumáticos o Reumatismo Psoriásico poderá atingir 0,8% a 4,2% destes doentes (**LOYAU**, 1958; **GARCIA e col.**, 1964; **GUNTHER**, 1976; **GIGANTE e col.**, 1970 e **FIGUEIRINHAS**, 1981).

Nos primeiros 11.000 doentes observados no Instituto Português de Reumatologia foram diagnosticados 57 casos de Reumatismo Psoriásico, correspondendo a 0,52%. Todavia, em 1979, no Dispensário da Estefânia do I.P.R. constatámos 1,5% de doentes psoriásicos entre os reumáticos observados durante o mesmo período, enquanto que a prevalência do Reumatismo Psoriásico não ultrapassava os 0,8% (**FIGUEIRINHAS e col.**, 1981).

2.4 — Prevalência do Reumatismo Psoriásico nos doentes atingidos por Reumatismos Inflamatórios

Nos primeiros 11.000 doentes observados no I.P.R. incluíam-se 2.407 doentes atingidos por diversas formas de reumatismos inflamatórios. Os 57 doentes com Reumatismo Psoriásico correspondiam a 2,37% desses doentes, enquanto que os reumatismos inflamatórios correspondiam a 21,9%.

Ora, a Artrite Reumatóide representa cerca de 75% dos reumatismos inflamatórios. A diferença é significativa.

2.5 — Prevalência do Reumatismo Psoriásico nos Poliartríticos

A prevalência do Reumatismo Psoriásico nos poliartríticos situa-se entre 2,6% e 7%, como alguns autores verificaram (COSTE e col., 1958 e BAKER, 1966), portanto superior à prevalência da Psoríase nos doentes reumáticos e à prevalência da Psoríase na população geral.

Trata-se de uma diferença acentuada que constitui mais um argumento no sentido da autonomia do Reumatismo Psoriásico.

2.6 — Reumatismo Psoriásico e Seronegatividade

A psoríase atinge cerca de 9,6% a 20% dos doentes com artrite seronegativa, portanto cerca de 10 a 15 vezes mais do que se verifica na população geral (BRANDÃO, 1946; BAKER, 1964; BAKER e col., 1965; BAKER, 1966 e MORGAN e col., 1968). A associação destas duas doenças parece não poder considerar-se ocasional.

Ao contrário, a prevalência da Psoríase nos doentes com Artrite Reumatóide seropositiva seria da mesma ordem que na população geral (BAKER, 1966).

Contudo, alguns autores espanhóis, franceses e italianos encontraram 5,8% a 18% de artrites psoriásicas seropositivas (ROBECCHI e col., 1965; COSTE e col., 1968; GIGANTE e col., 1970; POAL, 1974; SANY e col., 1975 e FOURNIÉ e col., 1980). Outro estudo demonstrou 16,8% de latex-positivos e 12,2% de Waaler-Rose-positivos enquanto que, na Artrite Reumatóide, os mesmos autores encontraram uma positividade da ordem respectivamente dos 85,7% e dos 69,3%, enquanto que POAL (1961) verificou nas suas Artrites Reumatóides uma seropositividade de 90%.

Compreende-se, pois, que alguns autores considerem que cerca de 10% dos Reumatismos Psoriásicos serão seropositivos (KAHN e col., 1975).

Ora, na população geral, o RAT é positivo em cerca de 4,1% a 5,2% e o Waaler-Rose, apenas em 0,8% a 1,6% (AHO e col., 1961; WALLER e col., 1964; ALEXANDER e col., 1966 e SFIKAKIS, 1967).

Sabe-se também que a frequência da poliartrite seronegativa e seropositiva no seu conjunto é de 5,6% a 6,8%. Portanto, a seropositividade nos doentes com Reumatismo Psoriásico corresponde a cerca do dobro da frequência da Artrite Reumatóide na população geral que seria de 3,7% (LECZINSKY, 1948; LAWRENCE, 1961 e BAKER, 1966).

Finalmente acentue-se que outros autores, em 100 casos de artrite psoriásica não encontraram nenhum caso seropositivo (LENOCH e col., 1967).

A seropositividade nos reumatismos poliarticulares associados a uma Psoríase poderá corresponder à coexistência de uma Artrite Reumatóide seropositiva com uma Psoríase, ou à coexistência de um verdadeiro Reumatismo Psoriásico com outra doença não articular que admita a presença do factor reumatóide, por exemplo a cirrose hepática, a endocardite bacteriana subaguda, a hepatite viral, a lepra, etc. (ALEXANDER e col., 1966 e KAHN e col., 1975).

Parece, pois, poder concluir-se que a negatividade dos testes para o factor reumatóide é uma característica importante do Reumatismo Psoriásico.

Uma consequência lógica deste dado epidemiológico é que, em presença de uma poliartrite seronegativa é necessário investigar-se a presença de lesões psoriásicas nos locais menos habituais ou aguardar-se o desenvolvimento da doença para não afastarmos a priori uma eventual artrite psoriásica sem psoríase de que falaram ROBECCHI e col. (1967).

3. — FREQUÊNCIA DO REUMATISMO PSORIÁSICO SEGUNDO O SEXO

Diversas séries referem predominância masculina no que se refere ao Reumatismo Psoriásico, em especial as publicadas por autores latinos, variando essa predominância entre 54% e 69% (BOURDILLON, 1888; LANGLOIS, 1934; COSTE e col., 1935; PIÑOL e col., 1948; WEISSENBACH e col., 1949; VILLANOVA e col., 1951; TOURAINE, 1955; GRIBBLE, 1955; COSTE e col., 1958; AVILA, 1959; REED e col., 1961; LASSUS e col., 1964a e 1964b; COSTE, 1968; GIGANTE e col., 1970; DRILL e col., 1971; MALDYK, 1973; MALDONADO COCCO e col., 1978; FOURNIÉ e col., 1980 e CHAHADE, 1981).

Todavia, a predominância feminina é evidente na maioria das séries de língua inglesa, oscilando esse predomínio entre 50,5% e 65% (MORENO, 1959; WRIGHT, 1961; BAKER

BRUFEN 400

o perfil do sucesso na osteoartrose e nas perturbações músculo esqueléticas

“O perfil de cada fármaco pode ser determinado com base na sua eficácia e nas reacções adversas observadas na prática clínica. Estas características tornam racional a escolha terapêutica!”

FÁRMACO	Número de exposições	% de eficácia	% de reacções adversas	Semi-vida média em horas ^{2,3}
BRUFEN	64	65,6	1,6	2
Indometacina	185	83,2	23,2	9
Fenilbutazona	28	78,6	21,4	72
Naproxen	76	65,8	18,4	14
Piroxicam	22	54,5	18,2	38
Diclofenac	26	42,3	11,5	4

(calculada)

Resultados da acção de vários medicamentos no que respeita a eficácia e efeitos laterais, observados durante mais de 5 anos.¹

As semi-vidas^{2,3} estão incluídas como termo de comparação

Bibliografia

1. Takavarasha, L. et al., *Rheumatol. an Rehabil.*, 1982, **21**, 201

2. Blogden, R.N. et al., *Drugs*, 1981, **22**, 165.

3. Champion, G.D. and Graham, G.G., *Aust. & N.N. J. med.*, 1978, **8**, Suppl. 1, 94.

**MAIS
DOR!**

**MAIS
BRUFEN**

BRUFEN 400

**Quanto maior a dor-maior a dose
3 a 4 grageias por dia**

Brufen 400

Emb. 50 grageias - Esc. 472\$00
Emb 100 grageias - Esc. 850\$00

Brufen apresenta-se ainda em emba-
lagens de 100 grageias doseadas a
200 mg. (Esc. 472\$00) e em 12 supo-
sitórios a 500 mg. (Esc. 212\$50) e em
suspensão fr. 200 ml. (Esc. 230\$00).



The Boots Company, PLC
Nottingham, Inglaterra



PARACÉLSIA
Indústria farmacêutica SARL
Porto

e col., 1963 MALDYK, 1963; LASSUS e col., 1964; CUBUKCU, 1965; ROBECCHI, 1965; BRITO e col., 1972; GUNTHER, 1976; LAMBERT e col., 1976a; FIGUEIRINHAS e col., 1981 e CARNEIRO e col., 1982).

Outros autores, contudo, não encontraram predominância significativa de qualquer dos sexos (INGRAM, 1954; CHURCH, 1958; LASSUS e col., 1964; COSTE e col., 1966; ENGLEMAN, 1972; GUNTHER, 1976; MOLIN, 1979 e SCHILLING, 1981).

Em todo o caso, alguns estudos sugerem que a frequência segundo o sexo parece variar conforme a forma clínica do Reumatismo Psoriásico. Assim, num dos trabalhos verificou-se uma predominância feminina na totalidade dos casos mas, na formas distais, encontrou-se predominância masculina (ROBERTS e col., 1976). Outros verificaram uma predominância masculina no grupo com envolvimento raquidiano e uma predominância feminina nas formas sem envolvimento axial (MALDYK, 1973; GUNTHER, 1976; SCHILLING e col. 1981). Chegou mesmo a aparecer uma descrição com envolvimento masculino da ordem dos 100% nos doentes com ataque central (GRABER-DUVERNAY, 1957).

Em resumo, no Reumatismo Psoriásico não se verifica uma nítida predominância feminina como a que se encontra em todas as séries que se reportam a doentes com Artrite Reumatóide, o que constitui mais um argumento a favor da autonomia plena do Reumatismo Psoriásico.

4. — VARIAÇÕES GEOGRÁFICAS

As variações que se observam nos dados publicados pelos diversos autores consultados não sugerem diferenças significativas como reconhecem, aliás, alguns autores (MORENO, 1959; LASSUS e col., 1964 e KELGREN, 1969).

5. — VARIAÇÕES RACIAIS

Dos trabalhos consultados parece não se poder inferir qualquer influência racial na distribuição do Reumatismo Psoriásico, o que, aliás, foi igualmente verificado por outros autores (MORENO, 1959; e KELGREN, 1969).

6. — CONSTITUIÇÃO

O Reumatismo Psoriásico parece não ter predilecção por qualquer tipo constitucional (MORENO, 1959).

7. — IDADE DO APARECIMENTO DO REUMATISMO PSORIÁSICO

A idade média do início dos sintomas articulares varia sobretudo entre os 30 e os 46 anos. A idade média do início das lesões cutâneas andaria à volta dos 30 anos, em média 5 a 10 anos antes do começo das queixas articulares (LASSUS e col., 1964a; LASSUS e col., 1964b; GRIBBLE, 1965; GIGANTE e col., 1970; BORRACHERO, 1972; FOURNIÉ, 1980 e CHAHADÉ, 1981).

Alguns autores espanhóis (BRITO e col., 1972) verificaram que em 50% dos seus casos, a Psoríase começa entre os 7 e os 27 anos, ao passo que a artropatia se iniciava entre os 40 e os 60 anos. Outro autor espanhol verifica o início do Reumatismo Psoriásico um pouco mais tardio (POAL, 1974). Assim, separadamente, a Artrite Reumatóide e a Psoríase iniciam-se iam entre os 20 e os 40 anos, ao passo que o começo das duas doenças, quando associadas, teria tendência a atrasar-se: entre os 40 e os 60 anos.

Outros autores (ROBERTS e col., 1976) verificaram que a idade do aparecimento do Reumatismo Psoriásico era sobreponível à da Artrite Reumatóide, excepto no grupo deformante, o qual se iniciava em idades mais jovens.

BENNET (1979) reconhece que a idade média do início é 28,7 anos para os homens e 26,2 anos para as mulheres. SCHILLING e col. (1981) verificaram que a idade média do início da Psoríase nos seus doentes era 28,5 anos e o da artrite era 39,34 anos, embora nos seus doentes, todos hospitalizados, tivesse verificado um início mais tardio do que nos doentes das consultas.

É relativamente raro o Reumatismo Psoriásico de início na criança (ANSELL, 1966 e ANSELL, 1973 e CALABRO, 1973) e o diagnóstico diferencial nestes casos, torna-se muito difícil visto que a Artrite Reumatóide Juvenil e a Doença de Still também têm serologia

negativa. Não é infrequente o aparecimento de lesões cutâneas psoriásicas em idades pediátricas (ANSELL e col., 1962; ANSELL, 1966; ANSELL, 1973; ANGEVINE e col., 1973 e CALABRO, 1973). Por vezes mesmo só a evolução nos poderá dar o diagnóstico (ANSELL, 1973; LAMBERT e col., 1976; CALABRO, 1977 e CALABRO e col. 1979). Já foram descritos vários casos com início dos 4 aos 15 anos (LAMBERT e col., 1976; CALABRO, 1977; CALABRO e col., 1979; FOURNIÉ e col., 1980 e GHOZLAN e col., 1980) e recentemente, no Brasil, foi apresentado um caso com 3 anos (FREITAS e col., 1982).

8. — CRONOLOGIA RELATIVA DA PSORÍASE E DO REUMATISMO PSORIÁSICO

Na maioria dos casos, as lesões cutâneas da Psoríase precedem a artrite (LANGLOIS, 1934; COSTE e col., 1935; Van der BOIJEN, 1939; BRANDÃO, 1946; VILLANOVA e col., 1951; LIEVRE e col., 1956; GRABER-DUVERNAY, 1957; BAKER e col., 1961; LASSUS e col., 1964; ZABALA e col., 1968; GIGANTE e col., 1970; McEWEN e col., 1971; BRITO e col., 1972; POAL, 1974; GUNTHER, 1976; ROBERTS e col., 1976; CALABRO, 1977; FOURNIÉ e col., 1980; e SCHILLING e col., 1981), embora esta apareça previamente àquelas em cerca de 4% a 30% (BAKER e col., 1961; LASSUS e col., 1964; ZABALA e col., 1968; McEWEN e col., 1971; BRITO e col., 1972; POAL, 1974; ROBERTS e col., 1976; GUNTHER, 1976; THOMPSON e col., 1976 e FOURNIÉ e col., 1980). Isto tem importância indesejável pois alguns casos são diagnosticados erradamente como Artrite Reumatóide seronegativa: são os casos de artrite psoriásica sem psoríase de ROBECCHI (ROBECCHI e col., 1967). Apenas em cerca de 3% a 23,2% dos doentes foi descrito o aparecimento simultâneo das lesões cutâneas e reumáticas (BAKER e col., 1961; LASSUS e col., 1964; REED e col., 1966; ZABALA e col., 1968; GIGANTE e col., 1970; McEWEN e col., 1971; BRITO e col., 1972; POAL, 1974; GUNTHER, 1976; LAMBERT e col., 1976 e FOURNIÉ e col., 1980).

As poussees das lesões dérmicas e do Reumatismo Psoriásico podem relacionar-se mas, na maioria dos casos, são totalmente independentes. O mais habitual é as duas situações cursarem autonomamente. POAL (1974) verificou simultaneidade apenas em cerca de um terço dos casos. Sob este aspecto não se encontra argumento favorável à autonomia do Reumatismo Psoriásico.

Como conclusão, registemos que o aparecimento da artropatia é 5 a 10 anos mais tardio relativamente às lesões cutâneas. Em todo o caso, os doentes estudados por GRABER-DUVERNAY (1957) que tinham uma forma axial iniciaram-se pela Psoríase em 14 dos 23 casos; em 4 doentes a artrite precedeu a lesão cutânea e, em 5 casos, houve um aparecimento simultâneo e na idade habitual do aparecimento da Pelvispondilite Reumática.

9. — CONCLUSÕES

Os dados disponíveis apontam nitidamente no sentido dos doentes com Psoríase terem uma frequência muito maior de artrite do que a população geral;

Na população reumática, o Reumatismo Psoriásico aparece com uma frequência superior à prevalência do Reumatismo Psoriásico na população geral;

Por outro lado, as determinações do factor reumatóide são negativas na quase totalidade dos casos, ao inverso do que se verifica na Artrite Reumatóide;

A prevalência do Reumatismo Psoriásico nos poliartríticos é superior à prevalência da psoríase nos doentes reumáticos;

Na Artrite Reumatóide seropositiva a associação com a Psoríase é praticamente sobreponível à prevalência da Psoríase na população geral;

A falta de uma nítida predominância feminina é um achado constante nos estudos até agora publicados.

Há, pois, uma série de argumentos epidemiológicos que sugerem a plena autonomia do Reumatismo Psoriásico. Por outro lado, muitos outros argumentos anátomo-patológicos, clínicos, radiológicos, imunológicos e até terapêuticos que serão expostos pelos nossos colegas desta Mesa Redonda parece acentuarem as conclusões obtidas através dos estudos epidemiológicos.

Mas, admita-se ou não a sua plena autonomia nosológica, a verdade é que os doentes com Reumatismo Psoriásico representam pelo menos um grupo selectivo dentro da Psoríase (MALDYK, 1973) e dentro dos reumatismos inflamatórios.

L'ÉPIDEMIOLOGIE DU RHUMATISME PSORIASIQUE

RÉSUMÉ — Après avoir référé la fréquence de la psoriasis (P.) dans la population générale, comprise parmi 0,25% et 2,0%, les auteurs rapportent le cadre portugais où les statistiques sont partielles et laissent admettre que le P. est le responsable pour environs 2/3 du groupe des affections arthemato-desquamatives.

En se référant en suite au R.P., les auteurs rapportent que l'atteinte articulaires est plus fréquente chez les psoriasiques que dans la population générale, dans laquelle la prévalence du Rhumatisme Psoriasique (R.P.) est inférieur à celle du P. Il s'agit d'un facteur favorable à l'autonomie du R.P.

Dans la population rhumatismale le R.P. pourra toucher les 3%, quoique au Portugal les auteurs eussent trouvé une fréquence de 1,5% donc supérieure à la prévalence du R.P. dans la population générale laquelle ne dépasserait pas les 0,8%. Ce donné épidémiologique est aussi considéré comme favorable à l'autonomie de cette rhumopathie.

Selon les études effectuées, la prévalence du R.P. dans les arthrites chroniques et dans les polyarthrites varie entre 1,6% et 7%, donc une prévalence supérieure à celle du P. chez les malades rhumatismales et la population générale. Dans l'Arthrite Rhumatoïde le R.P. se présente chez 2,5% à 5% des malades, alors supérieur à sa fréquence dans la population générale. Ce donné épidémiologique suggérerait également une autonomie du R.P.

Dans les polyarthrites séro-positives l'association avec le P. se présente entre 1,2% à 2%, pratiquement superposable à la prévalence du P. dans la population générale, en suggérant une association occasionnelle; tout au contraire, le P. touche de 9,6% à 20% des malades arthrite séro-négative, i.e. environs 10-15 fois plus que dans la population générale ne pouvant pas être considéré comme une association occasionnelle. D'autre part, la négativité des testes pour le facteur rhumatoïde est une caractéristique importante du R.P. puisque la séro-positivité dans le R.P. semble être à peu près de 10%, quoique la séro-positivité puisse coexister avec le R.P. de la même façon qu'elle coexiste avec d'autres situations. Il s'agit peut-être d'un argument de plus en faveur de l'indépendance du R.P.

En ce qui concerne la fréquence selon le sexe il y aurait une prédominance féminine légère dans la totalité des cas comme on a constaté chez les malades portugais, à peu près 57%. Cependant, elle oscillerait selon la variété de l'arthropathie: il y aurait une prédominance masculine dans les formes axiales et une prédominance féminine dans les formes distales. Le fait de la non-existence d'une prédominance féminine accentuée pourrait constituer un argument de plus favorable à l'autonomie du R.P.

Les auteurs ont référé d'autres aspects et d'autres arguments sur l'autonomie du R.P.

En finissant, les rapporteurs affirment que les aspects référés, épidémiologiques et d'autres, présentent une série d'arguments qui suggèrent la plène autonomie du R.P.

1. — FRÉQUENCE DU PSORIASIS

1.1 — Prévalence du Psoriasis dans la population générale

Quelques auteurs, dans plusieurs pays, ont vérifié que le psoriasis apparaît avec une fréquence comprise de 0,25% jusqu'à 2,72%. (INGRAN, 1954; BAKER, 1965; BAKER, 1966; HELGREN, 1969; MATHIES, 1974; POAL, 1974 et CAZALIS, 1975).

1.2 — Le Psoriasis dans la population portugaise

Les statistiques portugaises ne réfèrent le psoriasis isolé que dans les cas exceptionnels: dans presque toutes les statistiques le Psoriasis apparaît encadré dans un ensemble de maladies érythémato-descamatives. D'autre part ces statistiques ne concernent pas la population générale, mais la pathologie observée dans les consultations de la spécialité des différents services. Quoique les données disponibles soient, parfois, difficiles à interpréter, ont peu dire que environs 2/3 du group se composent du Psoriasis. (FIGUEIRINHAS, 1981).

1.3 — Prévalence du Psoriasis chez les rhumatisques

La fréquence du Psoriasis chez les rhumatisques en générale varie de 0,5% jusqu'à 4,6%. (COSTE et col., 1935; DAWSON et col., et GRIMBLE, 1955).

1.4 — Prévalence du Psoriasis chez les malades atteints d'Arthrite Chronique

Chez les malades atteints d'Arthrite Chronique, le Psoriasis arrive de 1,2% jusqu'à 5%, (WASSMANN, 1949; FEHR, 1965; BAKER, 1966 et TESARAK et col., 1981), en touchant parfois les 5,7% des arthritiques chroniques de la clinique hospitalière, (SCHILLING et col., 1981), en général des données pas significatives en rapport avec la prévalence chez la population générale.

1.5 — Prévalence du Psoriasis chez les polyarthritiques

Quelques auteurs français placent l'enveloppement des polyarthritiques par le psoriasis parmi les 4,5% et 5,2%, (LOYAU, 1958 et COSTE, 1956 et 1968), alors que chez les non-polyarthritiques cet enveloppement varierait de 0,3% à 0,7%. (BAUER, 1931 et DAWSON et col., 1938).

1.6 — Prévalence du Psoriasis chez les malades avec de l'Arthrite Rhumatoïde

Le Psoriasis se présente dans l'Arthrite Rhumatoïde avec une fréquence comprise entre 1,96% à 5%. (GRIBBLE, 1955; MORENO, 1959; BAKER, 1966; HELGREN, 1969; POAL et col., 1961 et POAL, 1974).

Plusieurs auteurs ont vérifié que cet enveloppement est de 3 à 10 fois plus supérieur à celui de la population générale, parfois à travers une étude comparative avec un groupe contrôle constitué par des malades atteints d'arthroses, chez lesquels la fréquence du Psoriasis était sensiblement pareille à celle trouvée dans la population générale. (GRIBBLE, 1955; POAL et col., 1961 et POAL, 1974).

Dans l'Arthrite Rhumatoïde séro-positif l'association avec le Psoriasis nous apparaît avec une fréquence de 1,2%, pratiquement superposable à la prévalence du Psoriasis chez la population générale. Cela parait suggérer que l'association des deux affections ne doit pas être qu'occasionnelle. (BAKER, 1966).

En résumant, le Psoriasis est beaucoup plus fréquent chez les malades atteints d'Arthrite Rhumatoïde que chez la population générale.

2. — FRÉQUENCE DU RHUMATISME PSORIASIQUE

Les données épidémiologiques disponibles n'ont qu'un défaut: l'absence d'uniformité de conception. Néanmoins, les études épidémiologiques et les techniques statistiques nous

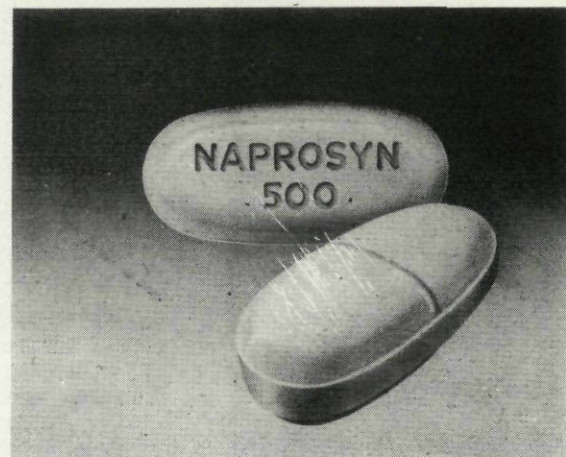


NAPROSYN[®] 500

Especial eficácia na osteoartrite

NAPROSYN 500, duas vezes por dia:

- **Controlo da osteoartrite**
- **Alívio prolongado da dor**
- **Potente actividade analgésica e anti-inflamatória**
- **Os efeitos secundários não aumentam com doses elevadas**



Preparado e distribuído em Portugal por:

Laboratórios Medicamenta, s.a.r.l. | Lisboa

TROLISATE®

TRISSALICILATO DE COLINA E MAGNÉSIO

NA ARTRITE

- Mais efectivo que o ac. acetil-salicílico³
- Mais efectivo como anti-inflamatório que o ibuprofeno⁴
- Mais efectivo que a indometacina nas articulações da coluna lombar²
- Pelo menos tão efectivo como o naproxeno⁵

- Erosão gástrica não significativa
- Perdas sanguíneas fecais não significativas⁶
- Sem acção na agregação plaquetária nas doses terapêuticas^{9,10}

APRESENTAÇÃO:

Caixas de 100 comprimidos de trissalicilato de colina e magnésio equivalente a 500 mg de salicilato por comprimido. P.V.P. 967\$50

INDICAÇÕES:

Alívio dos sinais e sintomas na artrite reumatóide, na osteoartrite e outras artroses.

DOSAGEM:

2 comprimidos duas vezes/dia na osteoartrite e na artrose moderada.
3 comprimidos duas vezes/dia na artrite reumatóide e nas artroses mais severas.

CONTRA-INDICAÇÕES:

Hipersensibilidade aos salicilatos.
Úlcera péptica activa. Hemofilia.

REFERÊNCIAS:

1. Cohen, A., *et al.*, *Curr. Ther. Res.*, (1978), 23,358
2. Goldenberg, A., *et al.*, *Curr. Ther. Res.*, (1978), 24,245
3. Giuliano, V. and Scharff, E.U., *Curr. Ther. Res.* (1980) 28,61
4. Ehrlich, G.E., *et al.*, *Rheumatol. Rehabil.*, (1980), 19,30
5. Multicentre Study. On file, Napp Laboratories Ltd.
6. On file, Napp Laboratories Ltd.
7. Sun, D., On file, Napp Laboratories Ltd.
8. Cohen, A. and Garber, H.E., *Curr. Ther. Res.* (1978), 23,187
9. Zucker, M.B. and Rothwell, K.G., *Curr. Ther. Res.* (1978), 23,194
10. Stuart, J.J. and Pisko, E.J., *Pharmatherapeutica*, (1981), 2,547
11. Gibson, T., *et al.*, *Br. J. clin. Pharmacol.* (1975), 2,233

DAGRA

DAGRA PORTUGUESA, LDA.

Largo João Vaz, 11
1700 LISBOA

donnent des orientations pour qu'on puisse faire une synthèse de ce qui, en fait, constitue ce qui est commun aux thèmes.

2.1 — Fréquence de l'enveloppement articulaire chez les Psoriatiques

L'enveloppement articulaire chez les psoriatiques, qui peut comprendre plusieurs aspects tel que GIGANTE et al. ont très bien synthétisé, est relativement fréquent et il se vérifierait chez 0,2% à 50% des malades, (BOURDILLON, 1888; COSTE et col., 1935; LEZINSKY, 1948; WEISSENBACH et col., 1949; VILLANOVA et col., 1951; REED et col., 1960; KREBS, 1962; BAKER, 1963; GARCIA et col., 1964; BAKER, 1965; SIGLER, 1974; CAZALIS, 1975; SIMON et col., 1977; MOLIN, 1979; BENNET, 1979; VINGE, 1979; KAMMER, 1979; SCHILLING et col., 1981 et CARNEIRO et col., 1982), tandis que dans d'autres dermatoses l'arthropathie n'apparaît que chez 0,7%. (LEZINSKY, 1984).

En tout cas, il y a des experts qui défendent que la fréquence des maladies rhumatisques chez les individus avec et sans psoriasis ne présenterait pas des altérations significatives. (Van ROMUNDE et col., 1981).

On remarque des divergences en ce qui concerne la fréquence de l'enveloppement articulaire des psoriatiques, parce que les malades sont observés soit par des dermatologues, soit par des rhumatologues, parfois avec de différentes conceptions de «rhumatisme», de «polyarthrite» et de «psoriasis». Mais l'utilisation de techniques auxiliaires de diagnostic plus sophistiqués, telles que la scintigraphie, semblent avoir démontré, tel qu'il est suggéré par BRITO et al. (1981) et FIGUEIRINHAS et al. (1982); que l'atteinte articulaire est beaucoup plus fréquente et répandue qu'on ne l'imaginait.

En résumant, les malades avec du Psoriasis souffrent plus fréquemment d'arthrite que la population générale.

2.2 — Prévalence du Rhumatisme Psoriasique chez la population générale

La prévalence du Rhumatisme Psoriasique chez la population générale se situe parmi 0,04% et 0,1%, (BAKER, 1965; THEISS et col., 1969; HELLGREN, 1969; SIGLER, 1974; CAZALIS, 1975; WRIGHT, 1976 et MATHIES, 1978), bien qu'il ne soit pas fréquent chez l'enfant (ANSELL, 1966).

Ces données suggèrent qu'il s'agit d'une prévalence inférieure à celle du Psoriasis chez la population générale.

2.3 — Prévalence du Rhumatisme Psoriasique chez la population rhumatique

Chez les rhumatiques, le Rhumatisme Psoriasique peut arriver de 0,8% à 4,2%, (LOYAU, 1958; GARCIA et col., 1964; GUNTHER, 1976; GIGANTE et col., 1970; et FIGUEIRINHAS, 1981).

Parmi les premiers 11.000 malades observés à l'Institut Portugais de Rhumatologie, 57 cas de Rhumatisme Psoriasique ont été diagnostiqués et ils correspondent à 0,52%. Cependant, en 1979, au Dispensaire de l'Estefânia du I.P.R. nous avons constaté 1,5% de psoriatiques parmi les rhumatiques observés pendant la même période, tant que la prévalence du Rhumatisme Psoriasique ne dépassait pas les 0,8%, (FIGUEIRINHAS et col., 1981).

2.4 — Prévalence du Rhumatisme Psoriasique chez les malades atteints de rhumatismes inflammatoires

Chez les premiers 11.000 malades observés à l'I.P.R. étaient inclus 2407 malades atteints de plusieurs formes de rhumatismes inflammatoires. Les 57 malades souffrant de Rhumatisme Psoriasique correspondaient à 2,37% de ces malades, tant que les rhumatismes inflammatoires correspondaient à 21,9% du total des malades observés.

Or, l'Arthrite Rhumatoïde représente environ 75% des rhumatismes inflammatoires. La différence est significative.

2.5 — Prévalence du Rhumatisme Psoriasique chez les polyarthritiques

La prévalence du Rhumatisme Psoriasique chez les polyarthritiques se situe parmi 2,6% et 7%, comme quelques auteurs ont vérifié, (COSTE et col., 1958 et BAKER, 1966),

alors supérieur à la prévalence du Psoriasis chez les rhumatisques et aussi chez la population générale. Il s'agit d'une différence accentuée qui constitue un argument de plus pour l'autonomie du Rhumatisme Psoriasique.

2.6 — Rhumatisme Psoriasique et séro-négativité

Le Psoriasis atteint environ 9,6% à 20% des malades souffrant d'Arthrite séro-négative, donc environ 10 à 15 fois plus que ce qu'on observe chez la population générale. (BRANDÃO, 1946; BAKER, 1964; BAKER et col., 1965; BAKER, 1966 et MORGAN et col., 1968). L'association de ces deux maladies paraît ne pas pouvoir être considéré comme occasionnel.

Tout au contraire, la prévalence du Psoriasis chez les malades atteints d'Arthrite Rhumatoïde séro-positive serait du même ordre que dans la population générale (BAKER, 1966).

Cependant, quelques auteurs espagnols, français et italiens ont trouvé de 5,8% à 18% d'arthrite Psoriasique séro-positif (ROBECCHI et col., 1965; COSTE et col., 1968; GIGANTE et col., 1970; POAL, 1974; SANY et col., 1975 et FOURNIÉ et col., 1980).

Une autre étude a démontré 16,8% de latex-positifs et 12,2% de Waaler-Rose positifs, tant que, dans l'Arthrite Rhumatoïde, les mêmes auteurs ont trouvé une positivité de l'ordre, respectivement des 85,7% et des 69,3%, tant que POAL (1961) a vérifié dans ses Arthrites Rhumatoïdes une séro-positivité de 90%.

Or, dans la population générale le RAT est positif en 4,1% vers 5,2% et le Waaler-Rose, seulement en 0,8% à 1,6%. (AHO et col., 1961; WALLER et col., 1964; ALEXANDER et col., 1966 et SFIKAKIS, 1967).

Finalement il faut mettre en relief, que d'autres auteurs, chez 100 cas d'Arthrite Psoriasique n'ont trouvé aucun cas séro-positif. (LENOCH et col., 1967).

La séropositivité dans les rhumatismes polyarticulaires associés au Psoriasis pourra correspondre à la coexistence d'une Arthrite Rhumatoïde avec un Psoriasis, ou à la coexistence d'un vrai Rhumatisme Psoriasique avec une autre maladie non articulaire admettant la présence du facteur rhumatoïde, tel que la cirrhose hépatique, l'endocardite bactérienne subaigue, l'hépatite virale, la lèpre etc. (ALEXANDER et col., 1966 et KAHN et col., 1975).

Il semble alors, qu'on peut conclure que la négativité des testes pour le facteur rhumatoïde est une caractéristique importante du Rhumatisme Psoriasique.

Une conséquence logique de cette donnée épidémiologique c'est que, devant une polyarthrite séro-négative, il faut investiguer la présence de lésions psoriasiques dans les locaux les moins habituels ou attendre le développement de la maladie pourqu'on ne rejète pas a priori une éventuelle arthrite psoriasique sans Psoriasis dont ROBECCHI et al. ont parlé. (ROBECCHI et col., 1967).

3. — FRÉQUENCE DU RHUMATISME PSORIASIQUE SELON LE SEXE

Plusieurs séries réfèrent de la prédominance masculine on ce qui a trait au Rhumatisme Psoriasique particulièrement celles publiées par des auteurs latins; cette prédominance varie entre 54% et 69% (BOURDILLON, 1888; LANGLOIS, 1934; COSTE et col., 1935; PIÑOL et col., 1948; WEISSENBACH et col., 1949; VILLANOVA et col., 1951; TOURAINE, 1955; GRIBBLE, 1955; COSTE et col., 1958; AVILA, 1959; REED et col., 1961; LASSUS et col., 1964a et 1964b; COSTE, 1968; GIGANTE et col., 1970; DRILL et col., 1971; MALDYK, 1973; MALDONADO COCCO et col., 1978; FOURNIÉ et col., 1980 et CHAHADE, 1981).

Cependant la prédominance féminine est évidente dans la plus part des séries de langue anglaise, en oscillant cette prédominance entre 50,5% et 65%. (MORENO, 1959; WRIGHT, 1961; BAKER et col., 1963; MALDYK, 1963; LASSUS et col., 1964; CUBUKÇU, 1965; ROBECCHI, 1965; BRITO et col., 1972; GUNTHER, 1976; LAMBERT et col., 1976a; FIGUEIRINHAS et col., 1981 et CARNEIRO et col.; 1982).

D'autres auteurs n'ont pas trouvé une prédominance significative pour chacun des sexes. (INGRAM, 1954; CHURCH, 1958; LASSUS et col., 1964; COSTE et col., 1966; ENGLEMAN, 1972; GUNTHER, 1976; MOLIN, 1979 et SCHILLING, 1981).

En tout cas, quelques études suggèrent que la fréquence selon le sexe semble varier selon la forme clinique du Rhumatisme Psoriasique. Ainsi, dans un des travaux on a constaté une prédominance féminine dans la totalité des cas, mais, dans les formes centrales on a trouvé de la prédominance masculine (ROBERTS et col., 1976). D'autres ont vérifié

une prédominance féminine dans les formes sans enveloppement axial. (MALDIK, 1973; GUNTHER, 1976; SCHILLING et col., 1981).

Une discription avec enveloppement masculin de l'ordre des 100% chez les malades avec une atteinte contrale est même survenue. (GRABER-DUVERNAY, 1957).

En resumant, dans le Rhumatisme Psoriasique il ne se verifie pas une prédominance féminine telle que l'on trouve dans toutes les séries qui se réfèrent à des malades atteints d'arthrite Rhumatoïde, ce qui constitue un argument de plus en faveur de la pleine autonomie du Rhumatisme Psoriasique.

4. — VARIATIONS GÉOGRAPHIQUES

Les variations qu'on observe dans les données publiées par les auteurs consultés ne suggèrent pas de différences significatives comme certains auteurs, d'ailleurs, reconnaient, (MORENO, 1959; LASSUS e col., 1964 e KELGREN, 1969).

5. — VARIATIONS RACIAUX

De la même façon, il semble qu'on ne peut pas inférer aucune influence racial dans la distribution du Rhumatisme Psoriasique ce que, d'ailleurs, a été vérifié par d'autres auteurs (MORENO, 1959; e KELGREN, 1969).

6. — CONSTITUTION

Le Rhumatisme Psoriasique paraît ne pas préférer aucun type constitutionnel. (MORENO, 1959).

7. — ÂGE DE L'APPARITION DU RHUMATISME PSORIASIQUE

L'âge moyen du commencement des symptômes articulaires varie surtout entre les 30 e les 46 ans. L'âge moyen du commencement des lésions cutanées serait a peu près les 30 ans, en moyenne 5 a 10 ans avant l'apparition des symptômes articulaires. (LASSUS e col., 1964a; LASSUS e col., 1964b; GRIBBLE, 1955; GIGANTE e col., 1970, BORRACHERO, 1972; FOURNIÉ, 1980 e CHAHADE, 1981).

POAL (1974) vérifie l'apparition du Rhumatisme Psoriasique un peu plus tard. Ainsi, séparément, l'Arthrite Rhumatoïde et le Psoriasis commenceraient entre les 20 et les 40 ans, en tant que le commencement des deux maladies, quand associées, aurait propension à s'attarder: entre les 40 et les 60 ans.

D'autres auteurs (ROBERTS et col., 1976) ont vérifié que l'âge de l'apparition du Rhumatisme Psoriasique était surposable à celui de l'Arthrite Rhumatoïde, sauf le groupe déformant, qui apparaissait dans des âges plus jeunes.

Il est presque rare le Rhumatisme Psoriasique chez l'enfant (ANSELL, 1966 e ANSELL, 1973 et CALABRO, 1973) et le diagnostic différentiel dans ces cas, devient très difficile car l'Arthrite Rhumatoïde Juvénile et la Maladie de Still ont aussi une sérologie négative. Il n'est pas rare l'apparition de lésions cutanées psoriasiques dans les âges pédiatriques (ANSELL e col., 1962; ANSELL, 1966; ANSELL, 1973; ANGEVINE e col., 1973 e CALABRO, 1973). Parfois seule l'évolution elle-même pourra nous donner le diagnostic (ANSELL, 1973; LAMBERT et col., 1976; CALABRO, 1977 et CALABRO et col., 1979). Plusieurs cas commençant dès les 4 ans jusqu'aux 15 ans (LAMBERT et col., 1976; CALABRO, 1977; CALABRO et col., 1979; FOURNIÉ et col., 1980 et GHOZLAN et col., 1980) ont été déjà décrits et, il y a quelques mois, au Brésil, un cas d'un enfant de 3 ans a été présenté. (FREITAS et col., 1982).

8. — CHRONOLOGIE RÉLATIVE DU PSORIASIS ET DU RHUMATISME PSORIASIQUE

Dans la plupart des cas les lésions cutanées du Psoriasis précède l'arthrite, (LANGLOIS, 1934; COSTE et col., 1935; Van der BOIJEN, 1939; BRANDÃO, 1946; VILLANOVA et col., 1951; LIÈVRE et col., 1956; GRABER-DUVERNAY, 1957; BAKER et col., 1961; LASSUS et col., 1964; ZABALA et col., 1968; GIGANTE et col., 1970; McEWEN et col., 1971;

BRITO et col., 1972; POAL, 1974; GUNTHER, 1976; ROBERTS et col., 1976; CALABRO, 1977; FOURNIÉ et col., 1980 et SCHILLING et col., 1981), bien que cette-ci apparaisse avant celles-là en environ 4% à 30%. (BAKER et col., 1961; LASSUS et col., 1964; ZABALA et col., 1968; McEWEN et col., 1971; BRITO et col., 1972; POAL, 1974; ROBERTS et col., 1976; GUNTHER, 1976; THOMPSON et col., 1976 et FOURNIÉ et col., 1980). Celà a une très grande importance car quelques cas sont diagnostiqués érronément comme étant de l'Arthrite Rhumatoïde séro-négative: ce sont les cas d'arthrite psoriasique sans psoriasis de ROBECCHI. (ROBECCHI et col., 1967).

Seulement en 3% vers 23,2% des malades a été décrite l'apparition simultanée des lésions cutanées et rhumatiques. (BAKER et col., 1961; LASSUS et col., 1964; REED et col., 1966; ZABALA et col., 1968; GIGANTE et col., 1970; McEWEN et col., 1971; BRITO et col., 1972; POAL, 1974; GUNTHER, 1976; LAMBERT et col., 1976 et FOURNIÉ et col., 1980).

Les poussées des lésions dermiques et du Rhumatisme Psoriasique peuvent se rapporter mais, dans la plupart des cas, elles sont totalment indépendantes. Le plus usuel c'est que des deux situations suivant leur cours avec pleine autonomie. POAL (1974) a vérifié de la simultanéité seulement en environ 1/3 (un tiers des cas).

Sous cet aspect on ne trouve pas d'argument favorable à l'autonomie du Rhumatisme Psoriasique.

9 — CONCLUSIONS

Les données disponibles montrent que les malades atteints du Psoriasis ont une fréquence plus grande d'arthrite que la population générale;

Chez la population rhumatique le Rhumatisme Psoriasique apparaît avec une fréquence supérieure à la prévalence du Rhumatisme Psoriasique chez la population générale;

D'autre part, les déterminations du facteur rhumatoïde son négatives dans presque la totalité des cas, tout au contraire de ce qu'on vérifie dans l'Arthrite Rhumatoïde;

La prévalence du Rhumatisme Psoriasique chez les Polyarthritiques est supérieure à la prévalence du Psoriasis chez les rhumatiques;

Dans l'Arthrite Rhumatoïde séro-positve, l'association avec le Psoriasis est pratiquement sperposable à la prévalence du Psoriasis dans la population générale;

L'absence d'une claire prédominance féminine est une donnée assez constant dans les études publiées jusqu'à ce moment.

Il y a, donc, une série d'arguments épidémiologiques qui suggèrent la pleine autonomie du Rhumatisme Psoriasique. D'autre part, beaucoup d'autres arguments histopathologiques, cliniques, radiologiques, immunologiques et même thérapeutiques que nos collègues dans cette Table Ronde iront exposer semblent accentuer les conclusions obtenues à travers les études épidémiologiques.

Mais, qu'on admet ou non sa pleine autonomie nosologique, la vérité c'est que les malades touchées du Rhumatisme Psoriasique représentent au moins un groupe selectif dans le Psoriasis (MALDYK, 1973) et chez les rhumatismes inflammatoires.

BIBLIOGRAFIA / RÉFÉRENCES

1. AHO, K., JUNKUNEN, H., LAINE, V. e col. — Clinical evaluation of the serological tests in rheumatoid arthritis. *Acta Rheuma. Scand.*, 7:201, 1961.
2. ALEXANDER, H.R.M. e MCCARTHY, D.D. — The clinical significance of the rheumatoid factor. In *Modern Trends in Rheumatology. Vol. 1*, pg. 153. Butterworths. London, 1966.
3. ALIBERT, J.L. — Précis Théorique et Pratique sur les Maladies de la Peau. Pg. 21. Caille et Ravier. Paris, 1822.
4. ALLARIA, A. e FRANZ, A. — Le artropatie psoriasiche. *Reumatismo*, 6:373, 1954.
5. ALMEIDA, F.A. — Psoríase. In *Terapêutica Médica*. Editor I. COSSERMELLI e col., pg. 400. Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro, 1979.
6. ANGEVINE, C. D., PLESS, I.B., BAUM, J. e col. — Psoriatic arthritis in a child. *Arth. & Rheum.*, 16:278, 1973.
7. ANSELL, B.M. — Rheumatism in childhood. In *Modern Trends in Rheumatology. Vol. 1*, pg. 18. Butterworths. London, 1966.
8. ANSELL, B.M. — Discussion. *Arth. & Rheum.*, 16:281, 1973.
9. ANSELL, B.M. — Juvenile chronic polyarthritis. *Arth. Rheum.*, 20:176, 1977.
10. ANSELL, B.M. — Early diagnosis of rheumatic diseases in children. *Pract.*, 220:42, 1978.
11. ANSELL, B.M. e BYWATERS, E.G.L. — Diagnosis of «probable» Still's disease and its out come. *Ann. rheum. Dis.*, 21:253, 1962.

CINOPAL®

(Fenbufen)

O fármaco com o perfil ideal
para a maioria dos doentes reumáticos

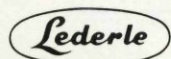
- Potente anti-inflamatório de acção prolongada
- Excelente tolerância gastro-intestinal



Apresentação:

Caixas com 60 cápsulas
doseadas a 300 mg de Fenbufen
(P.V.P. 1.000\$00 – S.M.S. 250\$00)

FABRICADO EM PORTUGAL



LEDERLE LABORATORIES



CYANAMID PORTUGAL, LDA.

Rua dos Anjos, 68 • 1100 LISBOA
Rua Barão de S. Cosme, 166, 1.º-Dt.º • 4000 PORTO

Gastrozepina[®] 50

Antimuscarínico
Gastro-selectivo

Pirenzepina

Na
Clínica
Reumatológica

A agressividade gástrica dos anti-inflamatórios não esteróides poderá, por mecanismos diversos, expor a mucosa gástrica à acção lesiva destes fármacos e à corrosão provocada pelo ácido clorídrico e pepsina.

GASTROZEPINA controla as queixas dispépticas, com eficácia e boa tolerância, dos doentes submetidos a terapêuticas anti-inflamatórias prolongadas.

Bibliografia:

M. VIANA QUEIRÓS – Anti-inflamatórios e mucosa gástrica
O Médico n.º 1540 – Ano 30, Vol. 98, 5.3.81

ADJAN, M.: Investigations on the improvement of gastric tolerance of non-steroid antiphlogistic agents. Results using pirenzepin
Therapiewoche 29, 5931-5932 (1979)

BACH, G.L.: Use of pirenzepine in the elimination of gastro-intestinal side-effects produced by antiphlogistic agents.
Therapiewoche 30, 5960-5967 (1980)

Apresentação: Embalagem com 60 comprimidos a 50 mg – P.V.P. 2.120\$00

Preparado por Unifarma,
sob licença de

**Boehringer
Ingelheim**



Serviços de Informação Médica:
Av. António A. de Aguiar, 104-1.º - 1000 Lisboa
Rua João das Regras, 120 - 4000 Porto

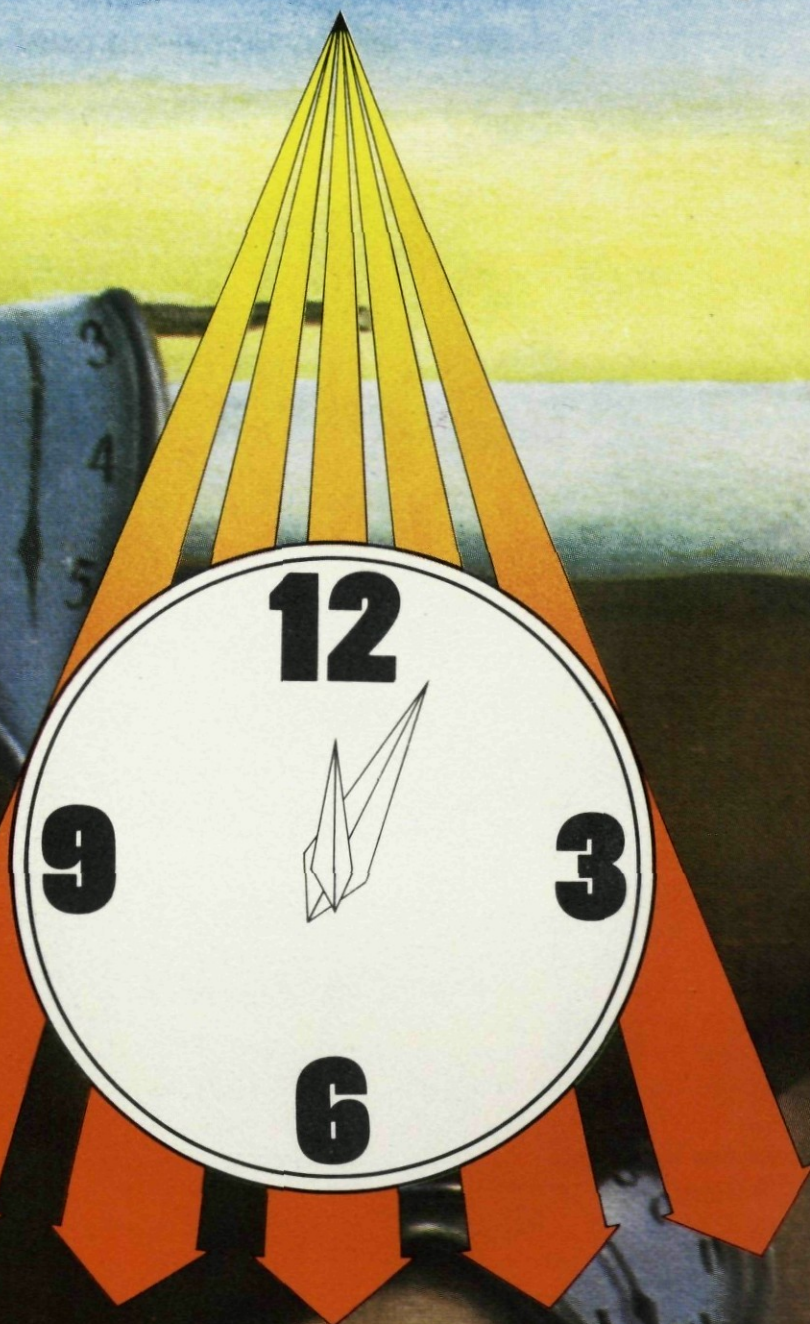
12. AVILA, R., PUGH, D.C., SLOCUMB, C.H. e col. — Psoriatic arthritis: a roentgenologic study. *Radiology*, 75:691, 1960.
13. BAKER, H. — The Relationship Between Psoriasis, Psoriatic Arthritis and Rheumatoid Arthritis. An Epidemiological, Clinical and Serological Study. M.D. Thesis. *University of Leeds*, 1965.
14. BAKER, H. — Epidemiological aspects of psoriasis and arthritis. *Brit. J. Derm.*, 78:249, 1966.
15. BAKER, H. — Prevalence of psoriasis in polyarthritic patients and their relatives. *Ann. rheum. Dis.*, 25:229, 1966.
16. BAKER, H. — The relationship between psoriasis, psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis. An epidemiological clinical and serological study. *Brit. J. Derm.*, 78:249, 1966.
17. BAKER, H., GOLDING, D.N. e THOMPSON, M. — Psoriasis and arthritis. *Brit. Med. J.*, 2:1527, 1963.
18. BAKER, H., GOLDING, D.N. e THOMPSON, M. — Psoriasis and arthritis. *Ann. Int. Med.*, 58:909, 1963.
19. BAKER, H., GOLDING, D.N. e THOMPSON, M. — Atypical polyarthritides in psoriatic families. *Brit. Med. J.*, 11:348, 1963.
20. BARCELO, H. — Artritis psoríase acrosteolítica. *Arc. Argent. Reumatol.*, 20:68, 1957.
21. BARCELO, P. e col. — *La Foliartritis Reumatoide. Sintex Ibérica S.A.* Barcelona, 1977.
22. BARRACLOUGH, D., RUSSEL, A.S. e PERCY, J.S. — Psoriatic spondylitis: a clinical, radiological e scintiscan survey. *J. Rheumatol.*, 4:282, 1977.
23. BASEX, A., RUFFIÉ, R., SALVADOR, R. e col. — Les parentés rhumatismales du syndrome de Fieissinger-Leroy-Reiter et des psoriasis arthropathiques et pustuleux. *Bull. Soc. Franç. Derm. Syph.*, 69:726, 1962.
24. BAUER, J. e VOGL, A. — *Klin. Wschr.*, 10:1700, 1931.
25. BENNET, R.M. — Psoriatic arthritis. In *Arthritis and Allied Conditions*. Ed. por DANIEL J. McCARTY. IX Edition. *Lea & Febiger*. Philadelphia, 1979.
26. BITAR, E. — Le rhumatisme psoriasique au Liban. Étude rétrospective. *Rev. Rhum.*, 47:317, 1980.
27. BOLGERT, L., BLOCH-MICHEL, H. DE GRIANSKY, P. e col. — Le psoriasis. Aspects dermatologique, rhumatologique e psychologique. *Les Cahiers*, n.º 4 *L'Expansion*. Paris, 1966.
28. BORRACHERO, J. — Arthritis psoríase. In *Reumatologia Clínica*. Editorial OTEO. Madrid, 1972.
29. BOURDILLON, C. — Psoriasis e Arthropathies. *These*. Paris, 1988.
30. BOYLE, J.A. e BUCHANAN, W.W. — Arthritis psoríase. In *Rheumatologia Clínica*. Marín S.A. Barcelona, 1972.
31. BRANDÃO, N. — Contribuição ao estudo da psoríase artropática. In *Actas do I Congresso Int. Hispano-Port. de Derm. Comunicações Portuguesas*. S.P.D.S. 1946.
32. BRITO, A.S., CALIL, R., OLIVEIRA, I. e col. — Comportamento articular da psoríase à luz da cintiografia. *Rev. Bras. Reumat.*, 22:113, 1982.
33. BRITO, M., GONZÁLEZ DÍAZ, J., MONTIS, A. e col. — Artropatia psoriásica: revisão y estudio clínico de 100 casos. *Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteoart.*, 16:97, 1972.
34. CALABRO, J.J. — Discussion. *Arth. & Reum.*, 16:281, 1973.
35. CALABRO, J.J. — Psoriatic arthritis in children. *Arth & Rheum.*, 20:415, 1977.
36. CALABRO, J.J. — The spondylarthropathies: an overview. *Scand. J. Rheumatol.*, supp. 32:21, 1979.
37. CALABRO, J.P., GORDON, R.D., MILLER, K.A. e col. — Psoriatic arthritis in children. *Scand. J. Rheumatol.*, supp. 32:136, 1979.
38. CALABRO, J.J., MARCHESANO, J.M. — Juvenile rheumatoid arthritis. *N. Engl. J. Med.*, 227:696 e 746, 1977.
39. CARNEIRO, S.C.S., KOURY, R.C., BAPTISTA, R. e col. — Artropatia psoriásica — Comprometimento axial e suas relações com o envolvimento periférico. *Rev. Bras. Reumat.*, 22:114, 1982.
40. CAZALIS, P. — Le vrai visage du rhumatisme psoriasique. In *L'Actualité Rhumatologique*, pg. 20. *Expansion Scientifique*, Paris, 1975.
41. CAZALIS, P., DRYLL, A. e RICKEWAERT, A. — Psoriatic arthritis: statistical comparison with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis and study of HLA groups. *XIV Int. Congr. Rheumatol.* (Abstract 906) *San Francisco*, 1977.
42. CECCHI, E. e LUCHERINI, M. — Artritis psoriásica. *Min. Med.*, 51:3507, 1960.
43. CERVINI, C., SABATINI, C. e GIACOMELLI, E. — Le artropatie della psoríase. Aspetti epidemiologici e clinici. *Il Policlinico. Sezione Pratica*, 86:885, 1979.
44. CHAHADE, W.H. — Determinação dos antígenos de histocompatibilidade (loci A e B) de pacientes portadores de psoríase e de artropatia psoriásica. *Rev. Bras. Reumat.*, 20:271, 1980.
45. CHAHADE, W.H. — Determinação dos antígenos de histocompatibilidade (loci A e B) de pacientes portadores de psoríase e de artropatia psoriásica (Conclusão). *Rev. Bras. Reumat.*, 21:2, 1981.
46. CHAOUAT, Y. — Le rhumatisme psoriasique. *Concours méd.*, 94:3445, 1972.
47. COSSERMELLI, W. — Artrite psoriásica. In *Reumatologia Básica*, pg. 201. *Sarvier*. São Paulo, 1972.
48. CHURCH, R. — The prospect of psoriasis. *Brit. J. Dermatol.*, 70:139, 1958.
49. COSTE, F. — Le rhumatisme psoriasique. *La Médecine*, 37:1, 1956.
50. COSTE, F. — La polyarthrite psoriasique. *Z. Rheumatforsch.*, 17:90, 1958.
51. COSTE, F. — Progrès en Rhumatologie. Pg. 113. *Ed. Médicales Flammarion*. Paris VI.º, 1968.
52. COSTE, F. e FORESTIER, J. — Remarques sur le rhumatisme psoriasique. *Rev. Rhum.*, 2:562, 1935.
53. COSTE, F., FRANÇON, J., TOURAINE, R. e col. — Polyarthrite psoriasique. *Rev. Rhum.*, 25:75, 1958.
54. COSTE, F. e SOLNICA, J. — La polyarthrite psoriasique. *Rev. Franç. Etud. Clin. Biol.*, 11:578, 1966.
55. COSTE, F. e SOLNICA, J. — Polyarthrite psoriasique. In *Progrès en Rhumatologie*. Pg. 113. *Ed. Médicales Flammarion*. Paris, 1968.
56. CUBUKÇU, O.C., DILDEN, N. e DILSEN, G. — Artrite psoriasique. *Turk. Tip. Cem. Med.*, 30:338, 1964. (Referenciada e analisada in *Arth. & Rheum.*, 8:169, 1965).
57. DAWSON, M.H. e TYSON, T.L. — Psoriasis arthropathica with observations on certain features comuns to psoriasis and rheumatoid arthritis. *Trans. Ass. Amer. Physic.*, 53:303, 1938.
58. DI VITORIO, S. — Osteoartropatia mutilante psoriásica. *Reumatismo*, 15:35, 1963.
59. DI VITORIO, S., MARRAZZI, G. e ROBBECCHI, A. — Osservazioni sul quadro ematológico delle artriti psoriasiche. *X Congr. Lega Int. Rheumat.* Pg. 343. *Minerva Medica*. Torino, 1961.
60. DRYLL, A. — Polyarthrite psoriasique. *Gaz. Hop.*, 30:1269, 1964.
61. DRYLL, A. — Le rhumatisme psoriasique en 1966. In *Actualité Rhumatologique. Expansion Scientifique Française*, Paris, 1966.

62. DRYLL, A., CAZALIS, P., DEBEYRE, N. e SÈZE, S. — Rhumatisme psoriasique. Étude prospective de 50 cas sans atteinte sacro-iliaque et sans facteur rhumatoïde, apparus à 50 ans de Polyarthrite rhumatoïde. *Nouv. Presse Méd.*, 4:1408, 1975.
63. DRYLL, A., KUNTZ, D. e SÈZE, S. — Étude comparative de 35 cas de pelvispondylite psoriasique apparus à 35 ans de pelvispondylite rhumatismale. *Sem. Hôp. Paris*, 49:2439, 1973.
64. DRYLL, A., SÈZE, S. — Étude prospective de 100 cas d'arthrite psoriasique. *VII Europ. Rheumatol. Cong.*, n.º 27.8, Brighton, 1971.
65. EASTMOND, C.J. e WRIGHT, V. — The nail dystrophy of psoriatic arthritis. *Ann. rheum. Dis.*, 38:226, 1979.
66. ENGLEMAN, E.P. — Psoriatic arthritis and Reiter's syndrome. *Postgraduate Med.*, 51:79, 1972.
67. FASSBENDER, H.G. — Morphological aspects of rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. In *Chronic Forms of Polyarthritits*. Pg. 17. *Hans Huber Publishers*, Berne, 1976.
68. FASSBENDER, H.G. — Pathological aspects and finding of Bechterew's syndrome and osteoarthropathia psoriatica. *Scand. J. Rheumatol.*, 32:50, 1979.
69. FASSBENDER, H.G. — Ekstraartikularni procesi upsorijaticnoj osteoarttropatiji. *Reumatizam*, 28:73, 1981.
70. FEHR, K. — Le rhumatisme psoriasique. *Folia Rheum.*, 15:7, 1967.
71. FELDMANN, J.-L., AMOR, B., CAZALIS, F. e col. — Antigenes HLA chez les malades atteints de rhumatisme psoriasique. *Nouv. Presse Méd.*, 5:477, 1976.
72. FIGUEIRINHAS, J. — Alguns dados definitivos obtidos através do recente inquérito epidemiológico de reumatismos. *Acta Reuma. Port.*, 4:373, 1976.
73. FIGUEIRINHAS, J. e CATITA, C. — Alguns aspectos epidemiológicos do Reumatismo Psoriásico. Comunicação apresentada às 1.ª Jornadas de Reumatologia Multidisciplinar (*Dermatologia e Reumatologia*). Tróia, 27-28 de Novembro de 1981. *Em publicação*.
74. FIGUEIRINHAS, J. e QUEIROZ, M.V. — A artrite reumatóide no inquérito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. *Acta Reuma. Port.*, 4:193, 1976.
75. FLETSCHER, E. e ROSE, F.C. — Psoriasis spondylitica. *Lancet*, 1:695, 1955.
76. FORESTIER, J., JACQUELINE, F. e ROTÉS-QUEROL, J. — La Spondylarthritis Ankylosante. *Masson et Cie*, Paris, 1951.
77. FOSTIROPOULOS, G., KAPPOS, I. e MARKETOS, G. — Comparative study of patients with psoriatic arthritis. Onset with arthritis versus onset with psoriasis. *IXth European Congr. Rheumatol.* Abstract 782. *Wiesbaden*, 1979.
78. FOURNIE, M.A. — Rhumatisme psoriasique. *Rheumatologie*, 9:329, 1968.
79. FOURNIE, A. — Le pied au cours du rhumatisme psoriasique. In *Le Pied Inflammatoire*. Pg. 73. Ed. por L. SIMON. *Maloine*, Paris, 1977.
80. FOURNIE, A., AYROLES, Ch., SELLAMIS, S. e col. — Histoire naturelle du rhumatisme psoriasique. Étude prospective de 82 cas. *Rev. Rhum.*, 47:309, 1980.
81. FREITAS, G.G., KOSMINSKY, S., KOSMINSKY, K. e col. — Artrite psoriásica infantil: apresentação de um caso. *Rev. Bras. Reumatol.*, 22:114, 1982.
82. GARCIA SORO, J.M. e CARREÑO MARTINEZ, A. — Artropatia psoriásica. Algunos aspectos clinicos y terapéuticos. *V Congr. Esp. Reumatol., Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteo-art.*, 10:222, 1964.
83. GERSTER, J.C. — Les spondarthrites séro-négatives. Un regroupement de certaines affections apparentées. *Med. et Hyg.*, 37:4501, 1979.
84. GIGANTE, D. — Rhumatismes digitaux dans les maladies dermatologiques. *Rev. Rhum.*, 37:113, 1970.
85. GIGANTE, D., CASTAGNOLI, M. e CRISPO, H. — L'artropatia psoriásica. Considerazioni su 100 casi. *Ann. Reumatol.*, 3:5, 1970.
86. GHOZLAN, R., GUILLON, C., GRUPPER, Ch. e col. — Le rhumatisme psoriasique infantile. A propos d'un cas avec revue de la littérature. *Rev. Rhum.*, 47:187, 1980.
87. GRABER-DUVERNAY, J. — A propos de la spondylarthritis psoriasique. *Rev. Rhum.*, 24:288, 1957.
88. GRIBBLE, M.G. — Rheumatoid arthritis and psoriasis. *Ann. rheum. Dis.*, 14:198, 1955.
89. GÜNTHER, R. — The differential diagnosis of rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. In *Chronic Forms of Polyarthritits*. Pg. 54. *Hans Huber Publishers*, Basle, 1976.
90. HELLGREN, L. — Association between rheumatoid arthritis and psoriasis in total population. *Acta Rheuma. Scand.*, 15:316, 1969.
91. HOULI, J., SACOMAND, B.F. e MORAES SA, C.A. — Espondilite anquilosante e psoríase. *A Folha Méd.*, 55:857, 1967.
92. INGRAM, J.T. — The significance and management of psoriasis. *Brit. Med. J.*, 2:823, 1954.
93. KAHN, M.-F. e DRYLL, A. — Le rhumatisme psoriasique. In *Bréviaire de Rhumatologie*. 4ème. ed. *Expansion Scientifique*, Paris 6ème, 1975.
94. KAMMER, G.M., SOSTER, N.A., GIBSON, D.J. e col. — Psoriatic arthritis: a clinical immunological and HLA study of 100 patients. *Sem. Arth. Rheum.*, 9:75, 1979.
95. KELGREN, J.H., LAWRENCE, J.S. e AITKEN-SWAN, J. — Rheumatic complaints in an urban population. *Ann. rheum. Dis.*, 12:5, 1953.
96. KREBS, A. — Uber psoriasis arthropatica. *Schweiz. Wschr.*, 92, n.º 2, 1962.
97. LAMBERT, J.R., ANSELL, B.M., STEPHENSON, E. e col. — Psoriatic arthritis in childhood. *Clin. Rheum. Dis.*, vol. 2. W.B. Saunders Co. Ltd. London, 1976.
98. LAMBERT, J.R., SCOTT, G. e WRIGHT, V. — Psoriatic arthritis and antinuclear factor. *Brit. Med. Derm.*, 96:11, 1977.
99. LAMBERT, J.R. e WRIGHT, V. — Serum uric acid levels in psoriatic arthritis. *Ann. rheum. Dis.*, 36:264, 1977.
100. LAMBERT, J.R. e WRIGHT, V. — Eye inflammation in psoriatic arthritis. *Ann. rheum. Dis.*, 35:354, 1976a.
101. LAMBERT, J.R., WRIGHT, V., RAJAH, S.M. e col. — Histocompatibility antigens in psoriatic arthritis. *Ann. rheum. Dis.*, 35:526, 1976b.
102. LANGLOIS, J.L. — Le Rhumatisme Psoriasique. Thèse. Paris, 1934.
103. LIEVRE, J.A. et BREUZARD, J. — Le problème du rhumatisme psoriasique. *Rev. Rhum.*, 23:549, 1956.
104. LOYAU, G. — La Polyarthrite Psoriasique. Thèse. Paris, 1958.

105. LUCHERINI, T., CONESTA BILE, E. e FERRADIS, F. — Indagine su i rapporti fra malattia reumatoide e psoriasi. *Il Policlinico, Sez. Pratica*, 68:1281, 1961.
108. LASSUS, A., MUSTAKALLIO, K.K., LAINE, V. e WAGNER, D. — The lack of rheumatoid factor in de 60 observations. *Marseille Méd.*, 112:191, 1975.
107. LASSUS, A., MUSTAKALLIO, K.K. e LAINE, V. — Psoriasis arthropathy and rheumatoid arthritis. *Acta Rheuma. Scand.*, 10:62, 1964.
108. LASSUS, A., MUSTAKALLIO, K.K., LAINE, V. e WAGER, D. — The lack of rheumatoid factor in psoriatic arthritis. *Acta Rheum. Scand.*, 10:69, 1964.
109. LAWRENCE, J.S. — Prevalence of rheumatoid arthritis. *Ann. rheum. Dis.*, 20:11, 1961.
110. LAWRENCE, J.S. — Discussion. *VI Europ. Congr. Rheum.* Lisboa, 1967.
111. LAWRENCE, J.S., BEHREND, T., BENNETT, P.H. e col. — Geographical studies on rheumatoid arthritis. *Ann. rheum. Dis.*, 25:425, 1966.
112. LECZINSKY, G.G. — The incidence of arthropathy in a ten-year series of psoriasis cases. *Acta Derm. Venerol.*, 28:483, 1948.
113. LENOCH, F. e TESAREK, B. — Discussion. *VI Congr. Europ. Reumatologia.* Lisboa, 1967.
114. MAGNIN, P.H., MACCAGNO, A., ROMANOWICZ, A. e col. — Artritis psoriásica. Correlación clínica, inmunológica y inmunogenética. *Rev. Argent. Derm.*, 62:107, 1981.
115. MALDONADO COCCO, J.A., PORRINI, A. e GARCIA-MORTEO — Prevalence of sacroiliitis and ankylosing spondylitis in psoriasis patient. *J. Rheumatol.*, 5:311, 1978.
116. MALDYK, H. — Psoriatic arthritis. «R», 3:287, 1973.
117. MANIGAND, G., LEVILLAIN, R., IMBERT, J.C. e col. — Polyarthrite psoriasique et amylose. *Sem. Hóp. Paris*, 43:3303, 1967.
118. MARTINELLI, B. e GIURICIN, G. — Annotazioni sull'artropatia psoriásica. *Reumatismo*, 26:230, 1974
119. MATHIES, H. — Arthritis psoriatica. *Acta Med. Austr.*, 1:3, 1974.
120. MATHIES, H. — Epidemiologische und sozialmedizinische daten rheumatischer erkrankungen. *Acta Rheum.*, 3:49, 1978.
121. McEWEN, C., DI TATA, D., LINGG, C. e col. — Ankylosing spondylitis and spondylitis accompanying ulcerative colitis, regional enteritis, psoriasis and Feiter's disease. A comparative study. *Arth. & Rheum.*, 14:291, 1971.
122. MEYER, J. — Le psoriasis. Ses problèmes d'actualité. *Conc. Méd.*, 52:7177, 1963.
123. MEYNADIER, J., GUILHOU, J.J., CLOT, J. e col. — Pathogénie du psoriasis. *Rev. Rhum.*, 46:529, 1979.
124. MICHELSEN, N.M., MOISE, R., ASCH, L. e col. — Rhumatisme psoriasique et amylose. *Strasbourg Méd.*, 16:245, 1965.
125. MIEHLE, W. — Rhumatisme Psoriasique. *Compendia Rheumatologica.* Editions Eular publishers Bâle, 1980.
126. MLADENOVIC, V., KERIMOVIC-MORINA, D. e SUSAKOVIC, N. — HLA-Sistem u bolesnisca s Psorijasnim artritisom. *Acta reum. Belgrad.*, 10:103, 1980.
127. MLADENOVIC, V. — Psorijasni artritis. Studija 200 bolesnika. *Acta Rheumatol. Belgrad.*, 11:91, 1981.
128. MOLERES FERRANDIS, R. e MUÑOZ GUILLEN, M.ª L. — Tratamiento de la artropatia psoriásica. *Rev. Esp. Reum. y Osteo-art.*, 14:260, 1971.
129. MOLIN, L. — Psoriasis. A study of the course and degree of severity joint involvement, socio-medical conditions, general morbidity and influences of selection factors among previously hospitalized psoriatics. *Acta Derm. Venerol.*, 53 (suppl. 72):1, 1973.
130. MORENO, A.R. — Reumatismo. 7.ª Edición. H. F. Martínez de Murguía. Córdoba 2270 — Buenos Aires, 1950.
131. NAZZARO, P. — Osservazioni sulla psoriasi artropatica. *Reumatismo*, 2, 1961.
132. NELSON, A.M. — Psoriatic arthritis. *Mayo Clin. Proc.*, 53:542, 1978.
133. ORTENZI, E. e TOMASINI, C. — A proposito dell'osteoartropatia psoriásica. *Reumatismo*, 16:364, 1964.
134. PENA SAGREDO, J., TINTURÉ EGUREN, T. e RODRIGUEZ VALVERDE, V. — Antigène d'histocompatibilité HLA-B27 dans les arthrites séronégatives et les lombalgies idiopathiques. *Rev. Rhum.*, 47:409, 1980.
135. PHELIP, X. — Le rhumatisme psoriasique. *PTC.*, 110:109, 1973.
136. PIÑOL, J., BARCELÓ, P. e ROTÉS-QUEROL, J. — Poliartrosis crónica y psoriasis. *Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteo-art.*, 7:373, 1948.
137. POAL BALLARIN, J.M. — Artropatia y Psoriasis. *Tesis.* Barcelona, 1962.
138. POAL BALLARIN, J.M. — Enfermedades Reumáticas y Procesos Afines Para el Médico General. Pg. 91. *Editorial Marin SA.* Barcelona, 1974.
139. POAL BALLARIN, J.M. — Arthrite rhumatoide psoriasique. *In Comptes Rendues du Symposium International de Rhumatologie.* Pg. 144. *Fondation Carlo Erba.* Milan, 1974.
140. POAL BALLARIN, J.M. e SARRÓ, J.A. — New concept about pathology of psoriatic rheumatoid arthritis. *X Congr. Lega Int. Reumatol.* Vol. 1. Pg. 339. *Minerva Med.* Torino, 1961.
141. RACHID, A. e VERZTMAN, L. — Artrite psoriásica. *In Reumatologia Pediátrica.* Ed. por VERZTMAN. Pg. 113. *Indústria Química e Farmacéutica Schering.* Rio de Janeiro, 1977.
142. RAMMENAU, P., STOICESCU, M., DRAGOMIR, N. e col. — L'Épidémiologie de la polyarthrite rhumatoide. *Rhumatologie*, 1:1, 1971.
143. RAMUNDE, L.K.J., CATS, A., VALKENBURG, H.A. e col. — Psoriasis and arthritis. *XV Int. Congr. Rheumatol.* Résumé 251. *Paris*, 1981.
144. RAPADO, A., FERNANDEZ DEL VALLADO, P., GIJON, J. e col. — Allopurinol (HPP) in joint arthropathy and other hyperuricemic conditions. *VI Congr. Europ. Rheumatol.* Relatórios e Comunicações. N.º 225. *I.P.R.* Lisboa, 1967.
145. REED, W.B. e BECKER, S.W. — Psoriasis and arthritis. *Arch. Dermatol.*, 81:577, 1960.
146. REED, W.B., BECKER, S.W. e HEISKELL, C.L. — Psoriasis and arthritis. A clinicopathologic study. *Arch. Dermatol.*, 83:541, 1961.
147. REED, W.B., HEISKELL, C.L. e BECKER, S.W. — Negative latex-fixation test in psoriatic arthritis. *Arch. Derm.*, 83:653, 1961.
148. REED, W.B. e WRIGHT, V. — Psoriatic arthritis. *In Modern Trends in Rheumatology.* Vol. 1. Pg. 375. *Butterworths.* London, 1966.

149. ROBECCHI, A., DANEÓ, V., SECONDO, G. e col. — Observations et recherches sur les polyarthrites chroniques sero-negatives. *VI Congr. Europ. Reumatol. Relatórios*. Pg. 87. I.P.R. Lisboa, 1967.
150. ROBECCHI, A., DANEÓ, V., DI VITTORIO, S. e col. — Le alterazioni delle articolazioni sacro-iliache nei malati di psoriasi. *Reumatismo*, 17:263, 1965.
151. ROBECCHI, A., e DI VITTORIO, S. — Aspetti reumatologici delle artropatie psoriasiche. *X Congr. Lega Int. Reumatol.* Pg. 345. *Min. Med.*, 1961.
152. ROBECCHI, A. e DI VITTORIO S. — La spondylite psoriasique. *Minerva derm.*, 40:129, 1965.
153. ROBECCHI, A. e DI VITTORIO, S. — Arthropathies psoriasiques. In *Encycl. Méd.-Chir. Appareil locomoteur*. Vol. 1, 14240 A10, 1961.
154. ROBECCHI, A., DI VITTORIO, S. e MARAZZI, G. — Psoriasis ed artropatie. *Reumatismo*, 13:49, 1961.
155. ROBERTS, M.E.T., WRIGHT, V., HILL, G.S. e col. — Psoriatic arthritis. Follow-up study. *Ann. rheum. Dis.*, 35:206, 1976.
156. ROMUNDE, L.K.J. van, CATS, A., VALKENBURG, H.A. e col. — Psoriasis and arthritis. *XV Congr. Int. Rhum.* Paris, 1981.
157. RUFFIÉ, R. e FOURNIÉ, A. — Le rhumatisme psoriasique. *Méd. et Hyg.*, 28:654, 1970.
158. SANY, J., SEIGNALET, J., GUILHOU, J.J. e col. — HL-A et rhumatisme psoriasique. *Rev. Rhum.*, 42:451, 1975.
159. SANY, J., SEIGNALET, J. e SERRE, H. — Psoriatic arthritis and HLA antigen. In *HLA and Disease*. 1-36. *Inserm*. Paris, 1981.
160. SCHILLING, F. e STADELMANN, M.L. — Clinical variants and morphological subtypes of psoriatic arthritis. *XV Congr. Int. Rhum.* N.º 0252. Paris, 1981.
161. SCHILLING, F., FASSBENDER, H.G., STADELMANN, M.L. e col. — Le rhumatisme psoriasique: étude clinique, radiologique et histologique (à propos de 464 cas). *«R»*, 11:201, 1981.
162. SÈZE, S. e RICKEWAERT, A. — Rhumatisme psoriasique. In *Os et Articulations*. Pg. 759. *Flammation*. Paris, 1954.
163. SÈZE, S., RICKEWAERT, A. e KAHN, M.F. — Les polyarthrites rhumatoïdes séronegatives. *Sem. Hôp. Paris*, 38:3499, 1962.
164. SÈZE, S., RICKEWAERT, A., KAHN, M.-F. e col. — Sur quelques aspects particuliers du rhumatisme psoriasique. *Rev. Rhum.*, 33:617, 1966.
165. SFIKAKIS, P. — Incidence of rheumatoid factor in healthy subjects. *VI Congr. Europ. Reumatol. Programas e Resumos*. N.º 179. I.P.R. Lisboa, 1967.
166. SIGLER, J.W. — Psoriatic arthritis. In *Arthritis and Allied Conditions*. Edit. por HOLLANDER. VII Edition. *Lea & Febiger*. Philadelphia, 1974.
167. SIMON, L., BLOTMAN, F. e CLAUSTRE, J. — Le rhumatisme psoriasique. In *Abrégé de Rhumatologie*. *Masson*. Paris, 1977.
168. THEISS, B., BONI, A., WAGENHAUSER, F.J. e col. — Psoriasis- spondylarthritis. *Z. Rheumatforsch.*, 28:93, 1969.
169. THOMPSON, M. e HOLTI, G. — Microcirculatory studies of the skin in the investigation of seronegative polyarthritis. *VI Congr. Europ. Reumatol. Relatórios Apresentados em Sessões Plenárias*. Pg. 29. I.P.R. Lisboa, 1967.
170. TOURAINE, A. — L'hérédité en Médecine. Caractères, Maladies, Corrélations. *Masson et Cie*. Paris, 1955.
171. Van der BOIJEN — Le Rhumatisme Psoriasique. *Le François ed*. Paris, 1939.
172. VILLANOVA, X. e PINOL, J. — Psoriasis arthropatica. *Rheumatism*, 7:197, 1951.
173. TESAREK, B. — Some diferencial problems of psoriatic arthritis. Citado in *Ann. rheum. Dis.*, 35:206, 1976.
174. VINGE, O., DALE, K., MOLLER, P. e col. — Radiographic findings in the spine and the sacroiliac joints in psoriasis prostatitis and acute anterior uveitis. *Scand. J. Rheumatol.*, suppl. 32:138, 1979.
175. ZABALA URRUTIA, J.L. e BAÑO LOPEZ, F. — La norma terapeutica seguida en nuestros casos de artropatia psoriasica. *VII Congr. Esp. Reumatol. Rev. Esp. Reum. y Enf. Osteo-Art.*, 24:264, 1968.
176. WALLER, M., TOONE, E.C., VAUGHAN, E. e col. — Study of rheumatoid factor in a normal population. *Arth. & Rheum.*, 7:513, 1966.
177. WASSMANN, K. — Rheumatoid arthritis and psoriasis. Statistical statements. *Ann. rheum. Dis.*, 8:70, 1949.
178. WEISENBACH, R. — Le rhumatisme psoriasique. *Vie Méd.*, 45:1965, 1964.
179. WEISENBACH, R. e FRANÇON, F. — Le rhumatisme psoriasique ou psoriasis arthropathique. *Rev. Rhum.*, 16:205, 1949.
180. WRIGHT, V. — Psoriatic arthritis. A comparative radiographic study of rheumatoid arthritis and arthritis associated with psoriasis. *Ann. rheum. Dis.*, 20:123, 1961.
181. WRIGHT, V. — Arthropathia psoriatica. A clinical entity? *Scand. J. Rheumatol.*, suppl. 32:25, 1979.
182. WRIGHT, V. — Reumatismo psoriásico. *J. du Congr. Rhumatol.*, 2:6, 1981.
183. WRIGHT, V. e MOLL, J.M.H. — Psoriatic arthritis. In *Seronegative Polyarthritis. North-Holland*. Amsterdam, 1976.

Para quê recuar no tempo?



Etofenamato
Reumon Gel

A mais recente substância anti-inflamatória
de uso tópico

UM NOTÁVEL PROGRESSO



Bial



ARTRIDOL

O ANTIREUMATISMAL POR VIA TÓPICA QUE REÚNE:

**PENETRAÇÃO + CONCENTRAÇÃO
= ACCÇÃO**

ARTRIDOL

(Linimento)



AS MANIFESTAÇÕES REUMATISMAIS DAS HEPATOPATIAS

JOSÉ MOURA ⁽¹⁾ e ARMANDO PORTO ⁽²⁾

RESUMO: Na tentativa de sistematização das manifestações articulares das doenças hepáticas, os autores abordam sucessivamente e numa tentativa de revisão o que se passa nas:

Hepatites agudas por vírus B em que as manifestações articulares se iniciam na fase prodrómica e que levantam muitas vezes problemas de diagnóstico diferencial com quadros de reumatismo inflamatório.

Clinicamente apresentam-se como artralgias ou artrites de instalação súbita, com predileção para as pequenas articulações simetricamente e fixas, raramente evoluindo por mais de 2 meses. Refere-se a constante V.S. baixa, em contraste com outras situações inflamatórias e o facto da sua gravidade não estar em relação com o prognóstico da doença hepática subjacente. Aponta-se o papel dos imunocomplexos na patogenia destas manifestações.

Hepatite crónica activa — nas formas clínicas associadas a manifestações articulares, refere-se a presença de complexos imunes crioprecipitáveis (IgAgHBsC), uma vez que deixam de ser detectadas quando desaparecem as manifestações articulares.

Cirrose Biliar Primária — Tenta-se, actualmente, incluí-las nas síndromes de glândulas secas.

Nos casos pouco evoluídos, as manifestações reumáticas, podem levar o reumatologista a perscrutar a afecção hepática subjacente se houver fosfatase alcalina e AAM elevados exageradamente. Apresentam-se as manifestações articulares agudas e crónicas, bem como as manifestações ósseas, que de uma maneira geral são identificadas como complicações evolutivas: dores, fracturas e desmineralização.

Hemocromatose primitiva, relacionada com a aposição anormal de ferro. Atingimento articular em 20% dos portadores da afecção.

(1) Especialista de Medicina Interna do H.U.C.

(2) Professor Catedrático da Faculdade de Medicina e Director do Serviço de Medicina 3 do H.U.C.

Manifestações articulares tipo degenerativo, inflamatório ou misto. Realce para a radiologia como auxiliar precioso no diagnóstico dessas lesões.

D. Wilson — relacionada com a alteração do metabolismo do cobre. A desmineralização óssea e a artropatia degenerativa são as principais manifestações reumáticas acompanhantes desta afecção.

Nas últimas décadas, com a evolução dos conhecimentos nas doenças reumáticas e com o aparecimento e aperfeiçoamento dos fármacos anti-inflamatórios, assiste-se a uma profusão de estudos relacionando as doenças hepáticas com as doenças reumáticas.

No entanto, estes estudos visam essencialmente o problema da eventual hepatotoxicidade dos compostos anti-inflamatórios, desde o já clássico ácido acetilsalicílico às actuais moléculas, cada vez mais potentes.

Embora já relatadas por Robert Graves, em 1843, só nos últimos anos algo se começa a descortinar sobre as manifestações articulares das hepatopatias, especialmente nas hepatites agudas.

Nesta perspectiva, em tentativa de sistematização, abordaremos sucessivamente as manifestações articulares das:

A) HEPATITES AGUDAS POR VÍRUS B

As hepatites agudas por vírus são doenças infecciosas extremamente difundidas por todo o mundo; também entre nós tal facto se verifica, constituindo 8,27% do total de internamentos no Serviço de Doenças Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra entre 1/1/71 e 30/9/77, numa série de 385 casos.

No período prodromico, habitualmente caracterizado por erupção urticariforme, com artralguas, isoladas ou associadas a mialguas, estas têm incidência relevante, variando entre 37,6 e 36,6% e 2,13 e 5,08% nas séries de Proença e Vieira e Armando Porto e col., respectivamente.

Das hepatites agudas é sem dúvida a hepatite B a que tem sido alvo de maior estudo e investigação; já Graves, em 1843, descreve 8 doentes com icterícia precedida de artrite transitória; Caroli, em 1935, cita a tríade pré-ictérica — «enxaqueca, artralguas e urticária». No entanto, até à descoberta de Blumberg, em 1965, do HBs Ag, a artrite associada a doença do fígado foi menosprezada.

Com efeito, a descoberta do antigénio Austrália e a certeza da sua associação com a hepatite B, verificada mais tarde por Prince, em 1968, deu origem a diversos trabalhos que contribuíram nestes últimos 15 anos para o melhor conhecimento desta hepatite e dos seus vírus causais.

De toda a investigação sobre hepatite viral ressalta o interesse dado às manifestações articulares, uma vez que é possível identificar a etiologia da infecção por vírus HB, pela detecção do antigénio HBs, aquando de manifestações extra-hepáticas articulares inespecíficas.

Os sinais articulares são exclusivos da hepatite B. Não se provou que o vírus da hepatite A pudesse dar manifestações articulares, não só porque foi isolado há relativamente pouco tempo (1973), mas também porque o carácter epidémico, a entrada predominantemente digestiva, o curto período de incubação, a evolução benigna e a maior incidência em crianças, continuam a confirmar a descrição clássica desta afecção, onde aquelas não são relatadas.

As manifestações articulares acompanhando as hepatites B têm interesse especial para o reumatologista porque muitas vezes motivam diagnósticos diferenciais complexos. Diagnóstico raramente evidente, as manifestações articulares aparecem isoladas, sem nada chamar a atenção para o sofrimento hepático latente.

Sob o ponto de vista clínico, apresentam-se de forma diversa:

1) Artralguas — sem tumefacção local, fixas ou migratórias, atingimento das pequenas articulações das mãos, dos dedos e também das grandes articulações, simetricamente.

Habitualmente acompanham-se de mialguas, sendo as dores periarticulares evocadoras de tendinite ou bursite. Muitas vezes algias raquidianas isoladas, ou associadas às anteriores, são referidas, levando mesmo a bloqueio antálgico do segmento da coluna atingido.

2) Artrites — caracterizadas por mono ou poliartrite aguda ou subaguda, de instalação súbita, atingindo preferencialmente as pequenas articulações das mãos.

Podem surgir de forma simétrica ou assimétrica e eventualmente migratórias.

Em geral fixas, raramente migratórias, podem evoluir por bastante tempo, pondo problemas de diagnóstico diferencial com reumatismo inflamatório em início. No entanto, é de salientar a constante V. S. baixa, naquelas afecções.

A frequência deste envolvimento articular varia de 10 a 50%, segundo os Autores.

Da experiência de Allen Steere e col., em 125 casos de atingimento articular, verifica-se maior incidência nos dedos das mãos (80%), seguindo-se os joelhos (45%)... até aos dedos dos pés (20%).

Estas manifestações articulares, mesmo de carácter grave, não têm qualquer relação prognóstica com a afecção hepática existente.

O diagnóstico é suscitado por múltiplos factores e dentre eles, a história de contactos prévios, a existência de sintomas cutâneos e digestivos precoces, a clínica sugestiva — astenia profunda, sem febre, a elevação das transaminases séricas coincidindo com as manifestações articulares, cerca de 15 dias antes do quadro ictérico, assim como a comprovação de marcadores imunológicos no soro e, eventualmente, no líquido sinovial do doente atingido.

Estas manifestações articulares, que na casuística de Armando Porto e col. (em 1981) em 81 doentes se cifram em 3,7% com artralguas e 12% com mialgias, são habitualmente de carácter breve e favoráveis na maior parte dos casos. Breve porque habitualmente duram apenas até ao aparecimento da icterícia, desaparecendo bruscamente com a eclosão desta; raramente persistem para além de 2 meses não resistindo à terapêutica usual ou até à corticoterapia, por vezes prescrita na suspeição de febre reumática.

É evidente que toda a medicação é ineficaz e, potencialmente, nefasta quando há sofrimento hepático, devendo nessa altura recomendar-se apenas repouso e, eventualmente, dieta; mas, quando em presença de hepatites anictéricas, os ensaios terapêuticos sucedem-se, ineficazes e, por vezes, favorecendo a manutenção e evolução para a cronicidade das lesões iniciais.

Apesar de tudo, o compromisso articular, quer transitório, quer arrastado, é habitualmente de prognóstico favorável, cura sem sequelas, embora alguns casos manifestem algias residuais, tais como tendinites de inserção.

A patogenia do atingimento articular no decurso da hepatite B é explicado por argumentos de ordem imunológica.

A hipótese de agressão directa da sinovial foi completamente abandonada.

Estudos feitos com microscopia electrónica, na sinovial, em casos de artrite acompanhando a hepatite B revelaram que, mesmo existindo partículas víricas nas células sinoviais, não foi possível demonstrar aí lesões citolíticas.

A presença de antigénio HBs na membrana e líquido sinovial (principal suporte da teoria citopatogénica) perdeu toda a validade, quando se demonstrou que, quando presente, se encontra na forma de complexos imunes (aparecem no fim do período de incubação, pela ligação dos anticorpos então formados, ao excesso de Ag HBs).

Estes depósitos de imunocomplexos, a nível dos diversos departamentos articulares, fixando-se às fracções do complemento, põem em marcha as reacções em cadeia bem conhecidas na inflamação.

Além destes dados, cita-se também a relativa frequência de factor reumatóide positivo: cerca de 17% na casuística referida de Armando Porto e col., que aliás coincide com a de outros autores.

Quando a artrite é inicial, refira-se também a constância da baixa dos valores da complementémia total e suas fracções C_1 , C_3 e C_4 na fase aguda, o que explica a activação por ambas as vias do sistema do complemento após a aposição dos complexos imunes AgHBs - AcHBs.

B) HEPATITE CRÓNICA ACTIVA

Definida histologicamente por infiltrado linfoplasmocitário periportal e fibrose, acompanha-se de cortejo clínico multissistémico, tal como a síndrome de Sjögren, artralguas ou artrites, erupção cutânea e, mais raramente, manifestações renais, como proteinúria e hematúria.

Associada ao antigénio HB em 15 a 60% dos casos, segundo diversos autores, pode ser consequência de hepatite vírica conhecida ou surgir sem motivo desencadeante apa-

rente, sendo a astenia, a anemia, a subicterícia, as manifestações articulares ou outras manifestações sistémicas, associadas a alterações biológicas, como as transaminases e fosfatase alcalina elevadas, acompanhadas de hipergamaglobulina, que evocarão o diagnóstico que o exame histológico, obtido por biópsia hepática, irá ou não confirmar.

Quando o antigénio HB não está presente é frequente a detecção de anticorpos antimúsculo liso, antinucleares ou de factor reumatóide no soro de doentes portadores de hepatite crónica activa.

Nas formas clínicas acompanhadas de manifestações articulares, Wands e col., detectaram complexos imunes crioprecipitáveis, compostos por imunoglobulina, antigénio HBs e fracções do complemento, cuja presença evolui com a sintomatologia clínica, não se detectando quando se dá a cura das manifestações articulares.

A presença destes complexos imunes circulantes, associada à activação do complemento — quer pela via clássica quer pela alternativa — é provavelmente responsável pela artrite que ocasionalmente complica a hepatite crónica activa, uma vez que nas formas sem componente articular as fracções do complemento não são encontradas.

Por estes dados, parece estar comprovada a importância destes complexos imunes na patogenia das artrites da hepatite crónica activa.

C) CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA

Doença de etiologia desconhecida, afecta preferencialmente indivíduos do sexo feminino, com idade superior a 35 anos; é uma afecção hepática inflamatória, com prurido, icterícia e síndrome de retenção biliar.

O quadro clínico inicia-se quase sempre por prurido generalizado, de longa duração a que, com o tempo se vêm juntar outros sintomas relacionados com a retenção biliar crónica — icterícia, acolia, colúria e esteatorreia, perturbações digestivas e xantomas.

Numa fase avançada, surgem as manifestações de cirrose, com insuficiência hepato-celular.

A hepatomegália é constante no evoluir desta situação, em contraste com o que acontece com outros processos hepáticos.

O diagnóstico assenta nos dados clínicos já referidos, associados a alterações biológicas, que a anatomopatologia irá confirmar.

Assim, suspeita-se de C B P quando existe prurido generalizado, de longa data, associado a hepatomegália e icterícia de aparecimento tardio, acompanhando a astenia, perda de peso e, eventualmente, manifestações articulares fugazes.

Dos estudos biológicos a pedir destaca-se o doseamento da fosfatase alcalina, que vem elevado persistentemente, com valores três vezes superiores ao normal, bem como os teores aumentados dos lípidos totais e do colesterol.

Sob o ponto de vista imunológico, salienta-se o aumento da IgM e a titulação dos anticorpos antimitocondriais habitualmente em valores superiores a 1/500.

Apesar destes dados, é necessário o auxílio da anatomia patológica, que classifica as lesões encontradas a partir da biópsia hepática, segundo os estádios de Scheuer, em:

- 1 — lesão flórida;
- 2 — proliferação ductular;
- 3 — fibrose;
- 4 — cirrose.

Depois das investigações de S. Sherlock e colaboradores, pensa-se que esta situação clínica esteja incluída nas síndromes de glândulas secas, uma vez que é uma doença multissistémica envolvendo múltiplas estruturas glandulares.

A lesão dos canalículos biliares é a característica precoce da C. B. P. e é contra estas lesões que se desenvolvem a fibrose e a cirrose futuras. Simultaneamente, as lesões ductulares são achados precoces das síndromes de glândulas secas.

Outras alterações associando-se às lesões ductulares que ocorrem na C B P incluem a pigmentação e tendências esclerodérmicas da pele, fenómeno de Raynaud (a síndrome CREST) e a associação com outras doenças auto-imunes, especialmente a artrite reumatóide e a tiroidite de Hashimoto.

Finalmente, as alterações de ambas as respostas imunitárias, mediadas por células B e T, semelhantes às que se encontram após a transplantação de medula óssea, são dados

viartiril-[®]S duo

INJECTÁVEL
ORAL

... a terapêutica
básica da artrose

- Estimula o crescimento do tecido cartilágneo*
- Impede o processo degenerativo*
- Restabelece a função articular*
- Sem efeitos secundários gástricos*



DELTA
LABORATÓRIOS

INDICAÇÕES

Artroses — primária ou secundária, qualquer que seja a sua localização.

Contra-indicações — Não são conhecidas. O Viartiril-S foi administrado com eficácia e segurança a doentes com insuficiências cardíacas, renais e circulatórias e a doentes diabéticos.

Efeitos secundários — Não se têm verificado. O Viartiril-S é seguro sob o ponto de vista gástrico, mas em doentes com antecedentes gástricos deve ser empregue sob controlo médico.

POSOLÓGIAS

1) Inicial: 1 ampola (1 + 1) diária de VIARTIRIL-S injectável, por via intramuscular ou endovenosa + 2 cápsulas de Viartiril-S durante 15 dias, ou 6 cápsulas diárias, de 6 a 8 semanas.

de Sulfato de Glucosamina Cristalino (equivalente a 400 mg de Sulfato de Glucosamina), 10 mg de Cloridrato de Lidocaína, água para injeção q.b.p. 2 ml + 15 ampolas B (incoloras) de

2) Manutenção: 1 ampola (1 + 1) diária durante 4 semanas, de 3 a 4 meses.
3) Administração intra-articular segundo indicação do médico.

PRECAUÇÕES

— Não deve ser empregue em crianças e durante a gravidez e lactação apenas sob controlo médico.
— Como todos os medicamentos deve ser conservado fora do alcance das crianças.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO E COMPOSIÇÃO

DUO: — Embalagens de 15 ampolas A (amarelas) doseadas a 502,5 mg

solução tampão diluente, contendo 24 mg de Dietanolamina, água para injeção q.b.p. 1 ml + 60 cápsulas doseadas a 312,5 mg de Sulfato de Glucosamina Cristalino (equivalente a 250 mg de Sulfato de Glucosamina).

INJECTÁVEL: — Embalagens de 5 ampolas A (amarelas) + 5 ampolas B (incoloras) de solução tampão diluente, idênticas às da embalagem Duo.

ORAL: — Embalagens com 80 cápsulas doseadas a 312,5 mg de Sulfato de Glucosamina Cristalino (equivalente a 250 mg de Sulfato de Glucosamina).

Caixas de 80 cápsulas 902350
Caixas de 5 + 5 ampolas 612350
Duo (15 + 15 ampolas + 60 cápsulas) 2310300

Sob licença exclusiva de
Optermann Arzneimittel — R.F.A.

*Lopes Vaz; Ângelo Couto Soares; Bignamini, Rivera, Tapadinhas, et al; Nelson Carvalho, Barahona de Lemos e Rebelo de Barros, Pharmatherapeutica, vol. 3, n.º 3, 1982, Londres; Current Medical Research and Opinion, vol. 8, n.º 3, 1982, Londres.



A detecção
precoce da artrite
gotosa deve estar
sempre presente
perante uma
articulação
dolorosa

A Gota Articular surge de muitas formas e disfarces



Embora a gota articular se associe classicamente com o dedo grande do pé, uma avaliação feita em 604 doentes gotosos da clínica geral¹, indicou que 44% das crises gotosas envolvem o joelho, cotovelo, tornozelo e dedos.

Por este motivo o diagnóstico diferencial de qualquer inflamação articular deverá incluir a artrite gotosa.

1. Currie, W.J.C. (1978), Rheum. Rehab., 17/4, 205

na profilaxia da gota articular

ZYLORIC-300
(allopurinol)



Wellcome LABORATÓRIOS WELLCOME DE PORTUGAL, LDA.

ZYLORIC 100 mg - comp 100 / p.v.p. - 578\$50
ZYLORIC 300 mg - comp 28 / p.v.p. - 502\$00

adicionais, que permitem incluir a C B P nas síndromes de glândulas secas, cuja principal característica é a hipossecreção (lacrimar, salivar, biliar e pancreática), devida a lesão dos epitélios ductulares.

As manifestações ósteo-articulares nos casos pouco evoluídos, e em que ainda não há riqueza sintomatológica hepática, põem muitas vezes problemas de diagnóstico diferencial com outras situações reumáticas, levando o reumatologista a só tardiamente pôr a hipótese e, depois, confirmar o diagnóstico da doença hepática de base.

As **manifestações articulares** na Cirrose Biliar Primária são de conhecimento recente e aparecem em cerca de 8% dos portadores da doença.

Consideram-se dois aspectos:

- a) manifestações articulares agudas e transitórias, que precedem ou revelam a C. B. P.

Podem surgir como artralguas fugazes que atingem as grandes articulações e regredem em alguns dias, desaparecendo totalmente após dois ou três surtos.

- mono ou oligoartrites, com sinais inflamatórios moderados, atingindo preferencialmente os joelhos, punhos...
- poliartrite migratória, atingindo as grandes articulações e que regride em algumas semanas, sem sequelas.

- b) manifestações articulares crónicas

Podem apresentar-se como uma poliartropatia crónica semelhante à das manifestações agudas; atingem preferencialmente as articulações distais, joelhos, coluna cervical, com sinais inflamatórios moderados.

Atingimento simétrico, com clínica lembrando a poliartrite reumatóide, mas sem conduzir a deformação ou destruições articulares, ou revelar nódulos subcutâneos.

A evolução posterior da doença hepática não parece influenciar o quadro articular, que sob ponto de vista radiológico ou laboratorial não mostra qualquer alteração.

As **manifestações ósseas**, frequentemente encontradas são de uma forma geral consideradas como complicações evolutivas.

Clinicamente, manifestam-se por:

- a) — Dores referidas por 20 a 50% dos doentes, segundo diversos autores. Raquidianas, com localização preferencial a nível dorsal ou lombar, podem também aparecer nos membros inferiores, sendo difícil precisar a sua localização nesta eventualidade.

De intensidade variável, podem ser discretas mas, por vezes, intensas, impedindo o repouso, resistentes aos analgésicos e recidivantes.

Embora sem lesões radiológicas, aceita-se hoje serem dependentes da desmineralização, ainda sem a respectiva tradução radiológica.

- b) — Fracturas, de menor frequência, surgem em 10 a 20% dos casos de C B P.

Na maior parte dos casos traduzem-se por achatamento dos corpos vertebrais dorsolombares.

Dolorosas, não têm qualquer característica radiológica específica, atingem um número restrito de vértebras e conduzem a cifose.

Outras fracturas podem observar-se, a nível das costelas, do ramo isquiopúbico, do fémur, do úmero..., fazendo-se a consolidação em prazos considerados normais. Excepcionalmente se observa o esmagamento da cabeça do fémur no decurso da afecção de base.

Não se citam hoje, no evoluir da C B P, as estrias de Looser Milkman, nem as deformações ósseas sem fracturas.

- c) — Desmineralização, registada em 20 a 50% dos casos, segundo diversos autores.

Trata-se de osteoporose, com os estudos radiológicos mostrando transparência aumentada, de maneira homogênia, especialmente a nível lombosagrado e bacia.

Clinicamente suspeitada por cifose dorsal, indolor, ou então com dores intensas, que levam ao pedido de estudo radiológico, que revelará a desmineralização e, eventualmente, as fracturas.

Esta osteopatia, (desmineralização e fracturas múltiplas), sendo a mais evidente, é também, muitas vezes, a reveladora de C B P.

D) HEMOCROMATOSES PRIMITIVAS

A hemocromatose é uma doença crónica caracterizada pelo excesso de aposição de ferro e conseqüente fibrose, em múltiplos tecidos e órgãos, com irrevogável prejuízo funcional em doentes não tratados.

A cirrose e a hepatomegália são as manifestações clínicas mais frequentes, associadas por vezes a pigmentação cutânea, diabetes e outras alterações endócrinas.

Na maior parte dos casos idiopática, com definida característica familiar ligada a marcadores do sistema HLA, (A₁; A₂ e B₁₇) pode, contudo, surgir na fase final da cirrose alcoólica e na ingestão crónica de ferro em doentes com anemias refractárias.

Quando resultante da ingestão excessiva de ferro, surge habitualmente entre os 40 e 60 anos e é menos frequente na mulher.

O ferro é identificado histologicamente, em todos os tecidos afectados, como hemossiderina.

A laparoscopia e a biópsia estabelecem muitas vezes o diagnóstico, uma vez que é no fígado que encontramos o maior depósito de ferro; grandes depósitos de hemossiderina nas células parenquimatosas podem ser observados na histologia hepática.

A biópsia hepática associada à determinação da siderémia e à percentagem de saturação da siderofilina, são a chave do diagnóstico desta afecção.

Desde 1964, com a publicação por Schumacher das artropatias da hemocromatose, esta afecção começa a despertar também o interesse dos reumatologistas. Os depósitos de hemossiderina nas células sinoviais, já haviam sido descritos por Sheldon, em 1953, e a sintomatologia articular nesta afecção tinha merecido a atenção de outros autores, nomeadamente Delbarre, em 1960; contudo, é a Schumacher que cabe responsabilizar a hemocromatose pelas artropatias referidas.

O atingimento articular surge em cerca de 20% dos doentes afectados de hemocromatose.

O início dos sintomas articulares surge, habitualmente, coincidindo com a restante sintomatologia da afecção, podendo, no entanto, precedê-la ou até surgirem mais tardiamente.

As mãos (MCF, IFP e IFD), os joelhos e as coxofemorais são atingidas frequentemente, com evolução contínua e lenta, mas com agravamento progressivo. Estudos anatomopatológicos mostram o ferro, sob forma de hemossiderina, depositado nas células sinoviais.

As sangrias repetidas, não logram, contudo, melhorar estas manifestações articulares.

Clinicamente verifica-se a existência de manifestações articulares com características **degenerativas** — tipo artrose — progressivas, agravando com o evoluir da actividade e acalmando com o repouso, sendo as articulações coxofemorais habitualmente as mais atingidas; **inflamatórias** — tipo artrite reumatóide — seronegativas, apresentam-se as articulações tumefactas, com rigidez matinal; manifestações estas que evoluem por surtos mas que não conduzem a deformações articulares; **mistas** — em que os dois tipos anteriormente citados aparecem associados.

O diagnóstico assenta fundamentalmente na radiologia e neste campo salienta-se:

- a) a alteração da placa óssea subcondral — fazendo lembrar a artrose, no entanto o espessamento é irregular, com estreitamento da interlinha articular e sem osteofitose;
- b) condrocalcínose articular difusa (como na doença de Wilson, hiperparatiroidismo e diabetes) com incrustações e calcificações periarticulares, melhor visualizáveis a nível das grandes articulações.

E) DOENÇA DE WILSON

Designada também por degenerescência hepatolenticular, de incidência familiar autosômica recessiva, bastante rara, caracterizada clinicamente pelo anel de Kayser-Fleischer, lesões neurológicas (tremor, rigidez, disartria, incoordenação motora) e cirrose hepática.

Doença fatal quando abandonada à sua evolução, surge habitualmente com nefropatias tubulares, que se traduzem na clínica por aminoacidúria, glicosúria e proteinúria.

As alterações do metabolismo do cobre e a sua anómala aposição a nível tissular, estão na base das alterações orgânicas antes citadas.

Como manifestações reumáticas da Doença de Wilson existem:

— Desmineralização óssea, evidenciada radiologicamente em 25 a 50% dos doentes portadores da afecção. De uma maneira geral assintomática pode, no entanto, surgir como raquitismo ou osteomalácia, atribuíveis à tubulopatia supracitada.

— Artropatia, habitualmente degenerativa, atinge preferencialmente os punhos e os joelhos. Radiologicamente observam-se fragmentação óssea subcondal, irregularidades da cortical e esclerose; as calcificações periarticulares, bem como sequestros ósseos, são frequentemente encontrados nos exames radiológicos feitos aos portadores da doença de Wilson.

Concluiremos chamando a atenção para que nos «quadros reumáticos» inespecíficos se pense em doença hepática latente, pois que muitas vezes terapêuticas anti-reumáticas intempestivas poderão conduzir ao agravamento do estado de um fígado já bastante «debilitado».

SUMMARY

In order to systematize and to revise the articular manifestations of the hepatic diseases the authors continuously refer to what happen in the following situations:

Acute Viral Hepatitis B, where the articular manifestations start in the prodromic phase and often raises problems of differential diagnosis with cases of inflammatory rheumatism.

Clinically, they present as arthritis of unexpected installation with preference for the small articulations, symmetrically and fixed.

They barely develop for over more than 2 months. One refers to the constant low E.S.R., which contrast with other inflammatory cases and to the fact that its gravity is not in relation with the prognosis of the subjacent hepatic disease. The role of the immune complexes in the pathogenesis of these manifestations should also be pointed out.

Active Chronic Hepatitis — in the clinical aspects associated to the articular manifestations, the presence of the crioprecipitable immune complexes is also mentioned, which cases to be detected when the articular manifestations disappear.

Primary Biliary Cirrhosis — Nowadays one attempts to include it on the sicca glands syndrome. In the less developed cases, the rheumatic manifestations, may lead the rheumatologist to examine the subjacent hepatic disease: alcalin phosphatase and AAM being extremely elevated. Both the acute and chronic articular manifestations and the bone manifestations occur, being the later one identified with further problems, such as pain, fracture and dismineralization.

Primitive Hemochromatosis — They are connected with the abnormal iron deposition. In 20% out of these patients articular manifestations may be found. These may occur as articular manifestations of degenerative, inflammatory or mixed types. It should be given distinction to the need of radiology in the diagnosis of these diseases.

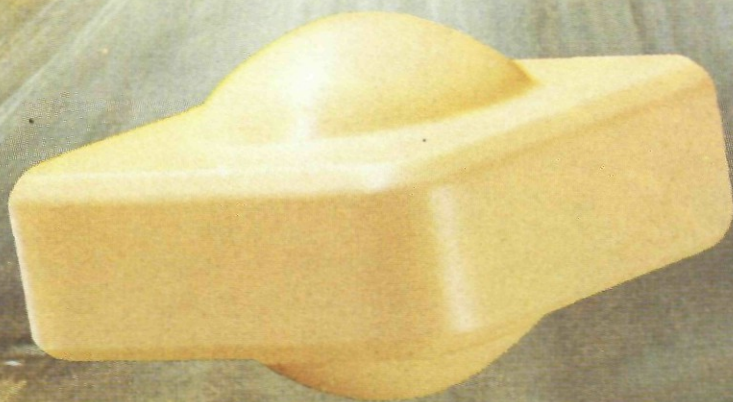
Wilson's disease is related with the alteration of the copper metabolism. The bone dismineralization and the degenerative arthropaties are the main rheumatic manifestations which accompany this disease.

(THE ARTICULAR MANIFESTATIONS OF THE HEPATIC DISEASES. *Acta Reuma. Port.*, VIII (3): 141-148, 1983.)

BIBLIOGRAFIA

1. ALARCON-SEGÓVIA, D.; DIAZ-JANANNOU, E.; FISHBEIN, E. — Features of Sjogren's syndrome in primary biliary cirrhosis. — *Ann. Intern. Med.*, 79: 31-36, 1973.
2. ALPERT, E.; ISSELBACHER, K. J. e SCHUR, P. H. — The pathogenesis of arthritis associated with viral hepatitis complement-component studies). — *The New England Journal of Medicine*, 285, 4: 185-189, 1971.
3. BARJON, M. C. — Les infections dues au virus de l'hépatite B et leurs manifestations articulaires. — in Simon e Sany. — *Perspectives en Rhumatologie*, 368-378 — Masson Paris 1979.
4. CLAFKE, A. K.; GALBRAITH, R. N.; HAMILTON, E. B. D. e WILLIAMS, R. — Rheumatic disorders in primary biliary cirrhosis. — *Ann. Rheum. Dis.*, 37: 42-47, 1978.
5. DELBARRE, F. — L'osteoporose des hemochromatoses. — *Sem. Hop. Paris*, 36: 3279-3296, 1960.
6. DELBARRE, F. — Les manifestations osteo-articulaires de l'hémochromatose. — *Presse Medicale*, 97-98: 996-999, 1964.
7. DUFFY, J.; LIDSKY, M.; SHARP, J. T. — Polyarthritis polyarteritis and hepatitis B. — *Medicine*, 55: 19-37, 1976.
8. EPESETEIN, O.; THOMAS, H. C. e SHERLOCK, S. — Primary biliary cirrhosis is a dry gland syndrome with features of chronic graft-versus-host disease. — *Lancet*, 1156-1168, 1980.
9. FERNANDEZ, R.; McCARTY, D. J. — The arthritis of viral hepatitis. — *Ann. Int. Med.*, 74: 207-211, 1971.
10. GRAS, J. P.; LEVENEZ, J. P.; RAIZ, A. M.; DEMANGEAT, P.; GRAS, F. — Les arthropathies de l'hémochromatose primitive. — *Rhumatologie*, 32-n.º 3: 57-64, 1980.
11. GRAEVES, R. J. — A system of clinical medicine — Dublin Fanin and company, 564-1843 - citado por Elliot Alpert. — *New Engl. Journ. Medicine*, 285-n.º 4: 185, 1971.
12. JAVITT, N. B.; HAND, R.; FINLAYSON, N. D. C. — Persistent viral hepatitis. — *Amer. J. Med.*, 55: 799-810, 1973.
13. JONES, E. A. e JAMES, S. P. — Circulating immune complexes and the Pathogenesis of Primary Biliary Cirrhosis. — *Gastroenterology*, 83-n.º 3: 709-711, 1982.
14. MAJER, L.; BORDIER, PH.; VITALE, C. — Les manifestations osteo-articulaires de la cirrhosis biliaria primitive. — in Séze S. e col. *L'actualité rhumatologique-Expansion Scientifique-Paris 1976*.
15. ONION, D. K.; CRUMPACKER, C. S. and GILLILAND, B. C. — Arthritis associated with Australia antigen. — *Ann. Inter. Med.*, 75: 29-33, 1971.
16. PORTO, A.; GASPAR, E.; COIMBRA, H.; GARÇAO, F.; CORTE REAL, R.; PEREIRA, A. S.; MARTA, E. e CARDOZO, J. A. — Hepatites agudas por vírus B. — *Coimbra Médica*, 2-Supl. 1, 43-45, 1981.
17. PROENÇA, R. e VIEIRA, M. — Estudos epidemiológicos e clínicos de 100 casos de hepatite aguda a vírus. Correlação com o antígeno Austrália. — *J. Soc. Ciências Médicas de Lisboa*, 139, 6: 547, 1975.
18. ROQUES, C. F.; AMIGUES, H.; FOURNIÉ, A.; RUFFIE, R.; SMILOVIC, W.; BOISSEZOU, J. F. — L'antigene Austrália au sein d'une population rhumatologique. — *Nouv. Presse Med.*, 4: 1877-1878, 1975.
19. ROUHIER, D.; JOLIOT, A. Y.; TREPO, CH.; BUGNON, B. e BRETTE, R. — La cirrhosis biliaria primitive. (Étude de onze observations). — *Ann. Gastroenterologie e Hepatologie*, 16, n.º 1: 9-17, 1980.
20. SAUTER, S. V. H. e UTSINGER, P. D. — Viral arthritis. — *Clinics in Rheumatic Diseases*, vol. 4, n.º 1: 225-240, 1978.
21. SCHUMACHER, H. R. — Ochronosis, Hemochromatosis and Wilson's Disease, in *Arthritis and allied conditions - Lea e Febiger, Filadélfia*, pag. 1262-1275, 1979.
22. SCHUMACHER, H. R. — Hemochromatosis and arthritis. — *Arth. and Rheum.*, 7: 41-50, 1964.
23. SCHUMACHER, H. R.; GALL, E. P. — Arthritis in acute hepatitis and chronic active hepatitis. — *Amer. J. Med.*, 57: 655-664, 1974.
24. SERRE, H.; SIMON, L. et SANY, J. — A propos de la condrocalcinosse articulaire diffuse. — *Rev. Rhum.*, 32: 425-430, 1965.
25. SEZE, S.; HUBAULT, A.; KAHN, M. F.; WELFLING, J.; JAFFERS, R.; MITROVIC, D. et SOLNICA, J. — Les arthropathies des hemochromatoses. — *Sem. Hôp. Paris*, 42: 2472-2482, 1966.
26. SIMON-M. et al. — Héredité recessive de l'hémochromatose idiopathique: des exceptions qui confirment la règle. — *Diabetes et Metabolisme*, 6: 305-306, 1980.
27. STEERE, A. C. and MALAWISTA, S. E. — Viral arthritis - in *Arthritis and allied conditions*. — *Lea e Febiger-Filadélfia*, pag. 1391-1407, 1979.
28. TALAL, N. — Sjogren's syndrome and connective Tissue Disease with other immunologic disorders — in *Arthritis and allied conditions*. — *Lea e Febiger-Filadélfia*, pag. 810-823, 1979.
29. THOREL, J. B.; BARON, J. J.; DESSAUW, PH.; DESHAYES, P. — La cirrhose biliaria primitive vue par la rhumatologie. — A propos de deux observations. — *Revue du Rhumatisme*, 48-n.º 4: 341-346, 1981.
30. VIANA QUEIRÓS, M.; CALDEIRA, J.; ANDRÉ, O. e LISBOA, P. E. — As artropatias das hemochromatoses primitivas (a propósito de 7 casos). — *Acta Reumatológica Portuguesa*, 1: 51-61, 1974.
31. WANDS, J. R.; ALPERT, E. and ISSELBACHER, K. J. — Arthritis associated with chronic active hepatitis: complement activation and characterization of circulating immune complexes. — *Gastroenterology*, 69: 1286-1291, 1975.
32. ZIMMERMAN, H. J. — Effects of aspirin and acetaminophen on the liver. — *Archives Internal Medicine*, 141: 333-342, 1981.

EM BREVE, INOVAÇÃO NA TERAPÊUTICA DA ARTRITE REUMATÓIDE



Há muito que se vem sentindo a necessidade de um fármaco eficaz na remissão da AR sem as habituais reacções secundárias dos actualmente existentes. Esta necessidade está prestes a ser satisfeita. Brevemente, a SK&F terá o prazer de anunciar o lançamento de um novo composto de sais de ouro, a auranofina. A Auranofina é activa oralmente, possuindo o mesmo grau de

modificação do quadro clínico da doença que a terapêutica parenteral com sais de ouro, mas com uma segurança nunca antes julgada possível.

A nova terapêutica oral com sais de ouro constituirá uma nova esperança para os doentes com AR.

Na verdade, o futuro da terapêutica da AR com sais de ouro está prestes a mudar. Uma mudança para melhor.

TERAPÊUTICA ORAL  COM SAIS DE OURO

SK&F
uma companhia SmithKline

noVO
RENGASIL
vence dor

GEIGY

**actividade
antalgica
comparável à
pentazocina**

**actividade
anti-inflamatória
muito acentuada**

boa tolerância

**comodidade
de administração**



**analgésico
anti-inflamatório**
duas cápsulas/dia

APRESENTAÇÃO

Embalagem: 20 cápsulas a 400 mg (P.V.P. 540\$00)
60 cápsulas a 400 mg (P.V.P. 1.451\$00)

HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA
SERVIÇO 1 — PEDIATRIA
LISBOA — PORTUGAL

ARTRITE CRÓNICA JUVENIL — PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA (*)

LINO ROSADO ⁽¹⁾, MARIA EMÍLIA SANTOS ⁽²⁾, CONSTANÇA PATACAS ⁽²⁾ e
ANTÓNIO BRITO AVÓ ⁽³⁾

RESUMO: A propósito de alguns casos de Artrite Crónica internados no Serviço 1 do Hospital D. Estefânia, elaborou-se um protocolo de diagnóstico e terapêutica de Artrite Crónica Juvenil. Chama-se a atenção para a importância do despiste e tratamento precoces, na tentativa de parar o processo inflamatório, minimizar as sequelas articulares e recuperar socialmente o doente.

I — INTRODUÇÃO

Perante as dificuldades surgidas no diagnóstico e orientação terapêutica, de algumas crianças internadas no Serviço 1 do Hospital de D. Estefânia, por Artrite Crónica Juvenil, sentiu-se a necessidade de estabelecer parâmetros clínicos e laboratoriais, que de algum modo facilitassem a marcha do diagnóstico.

A Artrite Crónica Juvenil (A.C.J.) é uma situação cujo diagnóstico se baseia essencialmente em dados clínicos, e que passa, obviamente pela exclusão de outras situações que se acompanham de artrite (3).

Uma vez que a A.C.J. se apresenta com diferentes expressões clínicas, cuja evolução e prognóstico podem igualmente diferir, torna-se difícil definir critérios para a elaboração de um protocolo diagnóstico.

Existe porém um ponto comum às várias formas de apresentação da doença e que sustenta o diagnóstico:

- persistência de uma mono ou poliartrite, ou ainda a persistência de manifestações sistémicas típicas por três ou mais meses consecutivos, no grupo etário abaixo dos dezasseis anos (2, 6, 7, 8).

Na tentativa de tornar mais clara a leitura do protocolo que foi elaborado, descrevem-se sucintamente as principais formas de apresentação da doença.

(*) Trabalho realizado no Serviço 1 do Hospital D. Estefânia (Director: Prof. Doutor Nuno Cordeiro Ferreira) — Sala 4 (Chefe de Serviço: Dra. Gertrudes Gomes da Costa) e apresentado em sessão clínica em Abril de 1983.

(1) Assistente Hospitalar de Pediatria Médica.

(2) Internos do complementar de Pediatria Médica.

(3) Interno voluntário de Pediatria Médica.

II — BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLÍNICA E O LABORATÓRIO DA A.C.J.

Distinguem-se três formas:

A) Forma Poliarticular

Atingimento de quatro ou mais articulações, associado a manifestações sistêmicas moderadas (3).

As articulações mais frequentes e tipicamente atingidas e que devem sugerir o diagnóstico são: metacarpo-falângicas; interfalângicas proximais dos dedos da mão — dedos em fuso; ráquis cervical.

O início da artrite pode ser abrupto ou insidioso, e as articulações caracteristicamente apresentam (1, 3):

- **edema** — traduz, infiltração dos tecidos peri-articulares, ligamentos, cápsulas, derrame intra-articular e das bainhas tendinosas. A intensa proliferação da sinovial pode levar à formação de quistos sobre as articulações atingidas.
- **mobilidade diminuída** — membros em semiflexão. Por vezes existe espasmo de flexão acompanhante, impossível de vencer.
- **dor** — não é um sintoma predominante, podendo mesmo estar ausente. Característica importante é a deformação e tumefacção articulares e a capacidade funcional que pode estar relativamente bem conservada no início da doença.
- **ausência de rubor** — é característico. Quando existe é discreto.
- **rigidez matinal** — típica deste tipo de artrite, constitui a manifestação mais comum nas formas de início insidioso.

B) Forma Pauciarticular

Atingimento de no máximo quatro articulações.

Por ordem de frequência são especialmente atingidos: joelhos, tíbio-társicas, punho, ombro.

O início é insidioso, o componente inflamatório pouco marcado (3).

Distinguem-se dois subgrupos:

- **tipo I** — Início precoce, antes dos quatro anos, predomínio do sexo feminino. Sessenta por cento têm Anticorpos Anti-Nucleares positivos, e não há associação com HLA-B27. A principal complicação, que pode mesmo constituir o sinal de apresentação da doença, é a iridociclite crónica: olho vermelho uni ou bilateral, dor, fotofobia e diminuição da acuidade visual (6, 7).
- **tipo II** — Início tardio, depois dos oito anos, predomínio do sexo masculino. Frequentemente há história familiar — espondilite anquilosante, iridociclite, S. Reiter, etc. Sugestiva é a presença de dor no calcanhar, e a tendinite do tendão de Aquiles. Setenta e cinco por cento dos doentes têm HLA-B27. Frequente envolvimento da cintura pélvica, com sacro-ileíte demonstrável radiologicamente. Evolução possível para espondilite anquilosante (7).

C) Forma Sistémica

As manifestações extra-articulares são proeminentes, e dominam inicialmente o quadro.

- **febre** — alta (39 - 40° C), sobretudo vespertina. Variável, com remissões e recaídas sem qualquer ritmo próprio. Acompanhada de prostração intensa, contrastando com o bem-estar durante a apirexia.
- **rash exantemático** — caracteristicamente é: discreto, fugaz, surgindo durante a subida térmica. Os elementos são maculares de pequenas dimensões, róseos, predominando no tronco e raiz dos membros.

- **adenopatias** — disseminadas, sem relação com as articulações atingidas. São de volume moderado, móveis, firmes e indolores. O seu aumento de volume, segue os acessos inflamatórios da doença.
- **hepato-esplenomegália** — a hepatomegália é rara. A esplenomegália é frequente e moderada.
- **pericardite e/ou pleurite** — em cerca de um terço dos doentes. Muitas vezes subclínicas com evolução benigna.
- **dor abdominal** — intensa, podendo levar ao diagnóstico de abdómen agudo, em cerca de um quarto destes doentes.
- **manifestações articulares** — as primeiras semanas, são tipicamente marcadas pela ausência de sinais articulares. Mas são frequentes as mialgias e/ou artralgias fugazes durante a subida térmica.
No decurso da doença, surgem os sinais inflamatórios articulares, cujo atingimento é similar ao da forma poliarticular (3).

Segundo alguns autores, a duração de três meses de sinais articulares, para estabelecimento do diagnóstico, pode ser encurtada para seis semanas, quando às manifestações articulares se juntam outras:

- sinovite das bainhas tendinosas, rigidez articular matinal, atingimento do ráquis cervical, pericardite, iridociclite, ou ainda a presença de factor reumatóide (3).

Evolução e Prognóstico

Na evolução da A.C.J. podem ocorrer remissões e exacerbações espontâneas, ou persistência de sintomas articulares discretos.

Em casos raros, porém, a artrite é severa e determina destruição articular e deformações permanentes.

Nas formas poliarticular e sistémica, a maior causa de morbilidade é a doença articular crónica.

Na forma pauciarticular com HLA-B27, a evolução para espondilartropatia é a maior causa de morbilidade, e a que determina o prognóstico.

Na forma não associada a HLA-B27, a iridociclite crónica constitui a complicação mais grave, podendo eventualmente conduzir à perda de visão.

De pior prognóstico, em relação à permanência de artrite severa, conduzindo à destruição e deformações articulares permanentes, são as formas sistémicas e poliarticular com factor reumatóide positivo.

Exames Complementares

O diagnóstico é essencialmente clínico e não existem provas laboratoriais específicas ou diagnósticas.

- **V.S.** — aumentada nas fases activas da doença, mas não invariavelmente.
- **anemia** — comum, os reticulócitos estão baixos. Frequente e muito intensa nas formas sistémicas.
- **leucocitose** — frequente, por vezes com neutrofilia. Podem ocorrer reacções leucemoides.
- **electroforese das proteínas** — habitualmente, diminuição da albumina, aumento da fracção α -2 e γ das globulinas.
- **imunoglobulinas** — pode ocorrer aumento de qualquer fracção.
- **anticorpos** — a pesquisa sistemática de ANA e anti-DNA é essencial para o diagnóstico diferencial com LED.
Porém existe positividade para ANA em cerca de 25% dos casos com factor reumatóide positivo.
- **células L.E.** — como as anteriores pode ser também positivo.
- **complemento** — comumente há aumento das fracções C₃ e C₄ sobretudo nas formas sero-positivas (3).
- **factor-reumatóide** — a positividade relaciona-se com a idade de início da doença, sendo rara antes dos oito anos. Relaciona-se também com a doença poliarticular, artrite severa e destrutiva, e a presença de nódulos reumatóides e vasculite (7).

- **histocompatibilidade** — apenas o HLA-B27 aparece consistentemente associado à forma pauciarticular tipo II.
- **fluido sinovial** — turvo, com aumento das proteínas, glucose baixa, aumento do número de células, com predomínio de neutrófilos. Complemento, normal ou baixo, mas não existem alterações específicas de diagnóstico.
- **R.X.** — as alterações mais precoces são: edema das partes moles, osteoporose justa articular, periostite e subluxações articulares.

III — PROTOCOLO DIAGNÓSTICO - Objectivos:

- 1 — ESTABELECEER O DIAGNÓSTICO DE PRESUNÇÃO DE A.C.J
- 2 — EXCLUIR OUTRAS CAUSAS DE ARTRITE
- 3 — CARACTERIZAR A FORMA CLÍNICA DE A.C.J EM CAUSA

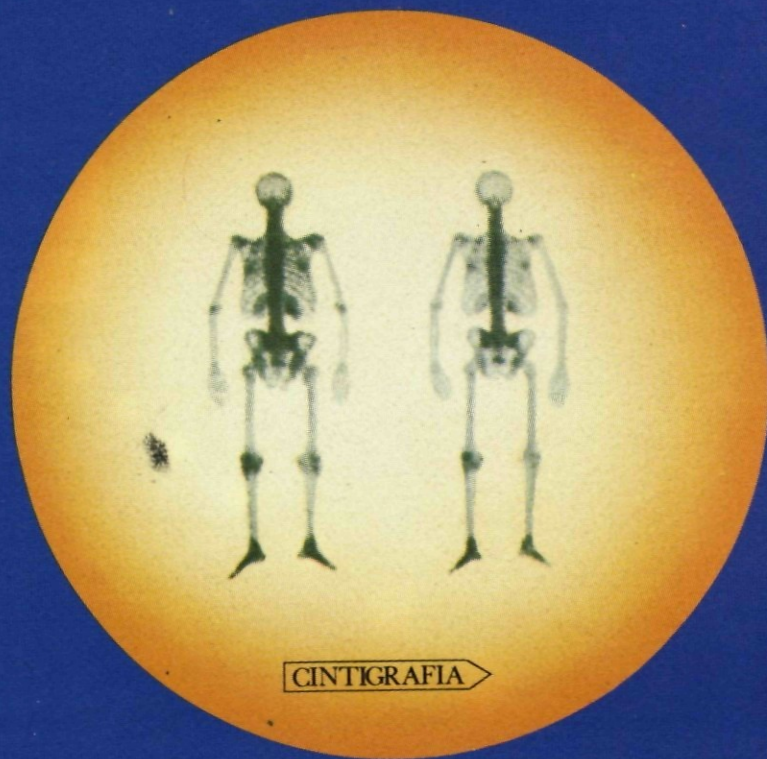
1.º — **O Diagnóstico de Presunção de A.C.J.** estabelece-se em todos os casos em que se verifique (A+B+C): (2, 3, 6, 7, 8):

- A — **ARTRITE** (Implica a verificação de alterações objectivas das articulações, como sejam: a tumefacção, a impotência funcional, a dor, o calor ou mais raramente o rubor, resultantes da inflamação das estruturas articulares e periarticulares).
- B — **COMPROMISSO DE UMA OU MAIS ARTICULAÇÕES POR UM PERÍODO MÍNIMO DE 3 MESES.**
- C — **INÍCIO DO QUADRO ANTES DOS 16 ANOS DE IDADE.**

2.º — **Exclusão de outras causas de artrite** — Com base nos dados da história clínica, observação e de exames complementares adequados, devem excluir-se as seguintes situações: (8)

- A — **ARTROPAÍAS DE CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS:**
 - **INFECCIOSAS** (Bacterianas, T.P.)
 - **ALTERAÇÕES IMUNOLÓGICAS** (Agamaglobulinémia)
 - **D. HEMATOLÓGICAS** (Leucemias, hemofilia)
 - **NEOPLASIAS** (Neuroblastomas, etc.)
 - **PSICOGÉNICAS**
- B — **DOENÇAS ESPECÍFICAS QUE PODEM CAUSAR PROBLEMAS NO DIAGNÓSTICO:**
 - **FEBRE REUMÁTICA**
 - **L.E.D.**
 - **SÍNDROME DE REITER**
- C — **OUTRAS CAUSAS:**
 - **PSORÍASE**
 - **POLIMIOSITE E DERMATOMIOSITE**
 - **ESCLERODERMIA**
 - **VASCULITES**
 - **SÍND. DE SJÖGREN**
 - **D. MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO**
 - **SÍND. DE BEHÇET**
 - **D. NÃO REUMÁTICAS** (Condromalácea, epifisites de crescimento)
 - **D. INFLAMATÓRIAS DO INTESTINO** (Colite ulcerosa)
 - **HEPATITE CRÓNICA ACTIVA**

Um
ponto final



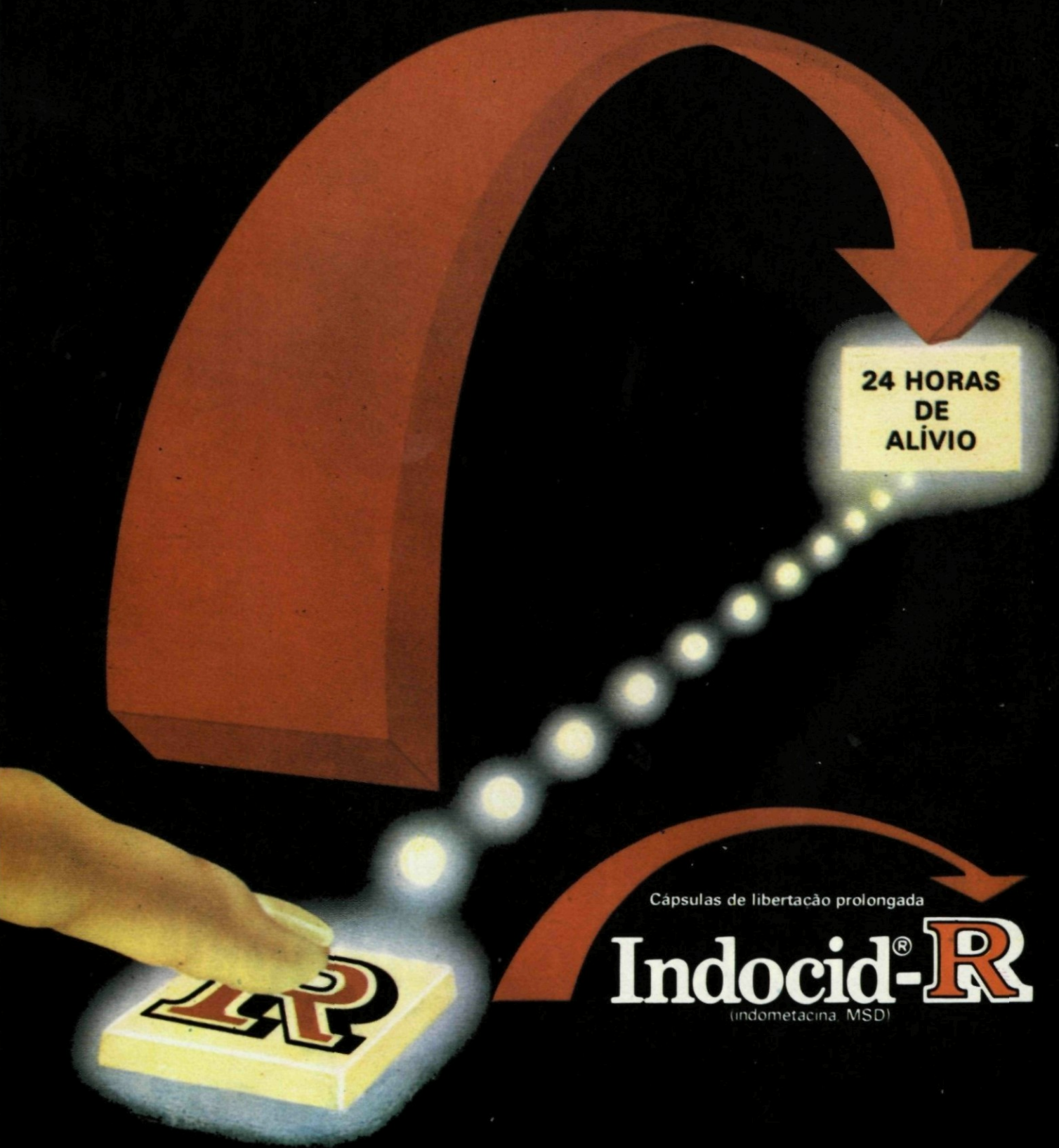
na
sintomatologia reumatismal

Rantudil

acemetacina

Bial

RANTUDIL 60 - Cx. de 30 cápsulas - PVP 1.255.000 - SMS 314.000
RANTUDIL 30 - Cx. de 30 cápsulas - PVP 695.000 - SMS 174.000



Cápsulas de libertação prolongada

Indocid[®]-R
(indometacina, MSD)

O primeiro anti-reumático a oferecer
alívio durante 24 horas
com uma única **CÁPSULA** diária.

MSD
MERCK
SHARP
DOHME
R. Barata Salgueiro 37 - 1.º - 1200 LISBOA

Embalagem de 30 cápsulas - 298550
Embalagem de 100 cápsulas - 865550

3.º — Caracterização das formas clínicas de A.C.J. (Permite estabelecer com maior rigor o tipo de evolução futura e o prognóstico) (6, 7).

FORMA CLÍNICA	INCID. ♀/♂	IDADE DE INÍCIO	ARTICULAÇÕES AFECTADAS	SEROLOGIA	MANIFESTAÇÕES EXTRA-ARTICUL	PROGNÓSTICO
SISTÊMICA	8/10	QUALQUER	QUAISQUER	ANA NEG FR NEG.	FEBRE: EXANTEMA HEPATOSPLENOMEGAL POLISEROSITE LEUCOCITOSE	20% ARTRITE SEVERA
POLIARTICULAR FR NEG.	8/1	QUALQUER	QUAISQUER (SIMÉTRICAS)	ANA 25% FR NEG	FEBRICOLA ANEMIA LIGEIRA	10% ARTRITE SEVERA
POLIARTICULAR FR POSIT.	6/1	FIM 2.º INFANCIA	QUAISQUER (SIMÉTRICAS)	ANA 75% FR POSIT.	FEBRICOLA ANEMIA LIGEIRA NÓDULOS REUMAT.	50% ARTRITE SEVERA
PAUCIARTICULAR TIPO I	7/1	1.º INFANC.	GRANDES ARTICULAÇÕES	ANA 50% FR NEG.	IRIDOCICLITE CRÓNICA EM 50%	ARTRITE SEVERA RARA ALT. OCULARES EM 10-20%
PAUCIARTICULAR TIPO II	1/10	FIM 2.º INFANCIA	GRANDES ART. LUXAÇÃO ANCA SACROILEITE	ANA NEG FR NEG. HLA-B27 EM 75%	IRIDOCICLITE AGUDA NA INFANCIA EM 5-10%	EVOLUÇÃO OCASIONAL PARA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Apêndice

<p>— PEDIDO DE EXAMES COMPLEMENTARES (A EFECTUAR A TODOS OS DOENTES COM O DIAGNÓSTICO DE PRESUNÇÃO DE A.C.J.)</p> <ul style="list-style-type: none"> — HEMOGRAMA C/ PLAQUETAS — RETICULOCITOS — V.S. — ELECTROFORESE DE PROTEINAS — IMUNOELECTROFORESE — C3 E C4 — TASO E PROT. C REACTIVA — PESQ. CÉLULAS LE — PESQ. FACTOR REUMATOÍDE — PESQ. ANTICORPOS ANTINUCLEARES — PESQ. ANTICORPOS ANTI-DNA — ESTUDO DO SISTEMA HLA (HLA-B27) — RX DAS ARTICULAÇÕES AFECTADAS E DA COLUNA CERVICAL — BIÓPSIA DA SINOVIAL — TESTES TUBERCULINICOS — EXAME OFTALMOLÓGICO

IV — PROTOCOLO TERAPÊUTICO — Objectivos:

- PARAR O CURSO DA DOENÇA E TENTAR UMA REMISSÃO TÃO RÁPIDA QUANTO POSSÍVEL
- PREVENIR AS DEFORMAÇÕES E A IMPOTÊNCIA FUNCIONAL ARTICULAR.
- PROMOVER UMA TOTAL INTEGRAÇÃO SOCIAL DO DOENTE PROPORCIONANDO-LHE UMA VIDA NORMAL.

Meios Terapêuticos

1 — GERAIS — EDUCAR O DOENTE E A FAMÍLIA

- ENCORAJAR A INTEGRAÇÃO SOCIAL
- PREVENIR A INVALIDEZ
- EVENTUAL PSICOTERAPIA FAMILIAR

2 — TERAPÊUTICA DE RECUPERAÇÃO E PREVENÇÃO FUNCIONAL

— FISIOTERAPIA

- EM TODOS OS DOENTES
- TÃO PRECOZE QUANTO POSSÍVEL
- DURANTE TODA A VIDA
- DEVE SER APRENDIDA E PRATICADA PELO DOENTE E SUPERVISIONADA PELOS FAMILIARES

— EXCEPÇÕES: (1)

— NA FASE AGUDA DAS FORMAS SISTÊMICAS:

- REPOUSO
- IMOBILIZAÇÃO DAS ARTICULAÇÕES AFECTADAS PARA MANUTENÇÃO DE UMA POSTURA ARTICULAR CORRECTA

— NOS ESPASMOS MUSCULARES DE FLEXÃO:

- FISIOTERAPIA DURANTE A SEMANA ALTERNANDO COM IMOBILIZAÇÃO ARTICULAR NOS FINS-DE-SEMANA ATÉ A MELHORIA CLÍNICA

3 — TERAPÊUTICA ANTI-INFLAMATORIA E ANTI-ALGICA

— INICIAR A TERAPÊUTICA COM: (5)

NAPROXEN — 10 mg/Kg/DIA, «PER OS», EM DUAS TOMAS DIÁRIAS (APÓS O PEQUENO-ALMOÇO E APÓS O JANTAR), DURANTE 6 MESES, OU ATÉ A REMISSÃO.

- EXCEPTO NAS FORMAS SISTÊMICAS COM FEBRE; NAS QUAIS SE DEVE INICIAR.

DURANTE 3 SEMANAS.

- **NAPROXEN** — 15 mg/Kg/DIA, «PER OS», EM DUAS TOMAS DIARIAS.
- SE AO FIM DE 3 SEMANAS O DOENTE ESTIVER APIRÉTICO REDUZIR O NAPROXEN PARA 10 mg/Kg/DIA ATÉ AOS 6 MESES DE TRATAMENTO.
- SE, PELO CONTRÁRIO, AO FIM DE 3 SEMANAS O DOENTE CONTINUAR FEBRIL, MUDAR PARA:
 - **ACIDO ACETIL-SALICILICO** — 70 mg/Kg/DIA EM 4 TOMAS DIARIAS (APÓS AS REFEIÇÕES E AO DEITAR), DURANTE 6 MESES, VIGIANDO SINAIS DE SALICILISMO (TAQUIPNEIA, SUDAÇÃO, VÔMITOS, ESTADO CONFUSIONAL).
- SE AO FIM DOS PRIMEIROS 6 MESES DE TERAPEUTICA ANTI-INFLAMATORIA SE OBTÉM A REMISSÃO, DEVE INICIAR-SE A REDUÇÃO LENTA DA DOSE, ATÉ A OBTENÇÃO DE UMA DOSE DE MANUTENÇÃO, QUE SERÁ A MENOR POSSIVEL PARA EVITAR A RECAÍDA.

CRITÉRIOS DE REMISSÃO (1,3)

- NORMALIZAÇÃO DOS SINAIS DE ACTIVIDADE SISTEMICA — VS NORMALIZADA
- NORMALIZAÇÃO DOS SINAIS DE ACTIVIDADE INFLAMATORIA ARTICULAR — AUSÊNCIA DE DOR E MPOÊNCIA FUNCIONAL.
- SINAIS EVIDENTES DE RECUPERAÇÃO FUNCIONAL.

AVALIAÇÃO DO DOENTE E DA TERAPEUTICA

- CONSULTA MENSAL (Vigilância da actividade sistémica e inflamatória articular).
- EXAMES COMPLEMENTARES NO INÍCIO DO TRATAMENTO E POSTERIORMENTE BIMESTRAIS: VS, TH, TC, TP; TRANSAMINASES; URINA II.
- CONTROLE RADIOLÓGICO SEMESTRAL DAS ARTICULAÇÕES AFECTADAS.
- EXAME OFTALMOLÓGICO TRIMESTRAL NAS FORMAS PAUCIARTICULARES.
- EXAMES COMPLEMENTARES ANUAIS: HEMOGRAMA COMPLETO E VS; ELECTROFORESE DAS PROTEÍNAS; PESQ FACTOR REUMATOIDE; PESQ DE ANA E ANTI-DNA; PESQ. CELULAS LE; URINA II

Casos porticulares ou mais graves (1, 3, 6)

1 — **Forma sistémica grave** — Resistente a 6 meses de terapêutica anti-inflamatória não esteróide.

- **Prednisona** — 1 a 2 mg/Kg/dia «per os», em dias alternados, numa única dose matinal, até à remissão (por períodos nunca superiores a 3 meses), reduzindo posteriormente a dose ao ritmo de 5 mg/semana.
- **Vigiar** — Sinais de Hiper corticismo, Peso e T.A.

Se a corticoterapia for muito prolongada: Níveis de cortisol plasmático; Prova de estimulação com ACTH para determinar a reserva funcional da SR; Sinais de osteoporose.

2 — **FORMAS PERSISTENTEMENTE ACTIVAS COM ARTRITE SEVERA, RESISTENTES A TERAPEUTICA ANTI-INFLAMATORIA (Ex.: F. POLIARTICULAR COM F.R. POSITIVO).**

- **INICIAR PRECOCEMENTE SAIS DE OURO: MIOCRISIN** — 1 mg/Kg/semana (Máximo: 50 mg/semana) I.M. durante 6 meses, reduzindo pos-

teriormente para 1 mg/Kg/quinzenal durante 6 meses e finalmente para a dose de manutenção de 1 mg/Kg/mensal.

- **Vigiar** — Proteinúria e Hematúria, Exantemas cutâneos, Discrasias sanguíneas.

3 — Complicações Cardíacas — Pericardite e Miocardite

- **Prednisona** — 1 a 2 mg/Kg/dia, «per os», numa toma única matinal, durante 1 a 2 semanas seguida de redução lenta da dose.
- **Vigiar** — Sinais de insuficiência cardíaca: RX de Tórax; ECG; Ecocardiograma.

4 — Iridociclite (nas formas pauciarticulares)

- **Suspeitar** — Inflamação ocular; dor ocular; fotofobia; diminuição da acuidade visual.
- **OBSERVAÇÃO PELO OFTALMOLOGISTA PARA DIAGNÓSTICO E ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA** (Corticóides locais, midriáticos e, se necessário corticóides sistémicos).
- **OBSERVAÇÃO OFTALMOLÓGICA FREQUENTE** (Mínimo de 3 em 3 meses)

5 — Deformações articulares — Consulta de Ortopedia Infantil

COMENTÁRIOS

No âmbito de uma patologia ainda tão obscura e complexa como a A. C. J., os protocolos servem fundamentalmente para uniformizar condutas e terapêuticas criando as condições mínimas necessárias para acumular experiências neste capítulo de patologia.

A proposta terapêutica não inclui, por essa razão, o grande número de terapêuticas alternativas que se conhecem, mantendo-se, no entanto, aberta às revisões e actualizações que a experiência futura aconselhar.

BIBLIOGRAFIA

1. ANSELL, B.M. — *RHEUMATIC DISORDERS IN CHILDHOOD*. Ed. Butterworths, 1980.
2. GOMES, J.M.; QUEIROS, M.V. — ARTRITE REUMATOIDE JUVENIL. *Rev. Port. Clin. Terap.* 3, 98, 1979.
3. L'HIRONDEL, P. — LES ARTHRITES CHRONIQUES JUVENILES. *Méd. Inf.* 1, 5-108, 1978.
4. MATHIES, H. — *SIGNES ET SYMPTOMES DES PRINCIPALES AFFECTIONS RHUMATISMALES*. C.R. 1, Eular Publishers, 1977.
5. QUEIROS, M.V.; GOMES, J.M.; SANTO, J.E.; SILVA, J.P. — *J. Médico*, 1968; 331, 1982.
6. SCALLER, J.G. — DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ARTHRITIS IN CHILDREN. *Medical Times*, 105; 65, 1977.
7. SCHALLER, J.G. — in *NELSON TEXTBOOK OF PEDIATRICS*; 11.ª Ed. 653-663, Saunders, 1979.
8. WORKSHOP — ARTHRITIS IN CHILDREN — *EULAR/WHO*, Oslo, 1977.

Nota — Agradecemos a colaboração presente e futura do Serviço de Oftalmologia do H. S. José (Dr. Godinho Ferreira, Dra. Maria de Lurdes Alves Correia).



ZURIM

(ALOPURINOL)

**PREVENÇÃO DA FORMAÇÃO DE CALCULOS DE URATOS,
ELIMINAÇÃO DE TOFOS GOTOSOS**

DOSE DE MANUTENÇÃO:

1 comprimido por dia

APRESENTAÇÃO:

Comprimidos a 300 mg - Embalagem de 100

P.V.P.

308\$00

S.M.S.

77\$00



Departamento de Propaganda
Av. Gomes Pereira, 104 - 1500 Lisboa - Telef. 704151

protaxil

O ANTI-REUMÁTICO GLOBAL



**é a terapêutica
da articulação reumática
porque:**



- é rapidamente eficaz
- respeita o metabolismo das cartilagens
- é ajustável a cada caso.

XX

 **DELTA**
LABORATÓRIOS

SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO
HOSPITAL DE SANTA MARIA
LISBOA — PORTUGAL

INFORMAÇÃO PROPRIOCEPTIVA E VISUAL NO SÍNDROME DE DEFICIÊNCIA POSTURAL (SDP)

H. MARTINS DA CUNHA (*)

RESUMO — O A. descreve certos aspectos de uma entidade clínica, que designa por SDP, e que desde há anos tem estudado e atribui a um afastamento inconsciente de uma biomecânica ideal e a alteração do equilíbrio tónico postural. Sublinha a complexidade dos seus sintomas que, pelo menos em parte, derivam de um deficit de manutenção do esquema corporal e de uma insuficiência de informação proprioceptiva e visual que afirma ser possível corrigir facilmente com métodos adequados.

PALAVRAS CHAVES: Síndrome de Deficiência Postural (SDP) / Actividade Tónica Postural / Escotoma em Dextroversão / Escotoma em Levoversão / Parésia Tónica de Convergência / Lente Prismática / Potenciais Evocados Occipitais (PEV) / Sinoptoforo.

I — INTRODUÇÃO

A clínica diária da nossa especialidade deu-nos oportunidade de podermos estudar alguns milhares de doentes, provenientes de diferentes consultas, por vezes extremamente especializadas.

Verificámos que grande parte desses doentes apresentava sintomas comuns e certas características semiológicas que os aproximavam estranhamente. Chegámos, por fim, à conclusão de estarmos em presença de um quadro clínico bem definido, que temos designado como «Síndrome de Deficiência Postural» (SDP).

Esta situação parece-nos determinada por um afastamento de biomecânica ideal, condicionado pelo tipo de vida actual do Homem civilizado, mas poderá surgir igualmente em regiões em desenvolvimento cuja população não respeite os mecanismos naturais de maturação fisiológica e psicológica. Acompanha-se normalmente de uma nítida alteração do esquema corporal e de um deficit apreciável de informação proprioceptiva e visual.

(*) Fisiatra, Chefe de Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Hospital de Santa Maria, Lisboa. Professor do Instituto de Hidrologia. Sócio da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

II — SÍNDROME DE DEFICIÊNCIA POSTURAL (SDP)

1 — Conceito

Trata-se de um quadro clínico geralmente crónico, embora com períodos de agudização possíveis. Podendo apresentar-se isolado, com características funcionais, poderá também associar-se a doença orgânica, complicando então o seu diagnóstico e a própria terapêutica.

Deve-se não só ao afastamento inconsciente de uma biomecânica ideal, mas também a alteração do equilíbrio tónico postural e sobretudo a uma profundo deficiência da informação proprioceptiva e visual. Acompanha-se de apreciável deficit de maturação do esquema corporal e manifesta-se por múltiplos sintomas aparentemente desconexos e por uma atitude de desequilíbrio postural estereotipada, dominada por uma orientação particular do olhar.

2 — Quadro Clínico

O quadro clínico do SDP é por vezes extremamente complexo. Os seus portadores poderão referir sintomatologia psíquica e dolorosa bem como alterações visuais, para além de muitos outros sintomas associados. Surgirão assim na consulta, ansiosos ou deprimidos, com queixas dolorosas crónicas (v.g. cefaleias, artralgias ou raquialgias) e referindo sintomas de astenopia, dores perioculares, visão turva, diplopia e escotomas em certas direcções do olhar. Com frequência apresentarão bloqueio articular ou vertebral, perturbações neuro-vasculares dos membros e muitas outras queixas funcionais, valorizando uma sensação frequente de perda de equilíbrio, com vertigens e quedas inexplicáveis.

Verificamos que estes doentes, quando estudados nesse sentido, revelarão uma extrema dificuldade na localização correcta dos vários segmentos do seu corpo no espaço, dificuldade que deriva de uma profunda deficiência de maturação do seu esquema corporal.

3 — Exame Objectivo

Os doentes com SDP, quando em pé, apresentam-se com uma atitude escoliótica característica, baseada num apoio assimétrico em que a extremidade distal de um dos membros inferiores, geralmente o direito, aparece rodada em sentido horário, como de resto acontece com a raiz do membro superior do mesmo lado e com a própria cabeça. A este apoio, que parece fazer-se assim em volta de um eixo vertical que passa pelo membro inferior esquerdo, corresponde uma direcção também característica do olhar que estará então rodado em sentido contrário e portanto em levoversão (Fig. 1-A, 1-B). Uma parte menos importante dos doentes com este síndrome, apresentarão no entanto, uma variante em espelho. Sendo assim, o apoio far-se-á aqui sobre o membro inferior direito, correspondendo-lhe uma direcção simétrica do olhar que se orientará portanto em dextroversão.

Verificámos, com manobras semiológicas adequadas, que existe em ambos estes grupos uma parésia tónica da convergência ocular, o que sucede também num terceiro e último grupo de doentes portadores do SDP, muito menos numeroso, em que o apoio plantar parece ser simétrico e em que o olhar aparentemente estará orientado em posição primária.

Em todos estes doentes poderá detectar-se com as manobras de «Adson» e de «Roos» uma assimetria de pulsos arteriais. Poderão igualmente detectar-se com facilidade em todos eles pontos mialgicos extremamente sensíveis em zonas anatómicas precisas (v.g. a nível da articulação têmporo-maxilar, a nível do esterno-cleido-mastoideio e da região peitoral do lado esquerdo e na região inguino-crural direita) (Fig. 2).

4 — Exames Complementares

Os exames radiográficos de rotina confirmam, como é natural a presença de uma atitude escoliótica, já detectada no simples exame objectivo. Ela será acompanhada não



Fig. 1-A — Doente com SDP (apoio esquerdo). Note-se o olhar em levoersão.



Fig. 1-B — Doente com SDP (perfil) (apoio esquerdo). Note-se a rectificação cervical.



Fig. 2 — Doente com SDP (apoio esquerdo).

● Pontos mioalgicos

só de uma assimetria dos espaços intercostais, como de um exagero da cifose dorsal e da lordose lombar e de uma rectificação ou até inversão da lordose cervical.

O estudo circulatório que utilizará o Dopler ou a Termografia, confirmará a assimetria dos pulsos já focada.

O equilíbrio tónico postural, sempre alterado, poderá ser estudado por métodos adequados, revelando nos registos executados no Estatoquinesimetro de Baron um alargamento da área correspondente às deslocações do centro de equilíbrio corporal.

III — ALTERAÇÃO DA FUNÇÃO BINOCULAR E DA INFORMAÇÃO VISUAL NO SDP

Desde há anos que o Dr. O. Alves da Silva (*) tem estudado connosco, exaustivamente, a visão destes doentes, que num primeiro exame, executado com a metodologia clássica, não revela alterações significativas.

Como revelámos oportunamente, verificámos porém que a sintomatologia ocular e visual referida por muitos doentes com SDP, parece depender da existência de alterações direccionais da fusão, da presença de um escotoma funcional, também inteiramente dependente da direcção do olhar e das perturbações da visão de perto, não dependentes da refração e da convergência fásica.

A partir do momento em que foi estudada e posta em execução uma nova metodologia oftalmológica da nossa responsabilidade, foi possível detectar alterações perfeitamente compatíveis com as queixas apresentadas pelos doentes (Fig. 3). Verificámos de facto que se encontrava com extrema frequência, um escotoma com componente periférico, apenas em dextroversão ou em levoersão — nunca em posição primária — conforme o apoio do doente com SDP, incidia respectivamente no membro inferior esquerdo ou no membro inferior direito.

Estas observações repetidas, deram-nos a convicção, já anteriormente transmitida e publicada, de que as alterações estudadas seriam funcionais, absolutamente distintas dos escotomas de supressão e devidas a deficit de informação do cortex visual. Essa nossa hipótese parece confirmada pelo estudo dos Potenciais Evocados Occipitais (PEV) que, de acordo com a nossa metodologia, foram registados no Laboratório de Electrofisiologia do

(*) Oftalmologista, Chefe da Secção de Estrabismo, Serviço de Oftalmologia, H. S. Maria, Lisboa

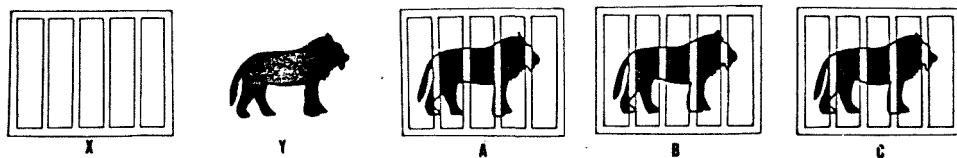


Fig. 3 — Estudo da percepção simultânea no sinoptoforo: X — Diapositivo para o olho esquerdo (Clemen Clark - G4). Y — Diapositivo para o olho direito (Clemen Clark - G3). A — Levoversão (20°): Imagem sem limitação de campo visual. B — Posição primária: Imagem sem limitação de campo visual. C — Dextroversão (20°): Imagem sem limitação de campo visual

Serviço de Oftalmologia do Hospital de Santa Maria, de Lisboa, em doentes da nossa consulta, estudados nas mesmas direcções do olhar e nas condições já apontadas.

Falámos de alterações da convergência tónica.

Como é sabido, a convergência tónica pesquisa-se, procedendo à aproximação lenta de um objecto pontegudo, cuja extremidade serve de objecto de fixação, em direcção ao «ponto próximo de convergência» (ppc). Quando não há resposta eficaz a esse tipo de deslocação do objecto de fixação, estamos em presença de uma perturbação do sistema gama óculo-motor, que é constituído por fibras musculares de contracção lenta e enervado por fibras não-mielinizadas.

A presença habitual no SDP de uma parésia tónica de convergência, estará sem dúvida em relação com uma alteração do equilíbrio tónico postural.

Verificámos, de facto, que, tanto a introdução de um esquema de reprogramação neuro-psico-motora, baseado num novo equilíbrio plantar, (tipo «Kouros») (Fig. 4) como a utilização de lentes prismáticas de fraca potência, aplicadas de uma modo adequado, poderia conduzir normalmente a uma modificação do comportamento visual, facto igualmente demonstrado pelos nossos trabalhos e confirmado através do referido estudo dos PEV.

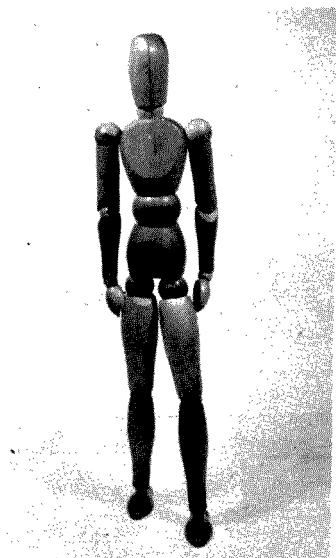


Fig. 4 — Reprogramação neuro-psico-motora. Equilíbrio plantar tipo Kouros. (Note-se o paralelismo dos pés. O pé esquerdo está avançado)

Verificámos ainda que, tanto a aplicação das técnicas de reprogramação referidas como a utilização das próprias lentes prismáticas, produzirão para além desse efeito sobre a visão, outras modificações fisiológicas, que poderão afectar por mecanismos complexos, os sistemas de informação proprioceptivos, condicionando um melhor equilíbrio tónico postural.

Mobilisin[®]

creme

Terapêutica anti-reumática directa

- **ANTI-INFLAMATÓRIO**

Estabiliza a membrana dos lisossomas impedindo a libertação de enzimas.

(Inibe os enzimas lisossómicos e a hialuronidase)

- **REGENERADOR DO TECIDO CONJUNTIVO**

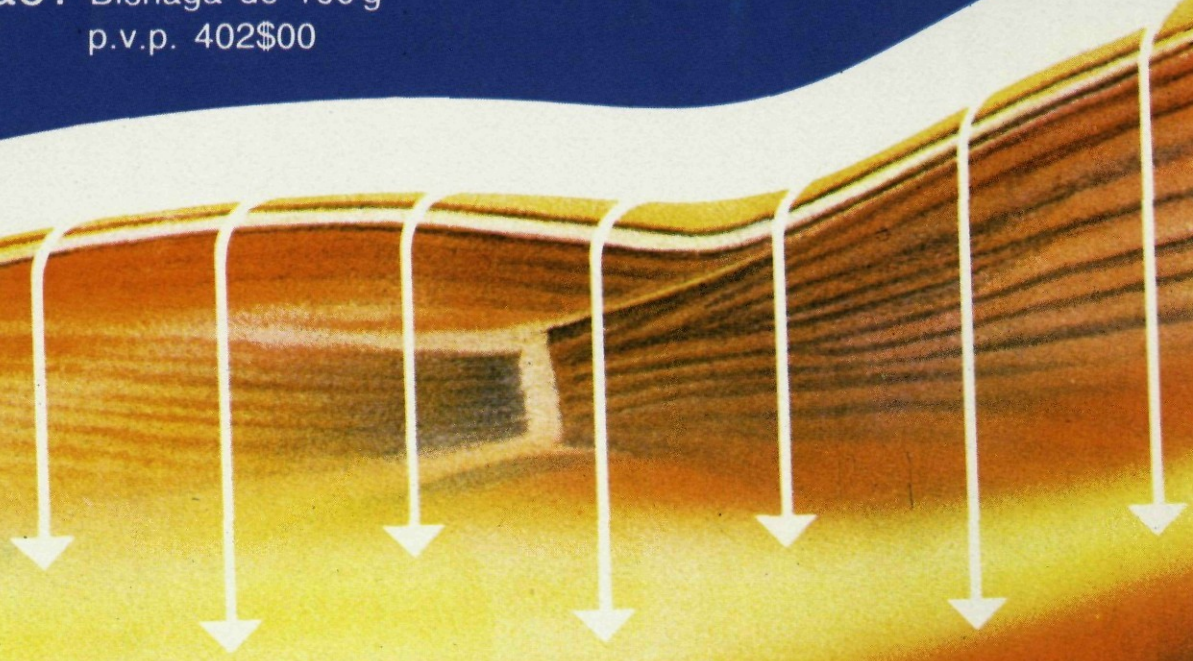
Intensifica a circulação sanguínea.

Normaliza a viscosidade, permeabilidade e propriedades higroscópicas, activando o metabolismo tecidular.

- **ANTÁLGICO**

Pela combinação dos seus princípios activos.

Apresentação: Bisnaga de 100 g
p.v.p. 402\$00



LUITPOLD-WERK
MÜNCHEN

Alemanha Federal

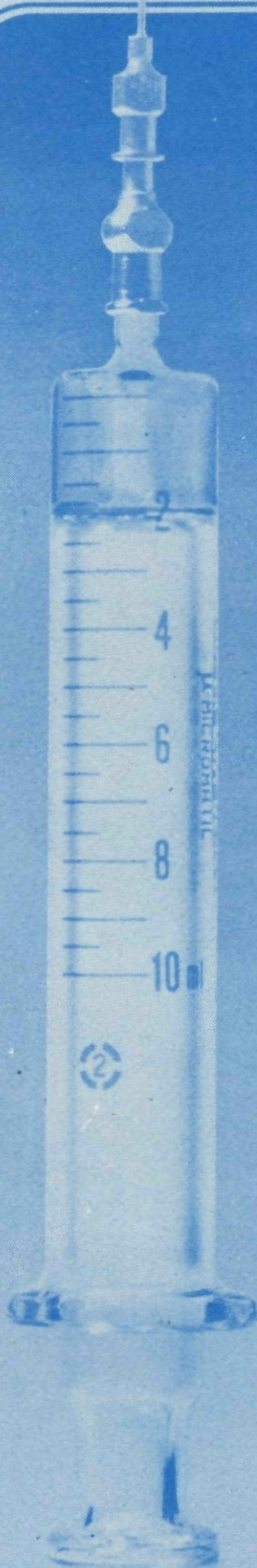


Representante
AUGUST VEITH, Herdeiros
R. Rosa Araújo, 51-55
1200 LISBOA

XXI

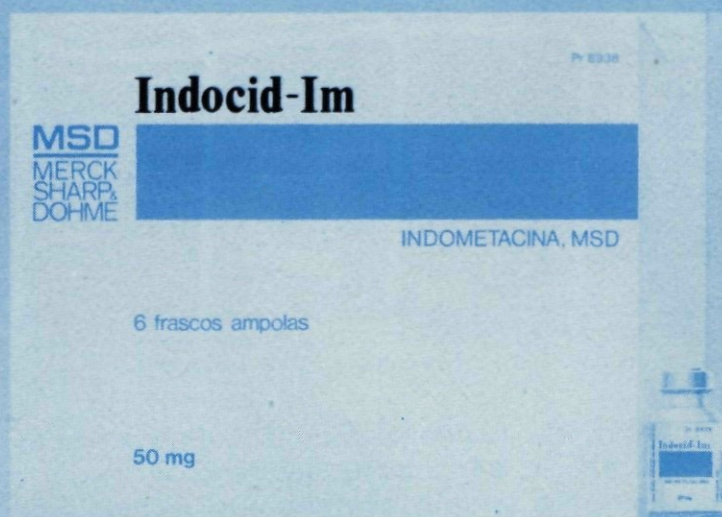
INDOCID[®]-IM

(indometacina, MSD)



**PARA INÍCIO
DO TRATAMENTO
OU PARA COMBATER
AS EXACERBAÇÕES
AGUDAS**

**ALÍVIO RÁPIDO
DA DOR E INFLAMAÇÃO**



CADA FRASCO - AMPOLA CONTEM 50 mg de INDOMETACINA (25 mg/ml)

Verificámos assim que, na grande maioria dos casos, além de uma imediata activação da circulação, tanto cefálica como das extremidades, se poderia encontrar simultaneamente, nas mesmas circunstâncias, uma facilitação neuro-muscular e uma melhoria da amplitude dos movimentos articulares e vertebrais, bem como o desaparecimento súbito das áreas mialgicas citadas e a instalação de uma melhor compreensão do esquema corporal.

Estas alterações justificariam, segundo cremos, a introdução destes estudos, não apenas na Medicina de Reabilitação, mas também na Medicina do Desporto, na Medicina do Trabalho e particularmente na Medicina Preventiva.

IV — CASOS CLÍNICOS

1.º CASO: 16 anos, ♂, estudante. Dor escápulo-vertebral desde há meses, agravada durante o estudo e com esforços em flexão. Episódios de diplopia.

Exame objectivo:

Assimetria postural. Rotação da cabeça e do tronco para a direita. Apoio no membro inferior esquerdo. Rotação do pé direito no sentido horário. Rectificação cervical. Exagero da cifose dorsal. Hiperlordose lombar (Fig. 1-A, 1-B).

Exame oftalmológico:

- 1 — Direcção do olhar: olhar em levoversão
- 2 — Função binocular: (Fig. 5)

- A — Levoversão a 20° — Imagem sem limitação de campo visual
- B — Posição primária — Imagem sem limitação de campo visual
- C — Dextroversão a 20° — Escotoma temporal direito

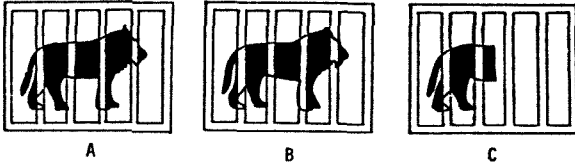


Fig. 5 — Síndrome de Deficiência Postural de apoio esquerdo.
A — Levoversão (20°). Imagem sem limitação de campo visual
B — Posição primária — Idem
C — Dextroversão (20°). Escotoma temporal direito

2.º CASO: 22 anos, ♀, educadora. Raquialgia lombar quando permanece em pé. Visão turva na leitura prolongada.

Exame objectivo:

Assimetria postural. Inclinação da cabeça para a esquerda. Elevação do ombro esquerdo. Apoio no membro inferior direito. Rotação do pé esquerdo no sentido anti-horário. Rectificação cervical. Exagero da cifose dorsal. Hiperlordose lombar (Fig. 6-A, 6-B).

Exame oftalmológico:

- 1 — Direcção do olhar: olhar em dextroversão
- 2 — Função binocular: (Fig. 7)

- A — Levoversão a 20° — Escotoma temporal esquerdo e escotoma nasal direito
- B — Posição primária — Imagem sem limitação de campo visual
- C — Dextroversão a 20° — Imagem sem limitação do campo visual

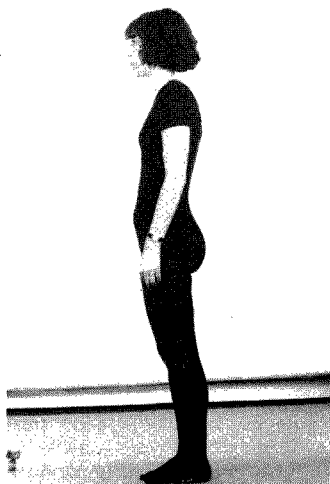
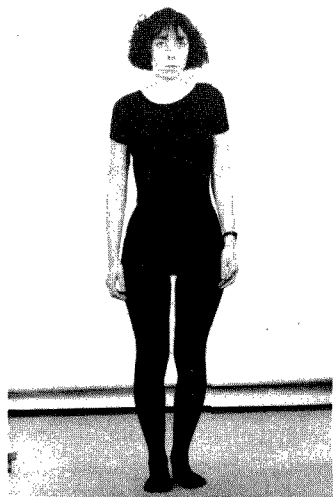


Fig. 6-A—Doente com SDP (apoio direito). Note-se o olhar em dextroversão.

Fig. 6-B—Doente com SDP (perfil) (apoio direito). Note-se a rectificação cervical, o exagero da cifose dorsal e a hiperlordose lombar.

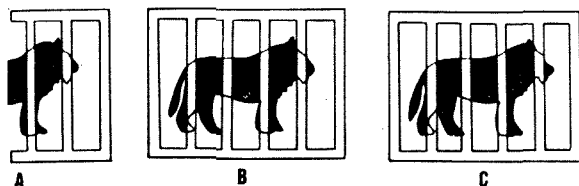


Fig. 7 — Síndrome de Deficiência Postural de apoio direito
 A — Levoversão (20°). Escotoma temporal esquerdo e escotoma nasal direito
 B — Posição Primária — Imagem sem limitação de campo visual
 C — Dextroversão (20°) — Idem

IV — CONCLUSÕES

1 — Existe na clínica diária um número apreciável de doentes, cuja sintomatologia poderá parecer de natureza neurótica, por não ter sido utilizada no seu estudo a semiologia adequada.

2 — Numerosos doentes, com certo tipo de apoio plantar apresentarão assim um déficit visual característico com o despiste de escotomas que serão detectados apenas em dextroversão ou em levoversão, mas nunca na posição primária do olhar.

3 — Este déficit é de natureza funcional, está relacionado com um defeito de informação do cortex visual e pode ser modificado por terapêutica não-convencional, consistindo na introdução de uma reprogramação postural e neuro-psyco-motora.

4 — Esta terapêutica, que poderá ser completada pela aplicação de certo tipo de lentes prismáticas, produzirá uma modificação imediata do equilíbrio tónico-postural que, nestes doentes se encontra alterado, determinando ainda outros efeitos fisiológicos imediatos.

PROPRIOCEPTIVE AND VISUAL INFORMATION IN THE POSTURAL DEFICIENCY SYNDROME (PDS)

ABSTRACT — The A. describes certain aspects of the Postural Deficiency Syndrome (PDS), a clinical entity which he had studied for years in thousands of patients. This syndrome seems to be due to an involuntary alteration of the postural tonic activity and of the ideal human biomechanics. The symptomatology of the PDS is rather complex and is attributed to an immaturity of the human body scheme and to an insufficiency of proprioceptive and visual information, depending on an asymmetrical distribution of the body weight on the feet and on a particular orientation of the sight. The A. states that these patients can be easily treated by methods that include the use of special prisms and a kind of neuro-psycho-motor reprogramming.

I — INTRODUCTION

The daily practice in our department gave us the opportunity of examining a few thousand patients from different out-patient clinics, some of them highly specialized.

We noted that a large percentage of these patients had the same symptoms and certain semiological features which related them to each other in a peculiar way. Little by little we found in them characteristic signs, which led us to conclude that we were facing a clinical situation which, although frequent in «civilized» Man, can also occur in the population of developing areas and can translate a departure from ideal biomechanics.

This situation, which we have called «Postural Deficiency Syndrome» (PDS), is usually accompanied by deep changes in the body scheme and by a significant deficit in the proprioceptive and visual information.

II — POSTURAL DEFICIENCY SYNDROME (PDS)

1 — Concept

The PDS is a clinical situation, usually chronic, but with possible acute exacerbation. It can occur either isolated, as a functional disease or associated with some organic diseases, making its diagnosis and treatment rather difficult. It is caused by an unconscious deviation of the ideal biomechanics, by a change of the postural tonic equilibrium and mainly by a deep deficiency in the proprioceptive and visual information. It is accompanied by a significant deficit in the maturation of the body scheme and reveals itself by several symptoms, apparently unconnected to each other and by an attitude of postural stereotyped unbalance, dominated by a particular direction of the sight.

2 — Signs and Symptoms

The clinical picture of the PDS is sometimes extremely complex. The patients may complain of psychological and painful symptoms as well as alterations of the vision and several other symptoms. They will, therefore, come to the physician, anxious or depressed, with chronic pain complaints, (v.g. headache, migratory arthralgia, cervical- or back-pain). They still may complain of asthenopy, periocular pain, blurred vision, diplopia and scotomata in certain directions of the sight. They also show frequently articular or vertebral block, neuro-vascular troubles of the limbs and several other complaints, giving special emphasis to a frequent sensation of loss of balance, dizziness and unexplainable falls.

We found out that these patients, when, examined under this perspective, will show an extreme difficulty in localizing correctly the different parts of their body in the space. This difficulty, can be explained, in our opinion, mostly by a deep deficiency in the maturation of the body scheme.

3 — Physical Examination

The patients with PDS when standing, show a characteristic scoliotic attitude, resulting from an asymmetrical posture, in which the distal extremity of one of the lower limbs, usually the right one, is rotated clockwise. The same occurs with the homolateral shoulder joint and also with the head itself. To this position, which seems to be supported by a vertical axis that goes from the head to the left foot, corresponds also a characteristic direction of the sight which will be then turned anti-clockwise and therefore in levoversion (Fig. 1, 1-A). A smaller group of the patients with this syndrome will show, however, what might be called a «mirror image» of this typical attitude, i.e., the patients will be standing mostly over the right lower extremity, and the sight will be directed in dextroversion (Fig. 2, 2-A).

We verified with adequate semiological manoeuvres, that both these groups have a tonic paresis of ocular convergence, which also happens in the third and last group of patients with PDS, much less numerous, in which the plantar support seems to be symmetrical and the sight apparently is oriented in a primary position.

In these patients, an asymmetry of the arterial pulses can be detected with the manoeuvres of Adson and Roos. Extremely sensitive mialgic points can be easily detected in precise anatomic areas.

4 — Complementary Examination

Radiological studies confirms the presence of the clinically detected scoliotic posture. It also shows an asymmetry of rib cage, as well as a straightening or even inversion of the cervical lordosis, an increased dorsal chyphosis and a lumbar hiperlordosis.

The circulation studied by means of «Doppler» and «thermography» will confirm the asymmetry of the arterial circulation.

The postural tonic equilibrium, always disturbed in PDS, may be studied by adequate methods, such as «Statokinesygraphy», which may show an enlargement of the area corresponding to the displacement of the centre of gravit of the body.

III — DISTURBANCE OF BINOCULAR FUNCTION AND OF VISUAL INFORMATION IN PDS

For several years, O. Alves da Silva (*) and myself, we studied thoroughly the vision of these patients, which at first, on examination by classical methods, did not show any significant alteration.

As mentioned earlier, we found that the ocular and sight complaints of most patients with PDS seem to depend on directional disturbances of fusion, on functional scotomata itself entirely dependent on the direction of the sight, and on troubles of close-up vision, non-depending on refraction or on twitch convergence.

From the moment we set up a new ophthalmological methodology, disturbances which might explain these patients complaints, became evident. There was frequently a scotomata, with peripheral component, but only either on levoversion or on dextroversion, according to whether the weight of the patient was mainly supported on the left or on the right lower limb, respectively.

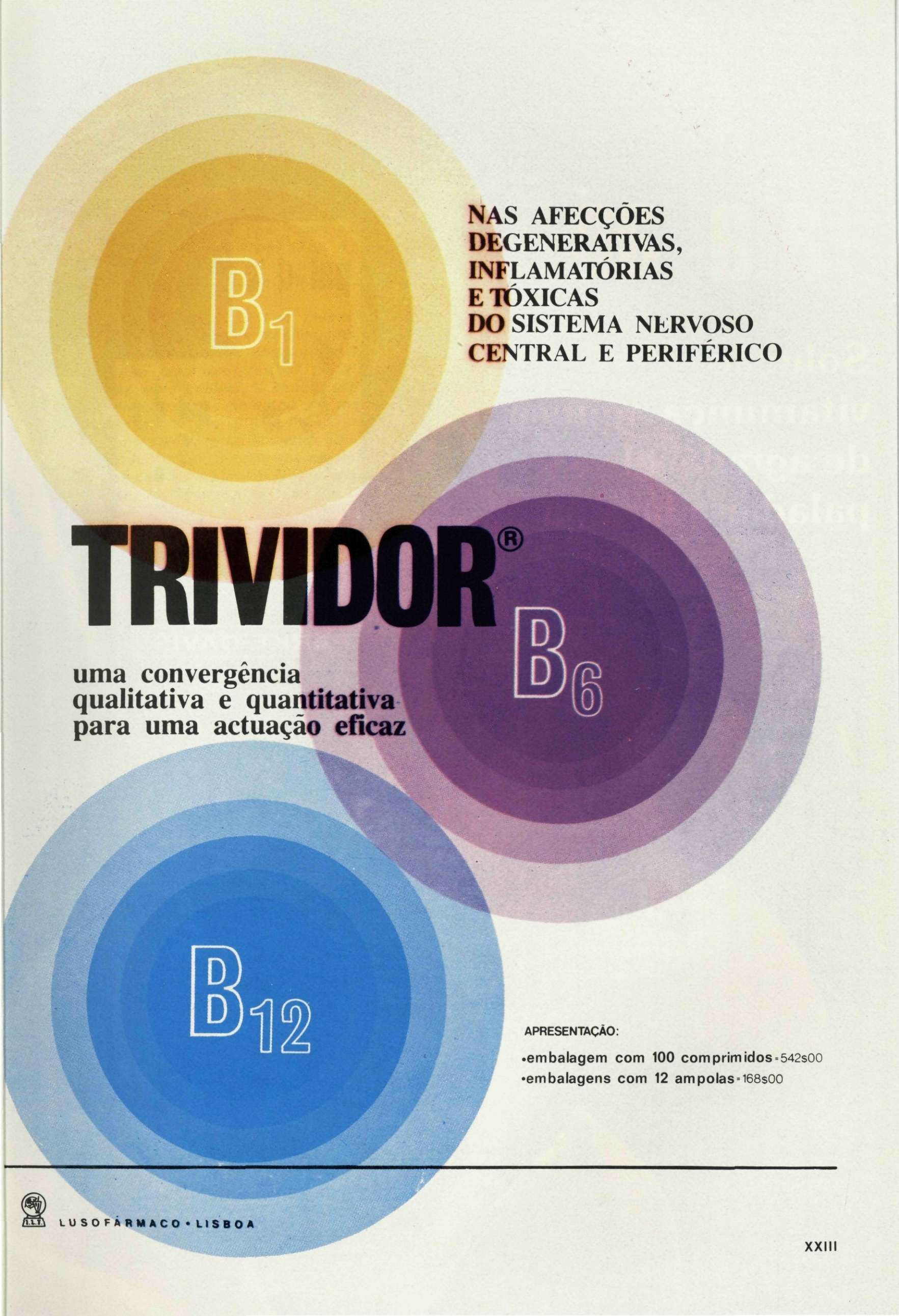
These findings led us to believe that those disturbances were functional and due to a deficit of information of the visual cortex.

This hypothesis seems to be confirmed by the results of the study of «evoked occipital potentials» (EVP), carried out in the Laboratory of Electrophysiology of the Department of Ophthalmology, Hospital de Santa Maria, Lisbon, on patients from our physiatric out-patients clinic, studied in the same sight directions and according to the conditions already quoted.

We have mentioned before the existence of disturbances of the ocular slow convergence.

As we know, the slow convergence is studied with the slow nearing of a pointed object, in the direction of the «near point of convergence» (npc), its extremity being

(*) M.D., Ophthalmologist, Department of Ophthalmology, Hospital de Santa Maria, Lisboa.



**NAS AFECÇÕES
DEGENERATIVAS,
INFLAMATÓRIAS
E TÓXICAS
DO SISTEMA NERVOSO
CENTRAL E PERIFÉRICO**

TRIVIDOR[®]

**uma convergência
qualitativa e quantitativa
para uma actuação eficaz**

APRESENTAÇÃO:

- embalagem com 100 comprimidos - 542s00
- embalagens com 12 ampolas - 168s00

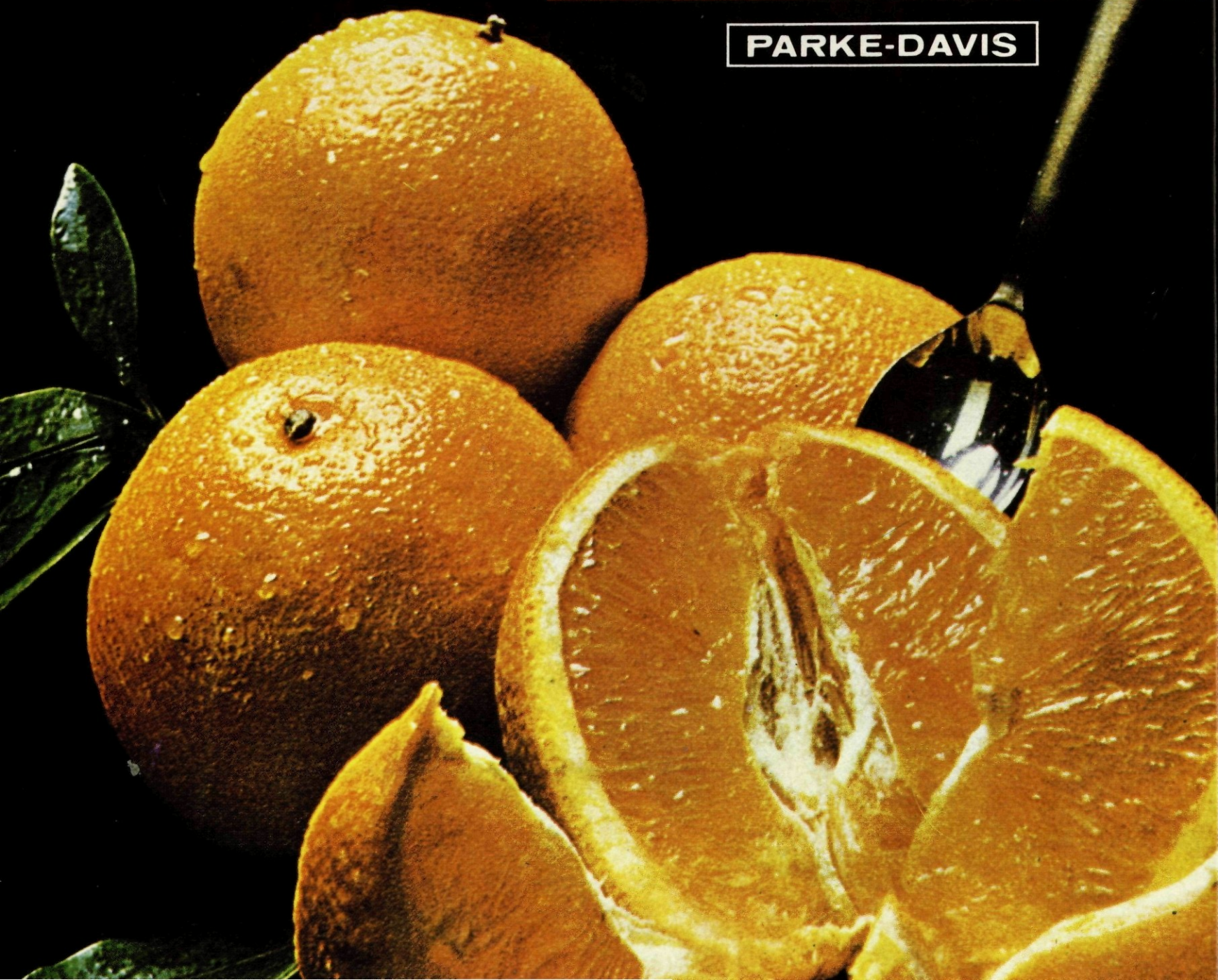


paladac*

**Solução
vitamínica aquosa
de agradável
paladar a laranja**



PARKE-DAVIS



used as object of fixation. When there is no adequate answer to this kind of approaching of the fixation object, we are in presence of some kind of disturbance of the gamma (γ) oculo-motor system, composed of muscular slow fibres innervated by non-mielic fibres.

The paresis of these fibres, frequently found in PDS, is no doubt related to an alteration of the postural tonic activity.

We found that a new neuro-psycho-motor reprogramming, based on a new plantar equilibrium («Kouros» type) (Fig. 4), as well as the use of low power prismatic lenses, applied in a convenient way, usually changed the visual behaviour of these patients. This could also be demonstrated through all our works in this field and was confirmed by the EVP studies.

Furthermore, those two measures also produced other physiological modifications which, through complex mechanisms affected the proprioceptive information system, conditioning a better tonic postural activity.

In the great majority of the PDS patients studied, before and after these simple measures were applied, a sudden activation of the cerebral circulation, as well as that of the extremities was detected. In the same circumstances, we also found an immediate improvement of the amplitude of articular and vertebral movements induced by a true neuro-muscular facilitation, with simultaneous disappearance of all the mialgic areas and the introduction of a better perception of the body scheme.

The results observed seem to justify the inserting of these studies in Rehabilitation Medicine, in Sports Medicine, in Occupational Medicine, and above all, in Preventive Medicine.

IV — CASE REPORTS

CASE 1 — Sixteen years old, male, student. Chronic scapular pain, warsening when studing or on bending. Occasional diplopia.

Physical Examination:

Postural asymmetry. Rotation of the head and right shoulder to the right. Weight applied on the left lower limb. Right foot rotated clockwise. Cervical rectification. Exageration of dorsal chyphosis. Exageratin of lumbar lordosis (Fig. 1, 1-A).

Ophtalmological Examination:

1 — Position of the sight: eyes in leversion

2 — Binocular function (Fig. 5):

A — Twenty-degree leversion: Normal visual field

B — Primary Position: Normal visual field

C — Twenty-degree dextroversion: right temporal scotomata

CASE 2 — Twenty-two year old, female, teacher. Lumbar pain when standing. Blurred vision with prolonged reading.

Physical Examination:

Postural asymmetry. Head bent to the left. Elevation of the right shoulder. Weight supported on the right lower limb. Left foot rotated anti-clockwise. Cervical rectification. Lumbar hiperlordosis (Fig. 6, 6-A).

Ophtalmological Examination:

1 — Position of the sight: eys in dextroversion

2 — Binocular function (Fig. 7):

A — Twenty-degree leversion: Left temporal and right nasal scotomata

B — Primary Position: Normal visual field

C — Twenty-degree dextroversion: Normal visual field

V — CONCLUSIONS

1 — In the daily medical practice there are many patients whose symptoms may seem of neurotic nature, as a result of inadequate methodology of examination.

2 — A great number of patients with a particular clinical picture and a particular type of plantar support, will be found to have a characteristic visual deficit with scotomata, detectable in levoversion or dextroversion only, but not in the primary position of the eyes.

3 — This deficit is functional, and is related to a faulty information of the visual cortex and can be modified by non-conventional therapeutic measures consisting mainly in postural and neuro-psycho-motor reprogramming.

4 — This treatment, which can be completed by other methods and above all by use of particular types of prismatic lenses, will immediately modify not only the faulty body scheme perception but also the postural atonic equilibrium, and will as well induce other sudden physiological effects.

RÉSUMÉ

L'A. présente certains aspects du Syndrome de Déficience Posturale (SDP), entité clinique chronique apparemment de nature fonctionnelle qui, depuis quelques années il étudie et essaie de faire connaître. Ce syndrome qui est attribué, selon l'A., à l'écart inconscient d'une biomécanique idéale, est en relation avec une altération de l'activité tonique posturale. Sa symptomatologie, parfois très complexe, semble être surtout à un défaut de la maturation du schéma corporel et à une insuffisance de l'information proprioceptive et visuelle, dépendants du type de l'appui plantaire et de la direction du regard, et q'on peut corriger avec des prismes et surtout avec l'introduction d'une sorte de reprogrammation neuro-psycho-motrice.

(L'INFORMATION PROPRIOCEPTIVE ET VISUELLE DANS LE SYNDROME DE DÉFICIENCE POSTURALE (SDP). *Acta Reuma. Port.*, VIII (3): 157-166, 1983.)

BIBLIOGRAFIA

- ANDRÉ-THOMAS (1940) — «Equilibre et Equilibration» — Masson.
- BARON, J.B.; BOBOT, J.; BESSINETON, J.C. (1956) — Statokinesimètre. *Presse Médicale* n.º 36:863.
- BARON, J.B. (1957) — Muscles moteurs oculaires et equilibration. *Arch. Hosp.*, 29/2: 51.
- BARON, J.B. (1959) — Les troubles frustes de l'équilibration en Médecine du travail — Cahiers Notes Documentaires I.N.S., n.º 16.
- BARON, J.B.; FILLIOZAT, R. (1964) — Syndromes subjectifs post-commotionelle améliorée par correction oculo motrice. *Arch. Mat. Prop.*, 1964. T. 23, n.º 6, 328-35.
- MARTINS DA CUNHA, H. (1974) — Alterações da Estática na Prática Clínica — *Acta Reumat. Port.* II, 2:335-342.
- MARTINS DA CUNHA, H. (1977) — The Vertebral Column and the Postural Deficiency Syndrome — *Conf. VI Reunion sobre Patologia de la Columna Vertebral, Murcia, Espanha*.
- MARTINS DA CUNHA, H. (1978) — Syndrome de Déficience Posturale Diagnostique et Thérapeutique — *XXII Symposium de Electronistagmographie de Langue Française, Cascais, Portugal*.
- MARTINS DA CUNHA, H. (1979) — Syndrome de Déficience Posturale in *Actualités en Rééducation Fonctionnelle et Réadaptation*, 4.º Série, 1 vol. (pp. 27-31) Masson, Paris.
- MARTINS DA CUNHA, H. (1979) — Biomecânica do Homem Civilizado — Com Tema n.º 4 (Biomecânica) 2.º Cong. Nac. Mecânica Teórica e Aplicada — Lisboa (em publicação).
- MARTINS DA CUNHA, H. (1980) — Esquema Corporal e Visão Binocular em Medicina do Trabalho — *II Inter. Meeting on Occupational Health, Lisboa, Portugal*.
- MARTINS DA CUNHA, H. e PASSOS ANGELO, E. (1979) — Changes in the Thermographic Patterns of the Face Induced by Postural Correction *Agressologie*, 1979, 20, 3:169-170.
- MARTINS DA CUNHA, H. e ALVES DA SILVA, O. (1980) — Alterações da Função Binocular no Síndrome de Déficience Postural — *Com. IV Congresso Luso-Hispano-Brasileiro de Oftalmologia, Lisboa, Portugal*.
- MARTINS DA CUNHA, H. e ALVES DA SILVA, O. (1981) — Disturbances of Binocular Function in the Postural Deficiency Syndrome — in «*Agressologie*», Paris (aceite para publicação em Dezembro de 1981).
- RIBEIRO DA SILVA, J.; MARTINS DA CUNHA, H.; ALVES DA SILVA, O. e CASTANHEIRA DINIZ, A. (1982) — The Convergent Pseudo-Paresis in the Postural Deficiency Syndrome. A Sensorial and Proprioceptive Approach — *Com. International Symposium on Strabism, Florença, Itália*.
- MARTINS DA CUNHA, H. e ALVES DA SILVA, O. (1982) — Semiologia Oftalmológica no Síndrome de Déficience Postural — 2.º Prémio de Oftalmologia Lions Clube — 1982 (em publ.)
- MARTINS DA CUNHA, H. e ALVES DA SILVA, O. (1983) — Utilização de Prismas de Fraca Potência nas Alterações de Convergência Tónica no Síndrome de Déficience Postural — *XXV Congr. Soc. Port. Oftalmologia — Lisboa*.
- MARTINS DA CUNHA, H. (1983) — Informação Proprioceptiva e Visual nas Perturbações do Equilíbrio — *Conf. I Jornadas de Perturbações do Equilíbrio — Lisboa*.
- ALVES DA SILVA, O. (1983) — O Oftalmologista e o Controle da Vertigem Perspectivas Actuais. — *Com. I Curso Intern. de Vertigem — Lisboa*.

A RAINHA DONA LEONOR E O HOSPITAL DAS CALDAS DA RAINHA (*)

ROBERT PEREIRA MARTINS (**)



RESUMO — O autor traça o perfil biográfico da Rainha; realça o seu papel na sociedade portuguesa do seu tempo e o ambiente de cultura renascentista que cria, protegendo e estimulando o desenvolvimento das Letras e das Artes, em particular o Teatro, a Imprensa e a Arquitectura; põe em destaque o plano grandioso de Dona Leonor ao instituir as Misericórdias e ao fundar o Hospital Real das Caldas, um dos mais antigos do Mundo para o tratamento termal dos doentes reumáticos; a finalizar, assinala as honras que os reumatologistas portugueses lhe tributam.

PALAVRAS CHAVES: Rainha Dona Leonor / Hospital das Caldas da Rainha / Tratamento termal do Reumatismo.

NOTAS BIOGRÁFICAS

DONA LEONOR DE LENCASTRE, a primogénita dos 9 filhos do Infante D. Fernando, nasceu em Beja, na Casa da Rua dos Infantes, em 2 de Maio de 1458.

Sobrinha do «Africano», neta do sábio rei D. Duarte e bisneta do «Príncipe de Boa Memória», D. João I e de D. Filipa de Lencastre, casou, aos 12 anos, em 22 de Janeiro de 1470, com seu primo, o príncipe D. João, depois D. João II, o «Príncipe Perfeito».

Procuremos, socorrendo-nos dos biógrafos seus contemporâneos, traçar o perfil dessa princesa que foi uma das mais notáveis figuras da História de Portugal e da Humanidade.

«Singular pessoa de tão grandes virtudes e bondades e de tanta fermosura, manhas e gentileza, tão acabada e perfeita...» e «Princesa de glorioso Destino», assim a define o cronista Garcia de Resende. «Muy fermosa e de grande engenho», diz Duarte Nunes de Leão. «Princesa de hermosura singular, de ingenio divino» para Manuel de Faria. «... na charidade e clemencia hera tão excelente que commumente lhe chamavam May e amparo dos Pobres...» é como a descreve o seu principal biógrafo, Jorge de Carvalho (Frei Jorge de S. Paulo), que foi provedor do Hospital Real da Vila das Caldas, in «História da Rainha D. Leonor e da fundação do Hospital das Caldas», inédita até 1928.

(*) Para não desvirtuar o sentido de palavras e expressões usadas no texto, conservámo-las tal como as recolhemos e, sempre que possível, em transcrição. Abstivemo-nos de notas explicativas do significado actual, nem sempre possível, aliás, para não alongar demasiadamente o texto.

(**) Reumatologista; Sócio da Sociedade de História da Medicina, Secção da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa.

Bondade, simplicidade, inteligência, ânimo varonil e persistência, eis os traços mais característicos de uma das figuras mais apaixonantes da História Pátria.

São as lutas de seu marido pelo poder real, que levam à decapitação do Duque de Bragança, seu cunhado e à morte de seu irmão, D. Diogo, Duque de Viseu, apunhalado pelo próprio Rei.

A 13 de Julho de 1491 é a tragédia da Ribeira de Santarém — magnífica e dramática descrição de Garcia de Resende — na qual o príncipe D. Afonso, seu filho único, agoniza numa cabana de pescador para onde o tinham trazido numa rede. De ora avante, aquela rede — o camaroeiro — será para D. Leonor o seu brasão, uma recordação viva da sua tragédia de mulher e de rainha, a qual irá sublimar-se numa Obra ímpar e notabilíssima.

Depois a luta com o marido, que deseja legitimar o filho natural, o Infante D. Jorge, e torná-lo herdeiro do trono. D. Leonor, apesar de ter educado o infante «como por ser seu filho merecia», até à morte do príncipe D. Afonso, opõe-se, tenazmente, aos desígnios do rei e toma partido por seu irmão D. Manuel, o jovem Duque de Beja.

Foi uma lição viva de simplicidade no trajar, na já luxuosa sociedade portuguesa daquele fim do século XV, em que «o cavaleiro se queria comparar ao rei, o escudeiro ao cavaleiro, o moço ao escudeiro, o sapateiro ao cidadão»; depois de nos legar uma obra imensa, com a mesma simplicidade, tal o Condestável, tomou o hábito das Claristas e viveu os seus últimos anos no recolhimento do seu Paço de Santo Elói, em Xabregas, junto ao seu Convento da Madre de Deus. Aí faleceu a 17 de Novembro de 1525, aos 67 anos de idade e após 30 anos de viuvez, em plena epopeia do povo português. Por sua vontade, foi sepultada em campa rasa, num ângulo do claustro da Madre de Deus. É tradição que, na agonia, dissera às suas damas «vai-se o vulto do meu corpo mas eu não».

No entanto, ironia do destino, sobre aquela excelsa figura de Mulher, que levava anos a fazer o Bem e a fomentar a Cultura e a Arte e a criar Instituições que o tempo não pode destruir, para a sombra mesquinha, transmitida de geração a geração, de ter envenenado ou mandado envenenar o marido!

Por isso, eloquentemente, diz António Sardinha «Se um dramaturgo de génio surgir, esse verá somente o que há de shakespearaneamente simbólico e humano em duas almas que se amam e odeiam, que se atraem e repelem — D. João e D. Leonor — mas implacavelmente unidas para todo o sempre pela garra do mesmo destino que um dia as deixava despedaçadas ao longo dum areal ribatejano».

A RAINHA E A SUA OBRA

Na Obra da Rainha D. Leonor sobressaiem: a protecção às Artes e às Letras, a instituição das Misericórdias e a fundação do Hospital Real das Caldas da Rainha.

I — Protecção às Artes e às Letras

No seu Paço, e devido à sua elevação espiritual de autêntica figura da Renascença, D. Leonor rodeou-se de damas que cultivavam as humanidades e se dedicavam à pintura, à escultura, à música.

Na sua Casa viveram e tiveram a sua protecção, poetas e artistas, como Gil Vicente, João de Castilho, Valentim Fernandes e outros.

A protecção e ao incentivo de D. Leonor — a Rainha Velha — se fica devendo a obra imortal de Gil Vicente, pois, no dizer de D. António da Costa, «a grande infeliz compreendeu o grande artista», e só assim se pode compreender a crítica desassombrosa «espantosa de audácia», que o fundador do Teatro Português faz dos «vícios e desmandos» da sociedade do seu tempo, como no «Auto da Barca do Inferno». De facto a ela são dedicadas algumas das melhores páginas da sua obra: o «Monólogo da Visitação ou do Vaqueiro» (1502); o «Auto da Alma», «feito à Rainha D. Lianor»; o «Auto de S. Martinho, representado à muy caridosa & devota Senhora Rainha D. Lianor, na ygreja das Caldas, na prosaçam de Corpus Christi»; o «Auto da Índia» também representado «à mui católica Rainha D. Lianor».

Por encomenda da Rainha, executa Gil Vicente as suas maravilhosas jóias, entre elas a preciosa Custódia de Belém (1506).

Quando em França a Sorbonne pedia a Francisco I a abolição da Imprensa, D. Leonor protegia-a e, a expensas suas, encomendava a Valentim Fernandes, a tradução de obras clássicas e religiosas e a execução de vários incunablos, dos quais o mais notável é o



NOVIDADE
CLINICA

Regresso à mobilidade sem dor

Latesil[®]

creme

Anti-reumático percutâneo
de total amplitude terapêutica

Anti-inflamatório
Anti-reumático
Anestésico
Analgésico
Miorrelaxante

Fabricado em Portugal
SMS - 25%

Composição:

Salicilato de dietilamina	10 g
Nopoxamina	1 g
Ácido flufenâmico	3 g
Excipiente q. b. p.	100 g



P. V. P. — 300\$00

Indicações:

Todas as afecções dolorosas (inflamatórias, traumáticas, degenerativas e reumáticas) do sistema músculo-esquelético.

Aplicação:

Aplicar várias vezes ao dia em camada fina sobre a zona dolorosa, massajando levemente até a pele a ter absorvido.

Apresentação:

Bisnaga de 100 gramas.



QUIMIFAR, LDA.
KALI-CHEMIE

Av. Estados Unidos da América, 51-4.º
1700 LISBOA — Apartado 1078

NORVEDAN[®]

(FENTIAZAC)

Antireumático da nova geração



**Resolve problemas reumáticos...
... sem criar outros**



Rainha Dona Leonor de Lencastre José Malhoa Museu de José Malhoa, Caldas da Rainha

«Vita Christi», em 4 volumes, que a Rainha fez imprimir, em 1495, numa obra magnífica, de margens largas, em caracteres góticos, a negro e a 2 colunas.

Neste aspecto, como em muitos outros da sua obra, teria a Rainha a previsão do papel da Imprensa, na difusão da epopeia lusa pelos tempos fora?

Fica-se a dever também à sua acção algumas das mais belas obras de arquitectura do primitivo e mais puro «manuelino»: a Igreja de Nossa Senhora do Pópulo, com a sua torre sineira (aberta ao culto já em 1496) e o Hospital Real, nas Caldas da Rainha; as Capelas «Imperfeitas», no Mosteiro da Batalha, para onde fez transladar seu filho e seu marido; a Misericórdia de Lisboa, de que resta a fachada da Conceição Velha; o Convento da Madre de Deus, em Enxobregas (Xabregas); o Convento da Anunciada, em Lisboa; a Igreja de Nossa Senhora da Merceana.

II — Misericórdias

Em 15 de Agosto de 1498, D. Leonor, então regente do Reino «por comum consentimento dos Estados», em nome de D. Manuel I, funda, solenemente, a Irmandade da Santa Confraria da Misericórdia de Lisboa, na Capela de Nossa Senhora da Terra Solta ou da Piedade, do Claustro da Sé de Lisboa para a prática das 14 obras de misericórdia.

A Rainha, ela própria, participa na elaboração do «Compromisso» que estatui uma irmandade de 100 homens «de boa fama e sã consciência e honesta vida», 50 «oficiais mecânicos» e 50 pessoas «da melhor condição» que, todos os anos, pela festa de Nossa Senhora da Visitação, elegam a «Mesa», de 13 «oficiais»: 1 provedor, que deve ser «pessoa de autoridade, virtuoso, de boa fama, muito humilde e paciente», dos 12 oficiais restantes, 6 «oficiais mecânicos» e 6 «de melhor condição», para as funções de conselheiros (9), escrivão (1) e mordomos (2).

Estava criada uma Instituição singular e universal, genuinamente portuguesa, plano grandioso, revelando uma visão superior da Rainha, a qual se difundiu por todo o Reino e pelo Mundo a que os portugueses chegaram e criaram — Norte de África, Índia, Brasil, Extremo Oriente — de tal forma que quando D. Leonor morreu (1525), estavam fundadas já 60 Misericórdias.

Podemos dizer, sem exagero, que a Rainha D. Leonor foi a precursora do Serviço Social.

Quis o destino que a epopeia dos Descobrimentos — chegada de Vasco da Gama a Calicute, acontecimento que para Toynbee é o marco de duas eras do Mundo, o pré e o pós Gálico — e a epopeia da Caridade — fundação da 1.ª Misericórdia — que haviam de immortalizar o nome de Portugal, ocorressem no mesmo ano de 1498.

III — Hospital Real das Caldas

Deve-se à Rainha D. Leonor de Lencastre, a criação do primeiro grande hospital termal que houve em Portugal e um dos mais antigos do Mundo para o tratamento dos doentes reumáticos.

Segundo documentos coevos e, sobretudo a tradição, há 3 versões sobre o que levou a Rainha a mandar construir o Hospital:

— Em Julho de 1484, indo a Rainha da sua vila de Óbidos para a Batalha, ao passar por um sítio onde apenas existia uma casa de pé «sem haver nos arredores mais que mattos maninhos, e ameais e alguns campos lavrados», viu «alguns pobres metidos em prezas daquelas aguas calidas que sahião da fonte fumegando», desejando saber o que faziam lhe responderam «serem doentes de frialdades que nas aguas encontravam remédios para os seus males e que muita gente tolhida sarava de todo» ao que a Rainha dissera «se o Senhor Deus me der vida, os pobres de Cristo, seu Filho, terão melhor comodidade em suas curas».

— Estando D. Leonor nos Paços de Almeirim, quase entevada, foi aconselhada a tratar-se naquele sítio, onde, segundo Leite de Vasconcelos, existira um balneário do período luso-romano, e aí mandara fazer «um tanque acomodado para ella», a



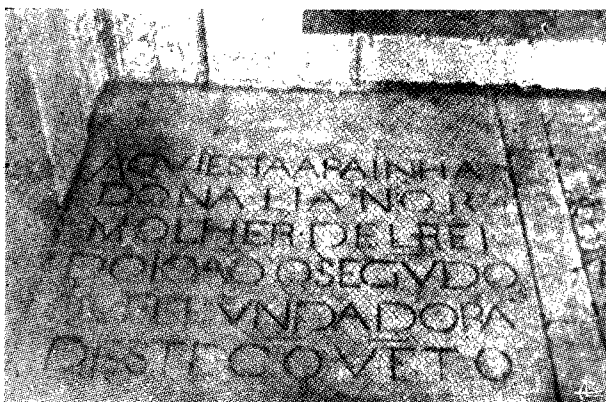
Beja — Museu e Estátua da Rainha D. Leonor.



Caldas da Rainha — Estátua da Rainha D. Leonor



Rainha D. Leonor
VI Congresso Europeu de
Reumatologia (Lisboa
1967) Atrio da F.I.L.



Lápide sepulcral da Rainha D. Leonor, na Madre de Deus (Col. Dr. Fernando Correia)



que se chamou o «Banho da Rainha» e como sarara, prometeu mandar edificar, no local, um grande hospital (1483).

— Vindo a Rainha de Coimbra para Óbidos, «lesa de cancro», ao passar nesse sítio, lavara o cancro naquela fonte de «aguas calidas» e «milagrosamente sarara».

Seja qual for a versão, parece ser certo que as obras do Hospital e da Igreja devem ter começado em 1485, pois a quando da fundação da vila (1488), «já estavam construídas enfermarias e casas & sempre nesta obra se havia de gastar perto de 3 anos».

D. Leonor encarregou o seu médico, António de Lucena (o físico Mestre António?), de escolher a melhor das 3 fontes termais para sobre ela mandar edificar o Hospital.

E com a colaboração de Álvaro Dias Borges, 1.º provedor, a Rainha dirigiu, pessoalmente, as obras, tendo mesmo, segundo a tradição, vendido parte das suas jóias para as levar a termo.

A fundação da Vila, à volta do Hospital, teve por finalidade a fixação de moradores que pudessem abastecer de provisões os enfermos internados e em tratamento, pelo que, por provisão de D. João II, em 1488, é fundada a Vila das Caldas, independente da de Óbidos, e concedidos privilégios aos seus primeiros moradores: Câmara e vereação de juizes e oficiais, eleitos todos os anos e de um ouvidor «para julgar todas as causas civeis e criminaes». Nessa provisão se ordena que ali possam ir «morar» até 30 «vezinhos», 20 dos quais «homiziados do couro de Marvão» não podendo ser perseguidos por crimes que tivessem cometido «salvo em cazos de aleive e treição».

A pedido de D. Leonor, D. Manuel I deu-lhe o título de «Nobre Vila das Caldas».

Em 1502, D. Leonor obtém de D. Manuel I parte do seu dote em dívida pela Coroa e vende as suas jóias de maior valor por dois contos trezentos e seis mil réis, a troco das «jugadas de pão e vinho» da vila de Óbidos e seu termo, as de Aldeia Galega e outras rendas que doa ao Hospital das Caldas e Igreja de Nossa Senhora do Pópulo, por escritura de 29 de Dezembro de 1508.

O notável «Compromisso» do Hospital das Caldas (1512) é, atenta e demoradamente, estudado pela perspicaz Rainha, que envia à Curia o juriconsulto Diogo Dias com uma mensagem pessoal ao Cardeal D. Jorge da Costa (Cardeal de Alpedrinha), «d'íreis da minha parte ao Cardeal D. Jorge da Costa que lhe pedimos mui afectuosamente queira ver de verbo ad verbum o treslado do compromisso que temos feito para o Hospital da nossa Vila das Caldas, o qual por suas mãos foi começado...». Assim foi obtida a aprovação pontifícia.

Estatuia o «Compromisso» que haveria sempre no Hospital «cem camas de roupa, 60 das quais serviriam nos dormitórios de homens e mulheres enfermos, segundo as necessidades». Das restantes 40, 20 «de roupa mais fina» seriam para religiosos ou religiosas e para «pessoas honradas»; as outras 20 para peregrinos, servos e escravos da casa.

Quanto aos funcionários previa: 1 vigário perpétuo para dirigir todo o serviço religioso, 3 capelães, 1 tesoureiro (sacristão), 1 provedor («clérigo ou leigo, mas não frade, nem comendador, nem pessoa poderosa»), 1 almoxarife (comprador e dispenseiro), 1 criado, 1 escrivão, 1 físico, 1 cirurgião, 1 boticário, 1 «spitaleiro» e 1 «spitaleira», 3 enfermeiros (2 homens e 1 mulher), 1 barbeiro sangrador, 1 cristaleira, 1 escrava amassadeira, 1 escravo ou escrava cozinheiro, 2 escravas lavadeiras, 1 escravo carreteiro, 1 escravo hortelão e 1 escravo para as vacas e 1 para as cabras e ovelhas.

Determinava ainda, que todos os anos seriam feitas as contas e inventário do existente, um tomo de todos os bens e propriedades e outro de todas as escrituras, bulas e privilégios, além de um canhenho dos doentes, pobres e ricos, e um outro dos óbitos.

Dos livros de receita e despesa se conclui que a Rainha doara ao Hospital várias propriedades e rendas: Reguengos: da Serra Pequena, de Polvorais, do Paio e do Casal do Pinheiro; os Paúis: da Cornaga, da Roriça, de Abobariz, de S. Mamede e da Caniçada; as Quintas: do Vale de Flores, Bairro da Boeira, dos Barassais e do Carvalhal e mais 9 Casais todos sítos no termo de Óbidos e outros nos das Caldas, Cadaval, Alborninha e Alenquer.

D. Leonor obteve de D. Manuel I, para o Hospital, 15 arrobas anuais de açúcar e dos Papas Júlio II e Leão X que os dízimos das terras cultivadas no termo das Caldas revertessem para as despesas do Hospital.

A excelsa Rainha, ao fundar, organizar e dotar o seu Hospital das Caldas não construía para o tempo... e muito teriam a aprender, neste campo, os nossos actuais tecnocratas.

DEFLOGIX®

novο anti-inflamatório
eficácia positiva



ORL

amigdalite
faringite
otite
sinusite



MED INT

adjuvante
da
antibioticoterapia
em geral



GINE-OBST

URO
anexites
salpingite
episiotomia
cistite



MED DESP

entorse
luxação
distensão
muscular



ucb (produtos farmacêuticos), lda
Rua Gregório Lopes - Lote 1597 - 1.º Andar - 1400 Lisboa
Telefs 614394/5/6 Telegramas UCEBAL Telex 14193-UCBAL P



CIR-ORTOP

contusão
hematoma
fractura
suturas



REUMAT

artrite
bursite
tenosinovite

Apresentação:

Cápsulas de 150 mg — Emb. de 30
Sup. adulto de 400 mg — Emb. de 12
Preço: 30 CPS - 317\$50 (SMS - 79\$40)
12 SUP AD - 352\$50 (SMS - 88\$10)

Calcitonina-Sandoz

(calcitonina sintética de salmão)

100 U MRC/ampola = VALOR TERAPÊUTICO!



PVP 2400\$00 (SMS 960\$00)



...lar no sendo necessario ao dito ospital pa ho aho segui
 cousas se copitem. 2
 eremos 7 maclamos q se facim tres copimissos de ste teor el
 ito dos quies hui estara na torre do tombo da grade d
 na Ho turore de sancto eloy chxboa. Contro estara no
 escritura q dito temos pa per de se regere 7 governare e
 ppara. inosso Snor deos q todo queira leixar sempre ben
 e tanto seruire. Amen. feito em lxxboa a xvij dias do mes
 de liam ho escrueo. Anno de qñlxxtos 7 xii. Anos
 Rainha Leonor

Últimas linhas do «Compromisso» do Hospital das Caldas, assinado pela Rainha (1512).



Hospital das Caldas, em 1747.



Emblema da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (reverso da medalha do 1.º Congresso Português de Reumatologia, Coimbra, 1974)

tas da Saúde, com essa que foi, sem dúvida, a fundadora do Termalismo Social e da Assistência aos doentes reumáticos em Portugal.

O Hospital foi muito frequentado logo nos primeiros anos e essa tradição tem-se mantido ao longo de 4 séculos.

No século XVIII, D. João V, mandou restaurar, sob a direcção de Manuel da Maia, o Hospital das Caldas, a cujos banhos o «Magnífico», um gotoso, veio 13 vezes.

DONA LEONOR E A REUMATOLOGIA EM PORTUGAL

Côncios do que a Reumatologia deve à nobilíssima princesa, os reumatologistas portugueses não deixaram de a honrar, quer a quando do VI Congresso Europeu de Reumatologia (Lisboa, Outubro de 1967), quer ao escolhê-la para sua patrona, quando foi fundada a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (6 de Janeiro de 1972), em cujo emblema figura a sua efígie.

LA REINE ELÉONORE ET L'HÔPITAL DE CALDAS DA RAINHA

RÉSUMÉ — L'auteur esquisse le profil biographique de la reine; rehausse son rôle dans la société portugaise de son époque et l'ambiant de culture de Renaissance qu'elle élève, en protégeant et en encourageant le développement des Lettres et des Arts, en particulier le Théâtre, l'Imprimerie et l'Architecture; met en remarque le plan grandiose de la reine d'instituer les Miséricordes et de faire bâtir l'Hôpital Royal de Caldas, un des plus anciens du Monde pour le traitement thermal des rhumatisants; à la fin, il signale les hommages qui les rhumatologues portugais lui vouent.

MOTS CLÉS: La Reine Eléonore / L'Hôpital de Caldas da Rainha / Traitement thermal du Rhumatisme.

L'ESQUISSE BIOGRAPHIQUE

Eléonore de Lancastre, l'aînée des 9 fils de l'Infant Ferdinand, est née à Beja, dans la Maison de la rue des Infants, le 2 mai 1458.

Nièce de l'«African», petite-fille du savant roi Édouard et arrière petite fille du «Prince de Bonne Mémoire», Jean 1er et de la reine Philippe de Lancastre, elle épousa son cousin, le prince Jean, plus tard le roi Jean II, le «Prince Parfait», le 22 janvier 1470, âgée de 12 ans.

Avec l'aide des biographes ses contemporains, nous chercherons esquisser le profil de cette princesse qui a été un des plus notables personnages de l'Histoire du Portugal et de l'Humanité.

«... Personne singulière d'aussi grand vertu, bonté, beauté, sagesse et grâce, aussi parfaite...» et «... Princesse de glorieux destin...», ainsi la définit le chroniqueur Garcia de Resende. «... Très jolie et avec grand talent...» dit Duarte Nunes de Leão. «... Princesse de beauté singulière, de talent divin...» pour Manuel de Faria. «... dans la charité et la clémence était aussi excellente que, en général, on lui appelait Mère et abri des Pauvres...» voici comme la décrit son principal biographe, Jorge de Carvalho (Frère Jorge de S. Paulo), qui a été pourvoyeur de l'Hôpital Royal de la petite ville de Caldas, in «Histoire de la Reine Eléonore et de la fondation de l'Hôpital de Caldas», inédite jusque 1928.

La bonté, la simplicité, l'intelligence, l'âme virile et la persévérance, voici les traits les plus caractéristiques d'un des personnages les plus passionnants de l'Histoire de la Patrie.

Ce sont les luttes de son mari par le pouvoir royal, qui conduisent à la décapitation du Duc de Bragança, son beau-frère et à la mort de son frère, le Duc de Viseu, poignardé par le roi, il-même.

Au 13 juillet 1491, c'est la tragédie de Ribeira de Santarém — description magnifique et dramatique de Garcia de Resende — où le prince Alphonse, son fils unique, agonise dans une chaumière de pêcheur, où l'on avait transporté dans un filet. Pour l'avenir, ce filet — le «camaroeiro» — sera le blason de la Reine Eléonore, un souvenir vif de sa tragédie de femme et de reine, laquelle ira s'élever dans une Oeuvre singulière et très notable.

Après, c'est la lutte avec son mari, qui veut légitimer un fils naturel, l'Infant George, pour faire de lui l'héritier du trône. La Reine Eléonore, malgré avoir élevé l'Infant «comme s'il était son fils» jusqu'à la mort du prince Alphonse, s'oppose aux desseins du roi, avec ténacité et prend parti par son frère, le prince Emmanuel, le jeune Duc de Beja.

La reine a été une leçon vive de simplicité dans ses vêtements austères opposés à la société portugaise de cette fin du siècle XV, déjà somptueuse, où «... le chevalier voulait imiter le roi, l'écuyer le chevalier, le valet l'écuyer, le cordonnier le bourgeois...». Après nous léguer une oeuvre immense, aussi simplement que le Connétable, a pris l'habit de l'ordre des clarisses et a vécue ses dernières années retirée dans son Palais de Saint Eloi, à Xabregas, auprès son Couvent de la «Madre de Deus». Là elle est morte le 17 novembre 1525, âgée de 67 ans et après 30 ans de veuvage, en pleine épopée du peuple portugais. Par sa volonté, elle a été inhumée dans un tombeau sous la terre dans un coin du cloître de la «Madre de Deus». Dit la tradition que, à l'agonie, elle avait dit à ses dames «l'apparence de mon corps s'en va mais moi point».

Par ironie du destin, sur cet élevé personnage de Femme qui pendant des années avait fait du Bien et protégé la Culture et les Arts et élevé des Institutions que le temps n'a pas pu détruire, tombe, cependant, l'ombre mesquine, tansmise de génération en génération, d'avoir empoisonné ou d'avoir ordonné l'empoisonnement de son mari!

Pour cela, dit, éloquemment, António Sardinha «... s'il apparaît un dramaturge de talent, celui-ci verra seulement, comme en Shakespeare, ce qu'il y a de symbolique et humaine entre deux âmes qui s'aiment et s'haïent, qui s'attirent et se rebutent — Jean et Eléonore — mais implacablement unies pour toujours, par la griffe du même destin qui un jour les laissait dilacérées le long d'une sablonnière du Ribatejo...».

LA REINE ET SON OEUVRE

Dans l'Oeuvre de la Reine Eléonore surlevent: la protection aux Arts et aux Lettres, l'institution des Miséricordes et la fondation de l'Hôpital Royal de Caldas da Rainha.

I — Protection au Arts et aux Lettres

Dans son Palais et à cause de son élévation spirituelle d'un véritable personnage de la Renaissance, la Reine Eléonore s'entoure des dames qui se livraient à l'étude des humanités et s'adonnaient à la peinture, à la sculpture, à la musique.

Dans sa Cour, ont vécus et ont eu sa protection des poètes et des artistes comme Gil Vicente, João de Castilho, Valentim Fernandes et d'autres.

À la protection et l'encouragement de la Reine Eléonore — la Reine Vieille — nous devons l'ouvrage immortel de Gil Vicente, puisque, conformément à D. António da Costa, «la grande infortunée a compris le grand artiste» et seulement ainsi on peut concevoir la critique hardiesse «épouvantable d'audace» que le fondateur du Théâtre Portugais fait des «vices et déreglements» de la société de son temps, comme dans l'«Auto da Barca do Inferno». En effet, quelqu'unes des meilleures pièces de son ouvrage sont dédiées à la Reine: le «Monologo da Visitação ou do Vaqueiro» (1502); l'«Auto da Alma», «dédié à la Reine Eléonore»; l'«Auto de S. Martinho», représenté «à très charitable et pieuse Dame, la Reine Eléonore, dans l'Eglise de Caldas, dans la procession du Corpus Christi»; l'«Auto da Índia» représenté aussi «à très catholique Reine Eléonore».

La Reine commande à Gil Vicente des merveilleux joyaux, parmi lesquels le précieux Soleil de Belem (1506).

Quand en France la Sorbonne priait à François 1er l'abolition de l'Imprimerie, la Reine Eléonore la protégeait et, à ses dépens, elle commandait à Valetim Fernandes la traduction des ouvrages classiques et religieux et de faire de plusieurs incunables, le plus notable desquels c'est «Vita Christi», en 4 volumes, que la Reine fait imprimer, un ouvrage magnifique, en caractères gothiques, en noir et en 2 colonnes (1495).

Dans cet aspect, comme dans plusieurs d'autres de son Oeuvre, aura-t-elle la Reine la prévision du rôle de l'Imprimerie dans la diffusion de l'épopée lusitanienne à l'avenir?

Nous devons aussi à son action quelqu'uns des plus beaux chefs-d'oeuvre d'architecture du primitif et plus pur style «manuelino»: l'Eglise de Notre Dame du Pópulo, avec sa tour des cloches (ouverte au culte déjà en 1496) et l'Hôpital Royal, à Caldas da Rainha; les Chapelles «Imparfaites», dans le Monastère de Batalha, où elle a fait bâtir de nouveaux tombeaux pour son fils et son mari; la Miséricorde de Lisbonne, de laquelle il reste la façade de l'Eglise de Conceição Velha; le Couvent de Madre de Deus, à Enxobregas (Xabregas); le Couvent de l'Anunciada, à Lisbonne; l'Eglise de Notre Dame à Merceana.

II — Les Miséricordes

Le 15 août 1498, la Reine Eléonore, alors régent du Royaume, au nom du roi Emmanuel 1er et «par agrément commun des Etats», établi, solennellement, l'«Irmandade da Santa Confraria da Misericórdia» de Lisbonne, dans la Chapelle de Notre Dame de Terra Solta ou de la Piedade, du Cloître de la Sé de Lisbonne, pour les pratiques des 14 oeuvres de miséricorde.

La Reine, elle-même, participe dans l'elaboration du «Compromisso» qui établit une confrérie de 100 hommes «de bonne réputation, saine conscience et honnête vie», 50 «ouvriers» et 50 «personnes de meilleure condition», qui, chaque année, dans la fête de Notre Dame de la Visitation, lisent la «Mesa» (Comité d'Administration), qui se compose de 13 officiers; 1 pourvoyeur qui doit être «personne d'autorité, vertueux, d'humilité et de patience», des autres 12, 6 «ouvriers» et 6 «de meilleure condition» pour exercer les charges de conseillers (9), de greffier (1) et de syndics (2).

Il était créée une Institution singulière et universelle, proprement portugaise, un très grand plan, en révélant une vision supérieure de la Reine, laquelle s'a disséminée par tout le Royaume et par le Monde où les portugais sont arrivés et ont créé — au Nord de l'Afrique, à l'Inde, au Brésil, à l'Extrême-Orient — De sorte que quand la Reine Eléonore est morte (1525), il étaient déjà créées 60 Miséricordes.

Nous pouvons dire, sans exagérer, que la Reine Eléonore a été la précurseuse du Service Social.

Le destin a voulu que l'épopée des Découvertes — l'arrivée de Vasco da Gama à Calicute, l'événement que pour Toynbee demarque deux ères du Monde, le pré et le post gamique — et l'épopée de la Charité — la création de la 1ère Miséricorde — lesquelles devaient immortaliser le nom du Portugal, soyent survenues dans la même année (1498).

III — L'Hôpital Royal de Caldas da Rainha

On doit à la Reine Eléonore de Lencastre la création du 1er grande hôpital thermal qu'il y a eu au Portugal et c'était un de plus anciens du Monde pour le traitement des rhumatisants.

Suivant des documents de cette époque-là, surtout la tradition, il y a 3 versions sur celui qu'a fait la Reine ordonner à édifier l'Hôpital:

— À juillet 1484, allant la Reine de sa petite ville de Obidos vers Batalha, quand elle passait par un lieu où il y avait seulement une demeure «sans y avoir dans les alentours plus que de terres incultes et des aunaies et quelques champs cultivés», a vu «quelques pauvres gens se baignant dans ces eaux chaudes qui sortaient de la source en jetant de la fumée», en désirant apprendre ce qu'ils faisaient lui ont répondu «que c'étaient des malades qui sont perclus et dans ces eaux trouvaient de remède pour ses souffrances et que beaucoup de gens perclus gué-

ACIFUGAN

**100 mg de Alopurinol
+ 20 mg de Benzbromarona
1 cp/Dia**

Controla a Hiperuricemia
reduzindo os riscos de efeitos
secundários pelo efeito
conjugado do Alopurinol
(uricostático) e de
Benzbromarona (uricosúrico),
em doses específicas (5:1).

Diferentes situações ...dor e inflamação comuns



dor
lombar



inflamação
pélvica



exacerbação
aguda
da artrose

DONOREST^{*}

(Fentiazac)

anti-inflamatório não esteróide

Terapêutica de primeira linha

JWB

APRESENTAÇÕES



30 Drag./100 mg - 275\$00
60 Drag./100 mg - 497\$00
15 Sup./200 mg - 294\$00

*Marca Registrada

DONOREST é também uma terapêutica de primeira linha, em situações inflamatórias agudas e exacerbações agudas de situações crónicas.

Ao contrário do que acontece com outros anti-inflamatórios não esteróides com longos períodos de semi-vida, o DONOREST proporciona alívio rápido sem necessidade de aumentar as doses diárias habituais.

POSOLOGIA

 Peq. Almoço
 Jantar

rissaient complètement», alors la Reine eut dit «si le Seigneur Dieu me donnera de la vie, les pauvres du Christe, Son Fils, auraient meilleure commodité dans ses guérisons».

- Étant la Reine Eléonore dans le Palais de Almeirim, presque percluse a été conseillée à se traiter dans ce lieu-là, où, suivant Leite de Vasconcelos, avaient existé des bains à l'époque lusitanien-romaine, et dans ce lieu avait ordonné de faire «un bassin à sa mesure» lequel on a nommé «Bain de la Reine» et comme elle avait guéri, a promis ordonner édifier, dans le même lieu, un grand hôpital (1483).
- Venait la Reine de Coimbra vers Óbidos, «souffrante d'une tumeur maligne» et quand elle passait dans ce lieu-là, avait baigné la tumeur dans cette source-là «d'eaux chaudes» et «miraculeusement avait guéri».

Quelle que soit la version, il semble être sûr que la construction de l'Hôpital et de l'Eglise doivent avoir commencé vers 1485, puisque quand la petite ville a été fondée (1488), «c'étaient déjà bâties des infirmeries et des maisons et toujours dans cette construction on y avait de dépenser près de 3 ans».

La Reine Eléonore a chargé son médecin, António de Lucena (le physicien Maître António?), de choisir la meilleure parmi les 3 sources thermales, à fin de ordonner à édifier l'Hôpital au dessus de celle-là.

Et avec l'aide de Álvaro Dias Borges, 1er pourvoyeur, la Reine a dirigé, personnellement, la construction, en ayant même, suivant la tradition, vendu une partie de ses bijoux pour en finir.

La fondation de la petite ville autour de l'Hôpital, a eu par but fixer des habitants pour pouvoir approvisionner les malades au dedans de l'Hôpital ou y en traitement et pour cela, par une ordonnance de Jean II est fondée la petite ville de Caldas (1488), indépendamment de la petite ville de Óbidos et concédés des privilèges à ses premiers habitants: municipalité (Chambre et Corps municipal des magistrats et des officiers), élus chaque année, et un «auditeur» pour «juger tous les procès civils et criminels». Dans cette ordonnance-là on commande qu'y peuvent aller demeurer jusqu'à 30 «voisins», 20 desquels «sont cachés dans le clos de Marvão» n'en pouvant pas être poursuivis par des crimes qu'ils avaient eu commis «exceptés les ces de calonnie et de trahison».

À demande de la Reine Eléonore, le roi Emmanuel 1er, a concédé à Caldas le titre de «Noble petite ville de Caldas».

À 1502, la Reine Eléonore obtient de Emmanuel 1er une partie de son dot, en dette par la Couronne, et vend ses bijoux de plus grand prix par deux millions trois cents six mille réis par échange des «droits en pain et vin» de la petite ville de Óbidos et sa commune, de Aldeia Galega et d'autres revenus de qu'elle fait donation à l'Hôpital de Caldas et l'Eglise de Notre Dame du Pópulo, par un acte notarié le 29 décembre 1508.

Le notable «Compromisso» de l'Hôpital de Caldas (1512), est étudié, avec attention et minutie, par la clarevoyante Reine, qui envoie à la Curie le juriste Diogo Dias avec un message personnel pour le Cardinal Jorge da Costa (Cardinal de Alpedrinha) «Vous direz de ma part au Cardinal Jorge da Costa que nous lui demandons très affectueusement qu'il veuille voir «de verbo ad verbum» le texte du «compromisso» que nous avons fait pour l'Hôpital de notre petite ville de Caldas, lequel, par ses mains a été commencé...». Ainsi a été obtenue l'approbation pontificale.

Le «Compromisso» statuait qu'il y aurait toujours dans l'Hôpital «cent lits, 60 desquels dans les dortoirs des hommes et des femmes infirmes, suivant la nécessité». Des 40 lits restants, 20 «de linge plus délicat» seraient pour les religieux ou religieuses et pour «personnes de meilleure condition»; les autres 20 pour des pèlerins, des domestiques et des esclaves de la maison.

En ce qui concerne aux fonctionnaires de l'établissement, il prévoyait un corps d'officiers parmi lesquels: 1 vicaire pour diriger tout le service religieux: 3 aumôniers; 1 sacristain; 1 pourvoyeur «ecclésiastique ou laïque, mais non pas moine, ni commandeur, ni personne puissante»; 1 receveur, acheteur et dépensier; 1 écrivain; 1 physicien; 1 chirurgien; 1 apothicaire; 3 infirmiers, 2 hommes et 1 femme; 1 saigneur; 1 patrisseuse; 1 cuisinier; 2 blanchisseuses; 1 voiturier; 1 jardinier et 2 bergers, l'un pour les vaches et l'autre pour les chèvres et les brebis.

Il déterminait encore que, chaque année, ce seraient faits les comptes et l'inventaire des biens; un cartulaire de tous les revenus et propriétés et un autre des actes notariés, des bulles et des privilèges; en outre, un carnet des malades, pauvres et riches, et un autre des décès.

Dans les livres de recettes et de dépenses, on peut voir que la Reine fait donation à l'Hôpital de plusieurs propriétés et revenus: Reguengos da Serra Pequena, de Polvorais, do Paio, do Casal do Pinheiro; Paúis da Cornaga, da Roriça, de Abobariz, de S. Mamede, da Caniçada; Quintas do Vale de Flores, Bairro da Boeira, dos Barassaís, do Carvalho et plus de 9 Casais, tous dans la municipalité de Óbidos et d'autres dans ceux de Caldas, Cadaval, Alborninha et Alenquer.

La Reine Eléonore a obtenu de Emmanuel Ier pour l'Hôpital, 15 arrobes de sucre, chaque année, et des Papes Jules II et Léon X que les dîmes des terres cultivées dans la municipalité de Caldas seraient employées aux dépenses de l'Hôpital.

L'éminente Reine, en créant et en organisant son Hôpital de Caldas et en lui faisant des donations, n'édifiait pas pour son temps... et nos actuels technocrates de la Santé auraient beaucoup à apprendre à ce sujet avec celle qui a été, sans doute, la fondatrice du thermalisme social et des soins aux rhumatisants au Portugal.

L'Hôpital a été très cherché bientôt pendant les premières années et cette tradition a été conservée le long de 4 siècles. Sous la direction de Manuel da Maia, Jean V, au XVIII^e siècle, a ordonné de restaurer l'Hôpital de Caldas, dont les bains le «Magnifique», un goutteux, a fait 13 fois.

LA REINE ELÉONORE ET LA RHUMATOLOGIE AU PORTUGAL

Les rhumatologues portugais, conscients de ce que la Rhumatologie doit à la nobilissime princesse, ne se sont pas abstenus d'en honorer, soit pendant le VI^{ème} Congrès Européen de Rhumatologie à Lisbonne (octobre 1967), soit en la choisissant pour patronne de la Société Portugaise de Rhumatologie, quand celle-ci a été créée à Lisbonne, le 6 janvier 1972, et dont l'emblème figure son effigie.

SUMMARY

The author begins presenting the biography of the Queen; he raises her action in portuguese society of her age and the ambient of the culture of Renaissance she establishes patronaging and creating the development of Litterature and Arts, particularly Theatre, Printing and Architecture; he brings out the grand plan of the Queen Leonora instituting the «Misericordias» and to founding the Royal Hospital of Caldas, one of the oldest of the World for thermal treatment of the rheumatic patients; at last, he points out the honours that the portuguese rheumatologists have done to homage her.

KEY WORDS: The Queen Leonora / The Hospital of Caldas da Rainha / The thermal treatment of the Rheumatism.

(THE QUEEN LEONORA AND THE HOSPITAL OF CALDAS DA RAINHA. *Acta Reuma. Port.*, VIII (3): 167-178, 1983.)

BIBLIOGRAFIA / RÉFÉRENCES

1. AFONSO DE CARVALHO — Donas de outras eras — A Rainha Dona Leonor *Horizonte*, 1, 7: 2-10, 1954.
2. CONDE DE SABUGOSA — Gente d'Algo.
3. CONDE DE SABUGOSA — A Rainha Dona Leonor.
4. GARCIA DE RESENDE — Vida e Feitos de D. João II.
5. GIL VICENTE — *Obras Completas*, coord. Costa Pimpão, nova ed. monumental, 1 vol., Livraria Civilização Editora, Porto, 1962.
6. HISTÓRIA DE PORTUGAL, ed. Monumental Portucalense Editora, Barcelos, sob direcção Damião Peres, 8 vol., 1928-1937.
7. PEREIRA FORJAZ, A. — Uma Rainha. *Anais Azevedos*, X, 3: 123-126, 1958.
8. RUI DE PINA — Crónica de D. João II.
9. TESOUROS ARTÍSTICOS DE PORTUGAL, coordenação de Ferreira de Almeida, 1 vol., ed. *Seleccões Reader's Digest*, Lisboa, 1976.
10. VIRGILIO ARRUDA — Santarém no Tempo, 1 vol., 1971.

ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA

DIAGNÓSTICO DO LÚPUS ERITEMATOSO DISSEMINADO —Hughes, G.R.V. (Londres) *Hexágono «Roche»* 10, 1: 10-17, 1983.

O autor salienta as manifestações clínicas das formas benignas muito mais numerosas que as formas graves, segundo a sua experiência no Hammersmith Hospital.

São mulheres jovens, de boa saúde, sofrendo de tendinites intermitentes, artralguas, enxaquecas.

Ilustrando o artigo com diversos casos clínicos a propósito, faz a crítica dos critérios de classificação e depois descreve os caracteres gerais que entram no diagnóstico, como a raça, a idade, a anamnese reveladora, a luz solar, os medicamentos. Entra seguidamente nos caracteres clínicos do L.E.D.; a pele e mucosas, o fenómeno de Raynaud, a implicação do sistema nervoso central com perturbações do comportamento e/ou perturbações motoras, a implicação do rim, do aparelho respiratório, do coração, das articulações, do sangue, as alterações da menstruação e a gravidez.

Considera o teste de Farr de fixação do ADN dos mais seguros, quando feito em laboratório com bons controles internos. Con-

sidera que uma taxa de complementémia em declínio rápido é um sinal de alarme anunciador de crise aguda.

Considera que uma das estimativas mais úteis dos complexos circulantes ainda é a avaliação cuidadosa das crioglobulinas.

Salienta finalmente o comportamento da proteína C-reactiva, que apresenta correntemente taxas de zero, apesar da V.S. ser muito alta e da elevação de outras proteínas de fase aguda.

Sobre este último assunto é de aconselhar a leitura do trabalho de Pereira da Silva na Rev. Port. Clin. e Terap., 7 (3): 89-94, 1982 — «Interesse actual da Proteína C-reactiva. Sua importância clínica em particular nas doenças reumáticas».

E ainda o artigo de Da Silva, J., Hughes, G.R.V. et al. publicado no Arthritis Rheum., 23, 770-771 (1981) — «C-reactive protein in Systemic Lupus Erythematosus — a classification criterion».

ADRIANO NETO

RÈGLES DE PUBLICATION

1. La Rédaction reçoit des travaux cliniques ou de recherche de cette spécialité ou d'autres qui en soient liées. Elle se réserve le droit d'accepter seulement des articles encore inédits.
2. Les articles publiés et les textes des communications présentées aux séances scientifiques de la Société, ou organisées sous son patronage, demeurent propriété de l'«Acta». La Rédaction se réserve le droit d'autoriser son insertion, totale ou partielle, dans d'autres publications.
3. Les opinions émises dans les articles signés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.
4. Les articles doivent être rédigés en portugais; ils peuvent encore être rédigés en français, anglais ou espagnol, en trois exemplaires, dactylographiés double interligne, sur une seule face du papier, avec des marges larges.
5. Les titres seront présentés en portugais, français et anglais (ou espagnol, ou allemand); le(s) nom(s) de l'auteur (ou des auteurs) et leur(s) titre(s) académique(s) et professionnel(s); l'organisme d'où le travail est issu ou celui auquel l'auteur appartient et le nom de son directeur; localité et pays.
6. Le texte doit être précédé d'un résumé, bref mais précis en portugais, français et anglais (ou espagnol, ou allemand).
7. Chaque article donne droit à cinq figures au maximum; au-delà de ce nombre la Rédaction se réserve le droit de les faire payer par son prix. Les photographies doivent être si nettes pour permettre la reproduction; les graphiques et les dessins, exécutés avec de l'encre noire sur du papier blanc, sur des feuilles séparées, notés à l'envers, la légende dactylographiée et l'ordre numérique.
8. Les références bibliographiques, selon l'index *medicus*: surnom (en majuscules), nom et prénom de l'auteur (ou des auteurs); titre; nom de la publication ou de l'auteur; localité; volume; numéro; page; année. On doit respecter l'ordre alphabétique du dernier nom de l'auteur (ou du premier auteur).
9. Chaque auteur a le droit de 25 tirés à part gratuits. Au-delà de ce nombre, elles seront débitées par son prix, si en sont demandées en avance.
10. La Rédaction se charge de la correction des épreuves.
11. Pour la citation bibliographique: *Acta Reuma. Port.*, volume, tome, page et année.
12. On demande l'échange. Exchange solicited. Se solicite el cambio. Man bittet um Austausch.

NORMS OF PUBLICATION

1. The Editing Committee accepts scientific articles on clinical aspects or on research of this speciality or allied ones. It reserves the right to accept only inedit works.
2. Published articles and texts of the papers presented during the scientific sessions of the Society or in those it organizes, are a property of the «Acta». The Editing Committee reserves the right of authorising their insertion, either partial or total in other publications.
3. The doctrine explained in published articles is of the exclusive responsibility of their authors.
4. The articles should be written in Portuguese; they may be written, however, in French, English or Spanish, Typewriter in three copies with double spacing, on one side of the paper and with wide margins.
5. They should be referred with the title in Portuguese, French and English (or Spanish, or German); the author(s) name(s) and his (their) academic and professional titles; the institution where the work had been done or where the author works and of the director's name; place and country.
6. Each article confers a right to five pictures, maximum; the further pictures will be paid by the author. Photographs must be neat enough to permit reproduction. Graphs and drawings should be made with black ink, on white paper; each picture on a separate sheet, marked on the back its clear typewriter legend and numbered.
8. Bibliographic reference, according the index *medicus*; name capital letters, author's(s) noun and pronoun; title; name of publication or editor; place; volume; number; page; year. Alphabetic order of author's list name (or that of the first author) should be observed.
9. 25 copies will be provided free to the author of each paper. Additional copies will be charged at cost price, if required soon enough.
10. The Editing Committee is responsible for correcting proofs.
11. For a bibliographic reference: *Acta Reuma. Port.*, volume, number, page and year.
12. Exchange solicited. On demande l'échange. Se solicite el cambio. Man bittet um Austausch.

Exmo.(s) Colega(s) | Senhor(es)

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

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

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

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

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

*

Cher(s) Collègue(s) | Monsieur (Messieurs),

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

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

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

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

*

Dear Colleague(s) | Sir(s)

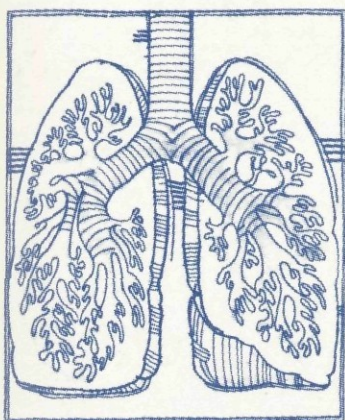
The Portuguese Society of Rheumatology is very glad to send you the publications: The «ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA» (review of medical documentation) and the «BOLETIM INFORMATIVO» (bulletin on rheumatological information).

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

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

Thanking you for your cooperation, with kind regards.

O HOMEM EM ACÇÃO



Respiração mais fácil nas alergias sazonais

Nas alergias sazonais graves, a inflamação incontrolada pode levar a uma lesão tissular permanente. Depo-Medrol® oferece protecção a nível celular e suprime o processo inflamatório. A administração sistémica de Depo-Medrol® restabelece a respiração adequada dentro de 6 a 8 horas e alivia por um período de 3 semanas, permitindo o rápido retorno à escola, trabalho ou desporto.



Movimento mais fácil

Em períodos de bursite ou tenosinovite agudas, uma única injeção intramuscular de Depo-Medrol® suprime com frequência a dor e o edema. A libertação retardada origina um efeito prolongado, mantendo o doente confortável 24 h. por dia. O efeito de acção prolongada mantém o alívio sintomático por períodos de até 7 dias. Este efeito anti-inflamatório imediato e prolongado proporciona o rápido retorno ao trabalho e actividades de lazer.

GRAÇAS A DEPO-MEDROL®

acetato de metilprednisolona corticoterapia injectável

Apresentação: Acetato de metilprednisolona 40 mg/ml em embalagens de 3 ampolas de 1 ml - 502\$00, seringas de 2 ml - 336\$50 e embalagens de 3 ampolas de 1 ml com lidocaina - 985\$50.

UM PRODUTO
DA INVESTIGAÇÃO

Upjohn

ESTERÓIDES

Upjohn Farmoquímica, Lda.
Rua Gregório Lopes, Lote 1596 - B 3.º
1400 Lisboa

Artribid[®] 200

(Sulindac, MSD)

um anti-infla-
matório efectivo

MSD
MERCK
SHARP
DOHME

Apresentação	PVP	SMS
Embalagem 30 comp.	772\$50	193\$20
Embalagem 60 comp.	1390\$00	347\$50