

3.º Trimestre - 1975



ACTA

REUMATOLÓGICA

PORTUGUESA

Vol. III

3

Sociedade  
Portuguesa de  
Reumatologia



Wellcome

**Na artrite gotosa  
drogas anti-reumáticas  
são suficientes?**

**Zyloric**

**Zyloric trata e previne lesões  
articulares, ósseas e renais.**





# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. III

1975 — 3.º Trimestre

N.º 3

## Sumário

### Editorial

Svartz, N.; Hedman, S.; Lundmark, K.; & Söderberg, O. ... .. 79

### Artigos originais

— Gota Úrica e Termalismo em Portugal  
M. Viana Queirós ... .. 85

### Inquérito

— Reumatismo e Termalismo em Portugal  
João Figueirinhas ... .. 93

### Sessão solene da S. P. R.

— Erros Comuns em Reumatologia  
J. de Mendonça da Cruz ... .. 109

— Reumatologia, Democracia, Paz e M. F. A.  
Secretário de Estado da Saúde ... .. 117

Congressos ... .. 121

Crítica de livros ... .. 125

#### EDIÇÃO E PROPRIEDADE:

Sociedade Portuguesa de Reumatologia (Liga Portuguesa contra o Reumatismo)

#### REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

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

#### COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:

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

**Publicação trimestral** (1.º, 2.º, 3.º e 4.º trimestres). 4 números = 1 vol.

**Distribuição:** Aos Membros da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, a instituições de Reumatologia ou afins, nacionais e estrangeiras (Ligas de Reumatologia; Bibliotecas e Arquivos de Faculdades de Medicina, de Centros Científicos, de Sociedades Médicas, de Hospitais e Serviços Clínicos; a Revistas e Jornais Médicos, com permuta) e, sempre que possível, ao critério do Director e Conselhos Científico e de Redacção.

**Direcção:** Secretário-Adjunto — G. Banet.

**Conselho Científico:** Manuel Loução Martins Júnior, João Figueirinhas, José Almeida Dias, António Robalo Cordeiro, Mário da Silva Moura, António Vasconcellos Marques, Vasco de Sousa Chichorro, José Botelho, Ayres de Sousa, Manuel de Assunção Teixeira, José Emídio Ribeiro, A. Cortez Pinto, Pena de Carvalho e Rui Proença.

**Conselho de Redacção:** António Meyrelles do Souto, Luís Lima Ribeiro, Mário Viana Queirós, J. Galvão de Figueiredo, Manuel Ribeiro Raposo e Jorbert Pereira Martins.

#### **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 — Or 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, podendo, porém, sê-lo em francês, inglês ou espanhol, dactilografados a dois espaços, numa só face do papel, com margens largas e em duplicado.
- 5 — Os artigos devem ser referenciados com o título em português, francês e inglês; nome(s) 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.
- 7 — Cada artigo pode comportar 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 explícita, e a ordem numérica.
- 8 — As referências bibliográficas, conforme o index medicus: apelido (maiúsculas), nome e pronome do(s) autor(es); título; nome da publicação ou eritor; localidade; volume; número; páginas; 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.
- 11 — Para citação bibliográfica: **Acta Reuma. Port.**, vol., tomo, pág e ano.
- 12 — Solicita-se permuta.

## Sommaire

### Editorial

Svartz, N.; Hedman, S.; Lundmark, K.; & Söderberg, O. ... 79

### Mémoires originaux

#### — Goutte et Hyperlipidémie

M. Viana Queirós & J. Figueirinhas ... 85

### Enquête

#### — Rhumatisme et Thérmalisme au Portugal

João Figueirinhas ... 93

### Session solennel de la S. P. R.

#### — Des Erreurs en Rhumatologie

J. de Mendonça da Cruz ... 109

#### — Rhumatologie, Démocratie, Paix et Mouvement des Forces Armées

Secrétaire d'État de la Santé ... 117

Congrès ... 121

Révue des livres ... 125

## Contents

### Editorial

Svartz, N.; Hedman, S.; Lundmark, K.; & Söderberg, O. ... 79

### Original papers

#### — Gout and Hyperlipidaemia

M. Viana Queirós & J. Figueirinhas ... 85

### Inquiry

#### — Rheumatology and Thermalism in Portugal

João Figueirinhas ... 93

### Annual meeting of Portuguese Society on Rheumatology

#### — Errors in Rheumatology

J. de Mendonça da Cruz ... 109

#### — Rheumatology, Democracy, Peace and M. F. A.

Secretary of the Health ... 117

Congress ... 121

Book reviews ... 125

# Arlef 200 mg

**PERMITE A PARTICIPAÇÃO  
EM TODAS AS ACTIVIDADES**



## Arlef

(Ac. Flufenâmico, Parke-Davis)

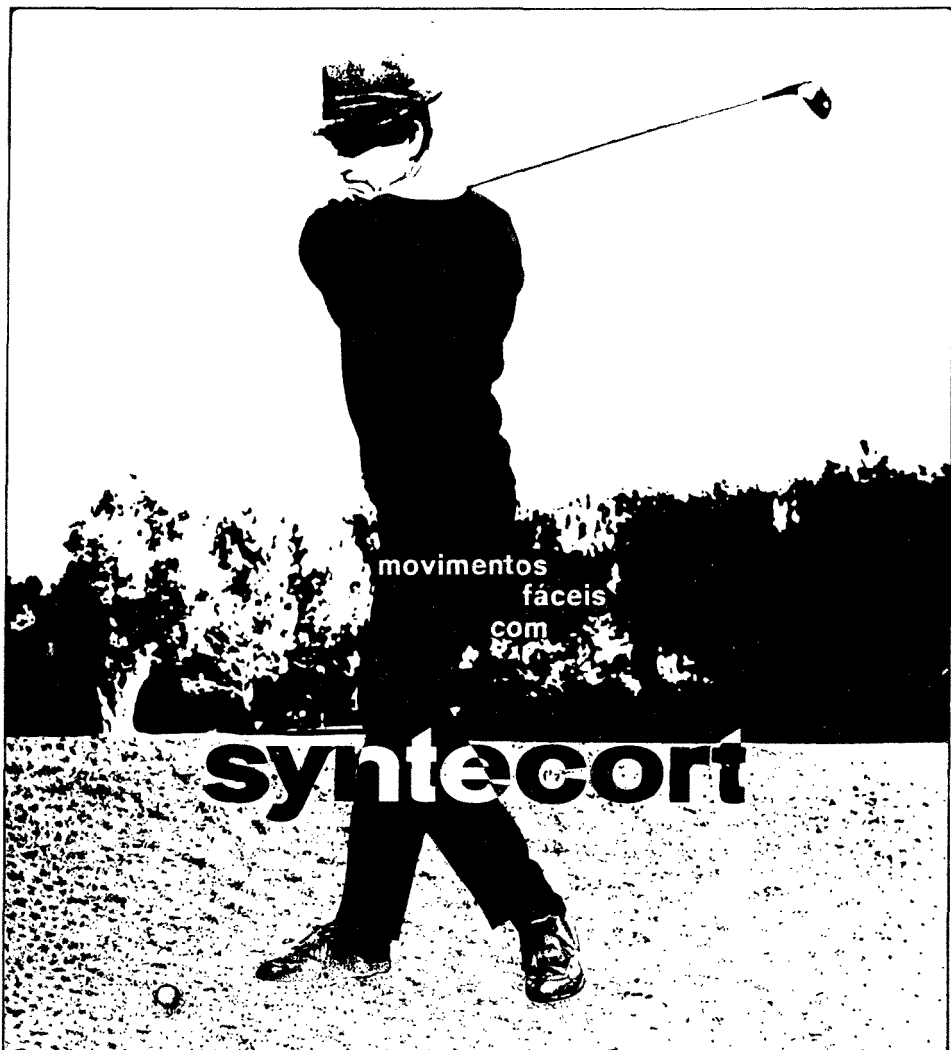
**Um novo composto...  
Anti-inflamatório  
Analgésico  
Não-esteróide**

Uma feliz associação...

Alta actividade  
anti-reumática  
e analgésica

ARLEF

Baixa incidência  
de efeitos  
secundários



movimentos  
fáceis  
com

# syntecort

**O MELHOR TOLERADO DOS CORTICOSTERÓIDES MAIS ACTIVOS**

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



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



Synt. A. Mod. 1/68

## EDITORIAL (\*)

*Actuellement, on poursuit dans un grand nombre de laboratoires des recherches sur la présence des immunocomplexes dans l'arthrite rhumatoïde (1, 2, 3, 4, 10). On est généralement d'avis que le RF constitue un terme d'importance dans ces immunocomplexes. Beaucoup de chercheurs considèrent que de tels immunocomplexes forment la cause réelle de l'AR. Vu cette théorie, il est nécessaire de tenir compte du moment, dans le cours de la maladie; où le FR se produit, comparé aux autres symptômes pathologiques. Nos investigations ont révélé que l'apparition du FR constitue un symptôme relativement tardif dans l'AR (5).*

*Dans certain cas de début subit de l'AR humaine il est possible d'établir avec assez de certitude l'apparition des premiers symptômes ainsi que le temps de l'apparition de FR. Il a été prouvé a cet égard que le RF ne paraît pas avant 3 à 4 semaines après les premiers symptômes articulaires et, souvent, beaucoup plus tard.*

*Il est possible d'établir plus clairement encore l'apparition relativement tardive de FR dans la polyarthrite provoquée expérimentalement (6). Pour provoquer des arthrites expérimentales nous avons employé une méthode laquelle nous avons trouvé être la meilleure: des injection intraveineuses ou intrapéritoneales aux rats blancs, (Sprague-Dawley) des streptocoques vivants du groupe B, type agalactie. Dans 85 % des rats nous avons réussi de provoquer une macroglobuline hémagglutinante, laquelle on n'a pas pu, jusqu'à ce jour, à distinguer par les méthodes existantes, du FR réel. Dans l'expérience relatée à la fig. 1, le FR a commencé a paraître cinq semaines*

---

(\*) «Les Immunocomplexes dans L'Arthrite Rhumatoïde et leur importance» — Svartz, N., Hedman, S., Bergholtz, H., Lundmark, K. & Söderberg, O — Institut de Recherche du Roi Gustaf V. 10401, Stockolm.



environ après les premières injections, tandis que les symptômes articulaires avaient déjà paru une à deux semaines après les premières injections.

La méthode la plus facile pour détecter assez tôt une arthrite est à faire une biopsie capsulaire. La valeur du titre de hémagglutination, déterminée par le «sheep cell test» puisse être qualifiée de positive seulement si le titre est 1:64 ou plus. Chez le rat de fig. 1 un tel titre (1:64) n'a pu être constatée qu'après trois mois de maladie. Comme on le sait, il dure souvent des mois et même des années avant que le FR puisse être constaté dans l'AR humaine. Même chose dans l'arthrite expérimentale.

EXPERIMENTAL PRODUCTION OF RHEUMATOID FACTOR AFTER INJECTIONS OF STREPTOCOCCI, GROUP B

| Dates           | Haemagglut.-titre<br>(Sheep cell test)       | Injections<br>(Strain E 7) N. S-z               |
|-----------------|--|---|
| <b>1966</b>     |  |   |
| June 1          | 0  | Intraperit.                                     |
| June 2          |  | intraperit and epiphyseal plate                 |
| June 7          |  | Intraperit.                                     |
| June 9          |  | intraperit and epiphyseal plate                 |
| June 11, 14, 17 |  | Intraperit.                                     |
| June 20         | 0  |   |
| June 21         |  | intraperit and epiphyseal plate                 |
| July 5          | 1:16   | Intraperit.                                     |
| Aug. 30         | 1:64   |   |
| Oct. 18         |  | Intraperit.                                     |
| Nov. 11         | 1:256  | (note: no inj. from Oct. 1966<br>to April 1967) |
| Nov. 30         | 1:512  |   |
| <b>1967</b>     |  |   |
| Jan. 9          | 1:512  |   |
| March 14        | 1:256 (haemolys)                             |   |
| April 4         | 1:512  |   |
| April 20        |  | inj. epiphyseal plate                           |
| Sept. 11        | 1:512  |   |
| <b>1968</b>     |  |   |
| Febr. 2         | 1:256 (haemolys)                             |   |
| March 11        | 1:128 (bad condit. treatm.<br>with vitamins) |   |
| May 31          |  | Dead  |

FIG. 1 — Une macroglobuline à caractère de facteur rhumatoïde (FR) a été obtenue au moyen d'injections, sur le rat blanc, de streptocoques vivants du groupe B. Le FR (constaté par la réaction hémagglutinante, appelée «sheep cell test») a, dans ce cas comme dans toutes les expériences, paru relativement tard par rapport à d'autres symptômes pathologiques et par rapport aux injections de streptocoques.

Un autre type d'investigations que nous avons poursuivies spécialement au cours de l'année passée a consisté en des essais de lier le FR *in vitro* avec diverses IgG. Les chercheurs ont généralement été d'avis qu'en combinant le FR avec l'IgG on obtiendrait un complexe à plus haute constante de sédimentation dans l'ultracentrifugation que celle que le FR possède lui-même. La constante de sédimentation du FR se situe habituellement entre 18,2 S et 18,8 — 19 S. Nous n'avons pu trouver une constante de sédimentation plus élevée que cela dans nos expériences. Nos études anté-

---

# O Bayolin<sup>®</sup>

**ataca as dores reumáticas  
pela base**

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

## Composição

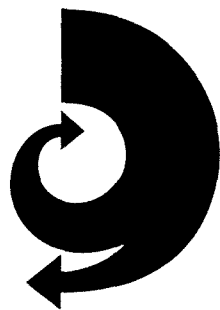
100 g de creme contém: Heparinóide Bayer  
5.000 U/HDB, monossalicilato de etilenoglicol 10 g,  
nicotinato de benzilo 2,5 g.

## Indicações

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

## Apresentação

Bisnaga com aplicador, contendo 70 g.



# Ultralan oral

MEDICAMENTO DE  
PRODUÇÃO NACIONAL  
25%  
DE PARTICIPAÇÃO  
DO BENEFICIÁRIO

Um novo capítulo  
na corticoterapia:

Nenhum corticoide convencional  
reune simultaneamente  
tantas vantagens:

24 horas de actividade terapêutica

elevada dose limite Cushing

excelente tolerância gastro-intestinal

escasso perigo de osteoporose

Ultralan oral (fluocortolona) é o primeiro corticoide derivado da corticosterona. A sua margem terapêutica – grau de dissociação entre efeitos terapêuticos e acções secundárias – é tão favorável que permite, agora, alcançar os objectivos pretendidos pela corticoterapia, num maior número de doentes.

#### **Apresentação:**

Comprimidos ranhurados de 5 e 20 mg

Para uma informação mais completa (acção, indicações, posologia, observações e contra-indicações) devem consultar-se os nossos impressos mais detalhados e o prospecto que acompanha a embalagem.

Schering AG  
Berlin/Bergkamen



Schering  
Lusitana, Lda.

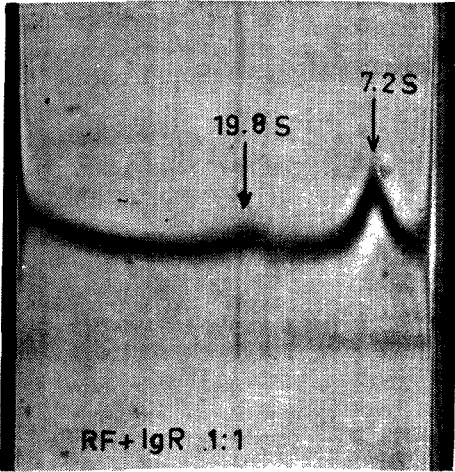


FIG. 2 — Le FR pur, mêlé dans la proportion 1:1 avec l'anti-FR pur (IgR) Mixtion demeure durant 2 heures à 37°. On observe deux pics à la centrifugation.

FIG. 3 — Les mêmes ingrédients que dans la figure 2, mais la proportion FR et IgR dans le mélange sera ici 1:4. Seulement un pic apparaît à la centrifugation et ce pic a une constante de sédimentation de seulement 7 S environ. On ne trouve plus de macroglobuline dans la mixtion.

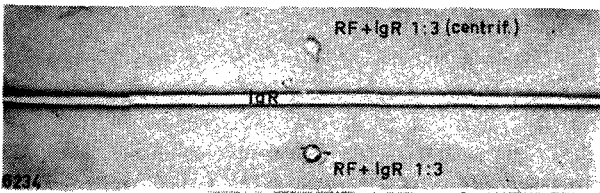
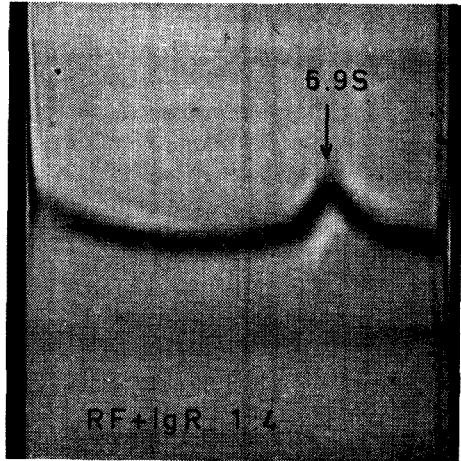


FIG. 4 — Immunoélectrophorèse d'un mélange de RF et IgR à prop. 1:3. Pas de macroglobuline.

rieurs et ceux de Vaughan (11) nous ont appris qu'une neutralisation complète du FR ne pouvait être obtenue en usant de l'IgG habituelle (5,7). Pour cela, nous avons résolu d'éprouver l'effet d'une IgG spécifique contre FR (Svartz).

Dans ce but nous avons injecté à des lapins un FR que nous avons isolé du nasopharynx d'un malade avec AR. Nous avons ainsi obtenu un sérum anti-FR capable de neutraliser totalement le FR (9). Par la chromatographie nous avons isolé du sérum anti-FR le principe neutralisant la macroglobuline FR. Ce principe est une IgG spécifique, appelée IgRhuma-toïde, ou abrégé IgR (Svartz).

L'expérience principale a consisté par la suite à mêler le FR avec différentes quantités de l'IgR *in vitro*. Le résultat a été en peu de mots celui-ci: en mêlant le FR avec l'IgR spécifique en dilution 1:1 on a pu observer à l'ultracentrifugation deux pics, c'est à dire un pic de 18 S — 19 S (soit une macroglobuline) et un pic d'environ 7 S (donc IgR). La figure 2 démontre ce résultat.

Si l'on mêle maintenant le FR avec l'IgR (c'est à dire l'IgG spécifique) en fort excédent, par exemple 1:4, on n'a pu constater de macroglobuline, c'est à dire nul FR. Un seul pic a paru à l'ultracentrifugation (voir la fig. 3) et ce pic ne contenait qu'un 7 S globuline gamma, ce qui a été contrôlé par l'immunoélectrophorèse (fig. 4).

La réaction de Waaler-Rose a été complètement négative sur le mixture RF:IgR, prop. 1:4 — La  $\gamma$ -globuline de commerce et celle du sang de lapin sont aussi capables de précipiter, à un certain degré le FR, mais pas du tout complètement. Ainsi un mélange, prop. 1:4, montre toujours deux pics et le test de Waaler-Rose est toujours positif quoique un peu plus faible que dans un mélange 1:1.

## CONCLUSIONS

De nombreux autres considèrent l'immunocomplexe comme étant la cause de l'AR. On a été d'avis que dans ces complexes le FR formait un terme important.

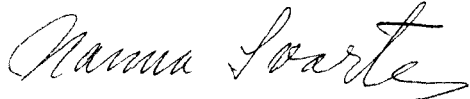
Sans doute les immunocomplexes avec le FR provoquent des symptômes importants, mais il ne saurait toutefois constituer la cause primaire de l'AR puisque le FR apparaît relativement tard dans la marche de la maladie. Ce facteur ne peut donc être constaté plus tôt que 3 semaines après l'apparition des symptômes articulaires.

Nos investigations ont démontré que la méthode apparemment la meilleure pour produire le FR par voie expérimentale est celle des injections (administrées par voie intra-veineuse ou intra-péritonéale au rat blanc) de streptocoques vivants du groupe B, type agalctie. On obtient alors dans environ 85 % des expériences une macroglobuline qui par les méthodes connues jusqu'à ce jour ne se peut distinguer du facteur rhumatoïde réel. La macroglobuline apparaît trois semaines au plus tôt après les injections.


*Les études pour produire des immunocomplexes in vitro en mélangeant le FR pur avec différentes IgG sont instructives. Ainsi, nous avons observé une grande différence entre l'effet d'une IgG spécifique, obtenue par injections de RF pur aux lapins et les  $\gamma$ -globulines de commerce. Dans un mélange de RF: IgG spécifique, prop. 1:4, le RF est desintégré et ne peut pas être observé. — Les  $\gamma$ -globulines ordinaires ne donnent pas cet effet.*

### A B S T R A C T

*Dans les deux dernières années nous avons poursuivi des investigations sur la possibilité de produire in vitro des immunocomplexes entre le facteur rhumatoïde (FR) et divers types d'IgG. Il a pu être constaté que la macroglobuline FR peut être décomposée et amenée à disparaître complètement d'un mélange si l'on y ajoute un surplus d'un certain type d'IgG.*



N. SVARTZ



### B I B L I O G R A P H I E

1. ALLIAON, A. C., CARDELLA, C. & DAVIES, P. — «Immune Complexes and Induced Release of Lysosomal Enzymes from Mononuclear Phagocytes in the Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Immunological Aspects of Rheumatoid Arthritis» *Rheumatology*, Vol. 6, p. 25.
2. DE SHAZO, C. V. & DE SHAZO, M. M. — «Arthritis in the Rabbit Knee Joint» — A quantitative Model, *Ibid.* p. 268.
3. NATVIG, J. B., MUNTHE, E., & PAHLE, J. — «Evidence for Intra cellular Complement — Fixing Complexes of IgG Rheumatoid Factor in Rheumatoid Plasma Cells» — *Immunological Aspects of Rheumatoid Arthritis*, *Rheumatology*, Vol. 6, p. 167.
4. RAWSON, A. J. & TORRALBA, T. P. — «Induction of proliferative synovitis in Rabbits by intra-articular injection of —Immune Complexes» *Arthr. & Rheum.* — 10:44, 1967.
5. SVARTZ, N. — «Macroglobuline provoking haemagglutination in Rheumatoid Arthritis and other diseases» — *Almqvist & Wiksell*, print. Uppsala, 1971.
6. «Le facteur rhumatoïde» — *Proc. Symp. Internat. Inflam. Reum. Barcelona, 1973*, p. 57. *Lab. franç. thérap.*, print.
7. «Some notes on the early history of the Rheumatoid factor» — *Eular Bult*, 3, n.º 1, 1974.
8. «The origin of Rheumatoid arthritis» — *Rheumatology* 6:322, 1975.
9. «The relation between the Rheumatoid factor and Immune complexes in Rheumatoid arthritis» — *Scand J. Rheumat.* 4, Suppl. 8, 1975.
10. TURK, J. L. — «Mechanism of Immunological Tissue Damage» — *Proc. XII Internat. Congr. Internal Med. Tel Aviv. Abstracts*, p. 27, 1974.
11. VAUGHAN, J. H. — «Behaviour of the rheumatoid arthritis factor with Immune-precipitates» — *J. Immun.* 77, n: 03, Sept. 1956.

# ROBAXIN<sup>®</sup>

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



## COMPRIMIDOS

### FÓRMULA

Cada comprimido contém

1-carbamato-3-o-metoxifenoxi-2-hidroxiopropilo . . . . . 0,5 g

Excipiente . . . . . q s

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

## SUPOSITÓRIOS

### FÓRMULA

Cada supositório contém

1-carbamato-3-o-metoxifenoxi-2-hidroxiopropilo . . . . . 1 g

Excipiente . . . . . q s

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

Sob Licença de A. H. ROBINS COMPANY



LABORATÓRIOS  
**LAQUIFA**

# «Valium» Roche

## para suprimir os espasmos musculares de origem reumatismal



*Por via bucal, permite um eficaz tratamento de manutenção; actua imediatamente por via parentérica em caso de espasmos musculares agudos. Superioridade sobre todos os outros relaxantes musculares demonstrada por 11 experiências duplamente cegas. Acção farmacológica dupla e original proporcionando ao mesmo tempo um relaxamento psíquico e muscular. Adjuvante dos anti-reumatismais, permitindo reduzir a dose dos agentes analgésicos e anti-inflamatórios. Muito apreciado, por causa da sua segurança e por ser notavelmente bem tolerado.*

Valium = Trade Mark

### «Valium» Roche, melhor do que um tranquilizante

ROCHE



## GOTA ÚRICA E HIPERLIPIDEMIA (\*\*) (Primeiros resultados de um estudo em curso)

M. VIANA QUEIRÓS e J. FIGUEIRINHAS

**Resumo:** *Determinados os níveis séricos do ácido úrico, lípidos e lipoproteínas em 20 pacientes com gota primitiva e num grupo controlo numericamente igual.*

*Encontramos no número de pacientes gotosos um aumento significativo dos triglicerídeos e das pré  $\beta$  lipoproteínas ( $P < 0,01$ ).*

*45% dos doentes gotosos pertencem ao grupo IV Fredrickson (10% no grupo controlo).*

*Estes achados que estabelecem claramente uma perturbação do metabolismo dos lípidos na gota, demonstram a importância da determinação do perfil lipídico e do lipidograma nesta doença.*

*Os autores terminam com algumas considerações de ordem terapêutica.*

### I — INTRODUÇÃO

A relação gota úrica, hiperuricemia e lípidos séricos tem sido objecto de numerosos estudos nos últimos tempos.

O aumento dos líquidos é assinalado por Camus (7), Gilly (14) e Roux (29).

A associação gota-hipercolesterolemia é assunto controverso; apontada por alguns autores (1, 2, 21, 26, 28, 31), não é verificada por outros nos seus trabalhos (3, 10, 13, 18, 33).

Parece não se verificar nesta doença um aumento significativo dos fosfolípidos (19, 28, 21, 26, 29).

(\*\*) Comunicação apresentada ao Colóquio Internacional sobre Lipoproteínas e Hiperlipemias. Lisboa—Setembro de 1975.

Ao contrário, quase todos os investigadores são unânimes em apontar a elevada frequência da relação gota-hipertrigliceridemia (2, 3, 5, 6, 7, 10, 13, 28).

O objectivo do nosso trabalho é estudar a relação entre a gota e os lípidos séricos, particularmente as lipoproteínas.

## II — MATERIAL E MÉTODOS

Seleccionamos um grupo de 20 doentes (19 homens e uma mulher) com o diagnóstico de gota primitiva estabelecido segundo os critérios de Nova-York (27), e um grupo controlo numericamente igual e com uma distribuição etária e por sexos tanto quanto possível sobreponível ao grupo-estudo.

Nenhum dos pacientes gotosos apresentava insuficiência renal. Nenhum dos indivíduos do grupo controlo apresentava hiperuricemia primitiva ou secundária.

Consideramos obesos os indivíduos cujo peso é superior em 10 kg à diferença entre a altura em cm e 100 cm.

Para diagnóstico da Diabetes Mellitus servimo-nos da clínica e de glicemias em jejum superiores a 90 mg% pelo método enzimático e de 120 mg% pelo método de Folin-Wu. Nos casos duvidosos realizamos provas de tolerância à glicose oral com ingestão de 100 g de glicose em dose única, e determinação das glicemias e glicosúrias até aos 180'.

Consideramos hipertensos todos os indivíduos que em 3 determinações apresentavam valores superiores a 140/90 mm Hg para idades inferiores a 50 anos e 160/100 para os limites etários superiores.

Ao iniciar o trabalho nenhum doente fazia, há pelo menos 20 dias, terapêutica com alopurinol e/ou uricosúricos.

Os doseamentos do ácido úrico e dos lípidos efectuaram-se no período compreendido entre os meses de Fevereiro e de Junho afim de minimizar a possibilidade de uma variação estacional dos níveis séricos destas substâncias (15 e 30) tendo o sangue sido colhido após um jejum de 12 horas.

O ácido úrico foi doseado pelo método da uricase e as lipoproteínas estudadas por ultracentrifugação e electroforese em acetato de celulose.

Os valores normais utilizados para os diferentes parâmetros em estudo, foram:

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| Ácido úrico                | H. 3,4 — 7 mg%   |
|                            | M: 2,4 — 5,7 mg% |
| Lípidos totais             | — 350 — 800 mg%  |
| Colesterol total           | — 150 — 250 mg%  |
| Triglicerídeos             | — 50 — 150 mg%   |
| Quilomicrons               | — 0%             |
| $\alpha$ - lipoproteínas   | — 10 — 40%       |
| Pré- $\beta$ lipoproteínas | — 0 — 20%        |
| $\beta$ -lipoproteínas     | — 55 — 70%       |

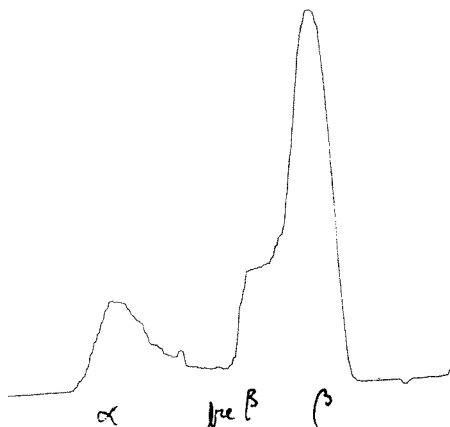


Fig. 1—Lipoproteinograma dentro dos limites normais (Alfa-lipoproteínas = 18,1%; pré-beta-lipoproteínas = 17,0%; beta-lipoproteínas = 64,9%). Perfil lipídico dentro da normalidade (Lípidos totais = 700 mg.%; colesterol = 225 mg.%; triglicerídeos = 95%).

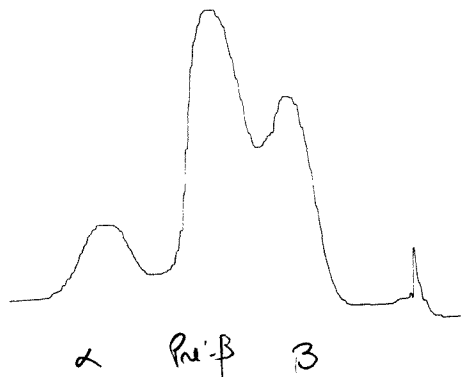


Fig. 2—Lipoproteinograma revelando uma predominância das pré-beta-lipoproteínas. É compatível com o tipo IV (Alfa-lipoproteínas = 18,4%; pré-beta-lipoproteínas = 51,0%; beta-lipoproteínas = 30,6%). Perfil lipídico dentro da normalidade (Lípidos totais = 680 mg.%; colesterol = 225 mg.%; triglicerídeos = 185 mg.%).

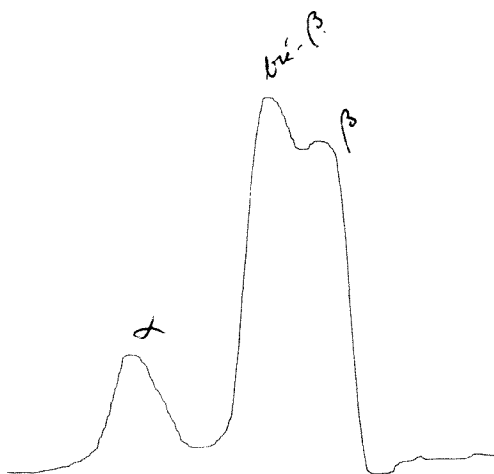


Fig. 3—Lipoproteinograma mostrando um aumento isolado das pré-beta-lipoproteínas. (Alfa-lipoproteínas = 17,3%; pré-beta-lipoproteínas = 50,6%; beta-lipoproteínas = 32,1%). Perfil lipídico dentro da normalidade (Lípidos totais = 620 mg.%; colesterol 200 mg.%; triglicerídeos 115%).

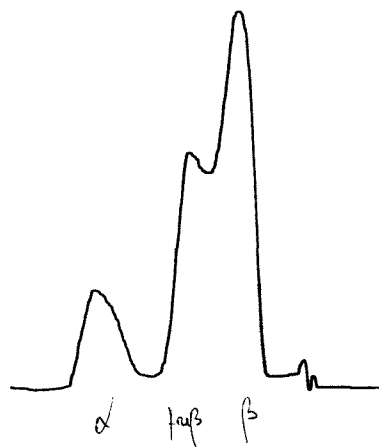


Fig. 4—Lipoproteinograma mostrando um aumento das pré-beta-lipoproteínas (Alfa-lipoproteínas = 12,6%; pré-beta-lipoproteínas = 30,4%; beta-lipoproteínas = 57,0%). Perfil lipídico alterado (Lípidos totais 1080 mg.%; colesterol 236 mg.%; triglicerídeos 229 mg.%).

## RESULTADOS

- 1 — No grupo de gotosos as idades oscilaram entre os 33 e os 65 anos (média de 51, e a duração da doença entre 1 e 20 anos (média de 9,7).
- 2 — Ainda neste grupo, a obesidade surgiu em 9 pacientes (45%) a diabetes em 2 (10%) e a hipertensão arterial em 10 (50%).
- 3 — 4 pacientes (25%) tinham hábitos alcoólicos com ingestão de mais de 1 litro de vinho/dia.
- 4 — Os níveis séricos do ácido úrico oscilam entre 6,3 mg% e 15 mg% (valor médio de 9 mg%) na população gotosa, e de 2,5 a 6,5 mg% (valor médio 4,2 mg%) na população controlo.
- 5 — Perfil lipídico e lipidograma — quadros I, II, III, IV.

QUADRO I  
Lípidos — Valores médios

|                | Lip. totais | Colesterol | Trigl.  | Lipidograma |               |           |
|----------------|-------------|------------|---------|-------------|---------------|-----------|
|                | mg %        | mg %       | mg %    | $\alpha$ %  | pre $\beta$ % | $\beta$ % |
| Gotosos .....  | 764,2       | 225,2      | 175,4 ↑ | 18,7        | 23,9 ↑        | 54,9      |
| Controlo ..... | 652,6       | 205,4      | 30,7    | 15,5        | 16,6          | 65,4      |

QUADRO II  
Perfil Lipídico — Desvios da normalidade

|                | Lip. totais | Colesterol | Trigl. |
|----------------|-------------|------------|--------|
| Gotosos .....  | 8           | 4          | 13     |
|                | 40%         | 25%        | 65%    |
| Controlo ..... | 6           | 3          | 4      |
|                | 30%         | 15%        | 25%    |

QUADRO III  
Lipidograma — Desvios da normalidade

|                | Quilo-<br>microns | $\alpha$ -lipo | pre $\beta$ | $\beta$ -lipo |
|----------------|-------------------|----------------|-------------|---------------|
| Gotosos .....  | 0                 | 0              | 12          | 3             |
|                |                   |                | 60%         | 15%           |
| Controlo ..... | 0                 | 0              | 2           | 3             |
|                |                   |                | 10%         | 15%           |

# Relmus<sup>®</sup>



tiocolquicosido

inflamação

contractura

inflamação



7

# HYDERGINE®

## EM REUMATOLOGIA

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

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

# HYDERGINE®

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

**QUADRO IV**  
Lipidograma — Classificação (grupos de Fredrickson)

|                | Grupo I | Grupo II | Grupo III | Grupo IV | Grupo V | Aumento isolado pre $\beta$ | Aumento isolado colest. | Normais   |
|----------------|---------|----------|-----------|----------|---------|-----------------------------|-------------------------|-----------|
| Gotosos .....  | 0       | 4<br>20% | 0         | 9<br>45% | 0       | 3<br>15%                    | 0                       | 4<br>20%  |
| Controlo ..... | 0       | 1<br>5%  | 1<br>5%   | 2<br>10% | 0       | 0                           | 1<br>5%                 | 15<br>75% |

### DA ANÁLISE DOS QUADROS, VERIFICA-SE:

a) *Anomalias lipídicas* em 14 dos 20 gotosos — 75%.

b) *Os valores médios do perfil lipídico em mg%* nos dois grupos são, respectivamente:

Grupo-Gota : Lípidos totais — 764,2 Colesterol — 225,2 Triglicé-  
rdeos — 175,4.

Grupo-controlo: Lípidos totais — 652,6 Colesterol — 205,4 Triglicé-  
rdeos — 80,7.

c) *Os valores médios do lipidograma* são, respectivamente:

Grupo-gota quilomicrons — 0%  $\alpha$ -lipo — 18,7% pre  $\beta$  — 23,9%  
 $\beta$ -lipo — 54,9%.

Grupo-controlo: quilomicrons — 0%  $\alpha$ -lipo — 15,5% pre  $\beta$  — 16,6%  
 $\beta$ -lipo — 65,4%.

d) *Os perfis lipídicos desviados da normalidade* (valores aumentados) distribuem-se da seguinte forma:

|                |                |                  |
|----------------|----------------|------------------|
| Grupo-gota     | lípidos totais | — 8 casos — 40%  |
|                | colesterol     | — 4 casos — 25%  |
|                | triglicérideos | — 13 casos — 65% |
| Grupo-controlo | lípidos totais | — 6 casos — 30%  |
|                | colesterol     | — 3 casos — 15%  |
|                | triglicérideos | — 4 casos — 25%  |

e) *No lipidograma os desvios da normalidade* (valores aumentados) distribuem-se assim:

|            |                 |                  |
|------------|-----------------|------------------|
| Grupo-gota | quilomicrons    | — 0              |
|            | $\alpha$ - lipo | — 0              |
|            | pre $\beta$     | — 12 casos — 60% |
|            | $\beta$ lipo    | — 3 casos — 15%  |

|                |                 |                 |
|----------------|-----------------|-----------------|
| Grupo-controlo | quilomicrons    | — 0             |
|                | $\alpha$ - lípo | — 0             |
|                | pre $\beta$     | — 2 casos — 10% |
|                | $\beta$ lípo    | — 3 casos — 15% |

f) *Classificando os resultados segundo os grupos de Fredrickson, temos:*

|            |  |                 |
|------------|--|-----------------|
| Grupo-gota | tipo II  | — 4 casos — 20% |
|            | tipo IV  | — 9 casos — 45% |
|            | aumento isolado das pre- $\beta$ lipoproteínas | — 3 casos — 15% |
|            | normais  | — 4 casos — 20% |

|                |                               |                  |
|----------------|-------------------------------|------------------|
| Grupo-controlo | tipo II                       | — 1 caso — 5%    |
|                | tipo III                      | — 1 caso — 5%    |
|                | tipo IV                       | — 2 casos — 10%  |
|                | aumento isolado do colesterol | — 1 caso — 5%    |
|                | normais                       | — 15 casos — 75% |

## DISCUSSÃO

Comparando os dois grupos em estudo constatamos que em relação aos valores médios das diferentes fracções do perfil lipídico não há diferenças significativas em relação aos lípidos totais  $p > 0,05$  e ao colesterol  $p > 0,05$  sendo, contudo, os seus valores médios mais elevados no grupo-gota do que no grupo-controlo.

Pelo contrário, para os triglicérides, a diferença é significativa  $p < 0,01$  a favor do grupo-gota.

Para as diversas fracções da electroforese, a única diferença significativa  $p < 0,01$  surge ao nível das pré- $\beta$  lipoproteínas cujo valor médio é francamente mais elevado no grupo dos doentes gotosos do que no grupo-controlo.

Em relação à classificação das hiperlipidemias (tipos de Fredrickson) verificamos diferença significativa no que concerne ao grupo IV: 45% no grupo-gota e 10% no grupo-controlo.

Os factores responsáveis pela hipertrigliceridemia na gota não são conhecidos. A hiperuricemia como causa primária é contestada pelos autores (13, 18) que não encontram relação entre os níveis séricos do ácido úrico e dos triglicérides, e pelo facto de se não verificar concomitante abaixamento da hipertrigliceridemia aquando das terapêuticas com allopurinol e/ou uricosúricos (24). Há uma correlação significativa entre a



obesidade dos gotosos e os níveis séricos dos triglicérideos (18) — na nossa série dos 9 doentes obeesos, 7 apresentam hipertrigliceridemia — o que sugere poder ser a obesidade um factor contribuinte importante na génese da hipertrigliceridemia. O álcool é uma causa comum de hipertrigliceridemia (8) sendo bem conhecido o facto dos exageros alcoólicos serem frequentes nos gotosos (22). Na nossa série 25% dos doentes tinham hábitos alcoólicos. As dietas ricas em lípidos induzem hiperuricemia pelo efeito retensor das cetonas sobre os uratos ao nível dos tubos renais (30).

A elevação dos níveis séricos dos triglicérideos nos doentes assume particular importância dada a relação estabelecida entre hipertrigliceridemia e doença coronária (9, 16, 26, 31).

O papel dos triglicérideos na patogenia da doença cardíaca isquémica permanece obscuro, podendo explicar a alta incidência destas doenças na gota (25).

Por tudo isto, e para terminar, diremos que a «maquiavélica» dieta hipopurínica clássica, tanto menos valorizável quanto é certo não representarem as purinas exógenas mais do que 1 mg% no «pool» do ácido úrico (exceptuamos os alimentos que em determinados doentes — 25,9 segundo Martins (26) — são electiva e reconhecidamente responsáveis pelo desencadeamento de crises agudas e as situações de hiperuricemias resistentes à terapêutica) deve ser substituída por uma dieta hipocalórica com 20% de glúcidos, hipolipídica, normalizadora de peso e com abstenção total de álcool.

## SUMMARY

Serum uric acid, lipid and lipoprotein levels were determined in 20 patients with primary gout and in 20 control subjects.

A statistically significant increase in uric acid and in lipid was found. In the lipoprotein spectrum a statistically significant increase of the pre  $\beta$  lipoproteins was found in the gouty patients. The findings clearly establish the existence of a disturbance in lipid metabolism in gout.

The importance of the lipid and lipoprotein determinations in cases of primary gout is emphasized.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — Barceló, P. e Sans Sola, L. — Consideraciones estadísticas sobre 252 casos de gota — *Rev. Esp. Reum.* 5:64, 1953.
- 2 — Barlow, A. — Hyperlipidaemia in primary gout — *Metabolism*, 17:289, 1968.
- 3 — Benedek, G. — Correlations of serum uric acid and lipid concentrations in normal gouty and atherosclerotic men — *Ann. Intern. Med.*, 66:851, 1964.
- 4 — Benedek, G. e Sunder, H. — Comparisons of serum lipid and uric acid content in white and Negro Men — *Amer. J. Med. Sci.*, 260:331, 1970.
- 5 — Berkowitz, D. — Blood lipid and uric acid inter-relations — *J. Amer. Med. Ass.*, 190:856, 1964.
- 6 — Bluestone, R.; Lewis, B.; e Mervart, I. — Hyperlipoproteinaemia in gout — *Ann. Rheum. Dis.*, 30:134, 1971.
- 7 — Camus, P. — Goutte, Diabète, Hyperlipemia: un trisyndrome métabolique — *Rev. Rhum.*, 33:10, 1966.

- 8 — Chait, A.; Mancini, M.; February, W. e Lewis, B. — Clinical and metabolic study of alcoholic hyperlipidaemia — *Lancet*, 2:62, 1972.
- 9 — Charlson, A. e Bottiger, E. — Ischaemic heart disease in selection to fasting values of plasma triglycerides and cholesterol — Cit. in *Ann. Rheum. Dis.*, 33:298, 1974.
- 10 — Darlington, L. e Scott, J. — Plasma lipid levels in gout — *Ann. Rheum. Dis.*, 31:487, 1972.
- 11 — Figueirinhas, J. e Queirós M., Viana — Gota urica e hiperuricemia, *Acta Reuma. Port.*, 11(4):65, 1974.
- 12 — Emmerson, T. Knowles, R. — Triglyceride concentrations in primary gout and gout of chronic lead nephropaty — *Metabolism*, 20:721, 1971.
- 13 — Feldman, B. e Wallace, L. — Hipertrigliceridemia in gout — *Circulation*, 29:508, 1964.
- 14 — Fredrickson, S.; Levy, I., e Lees, S. — Fat transport in lipoprotein — An integrated approach to mechanisms and disorders. *New. Eng. J. Med.*, 276:34, 1967.
- 15 — Fyfe, T.; Dunningan, G.; Hamilton, E. e Rae, J. — Seasonal variation in serum lipids and incidence and mortality of ischaemic heart disease — Cit. *Ann. Rheum. Dis.*, 33:298, 1974.
- 16 — Galmiche, P. e Jau, L. — Infarctus et goutte (fréquence relative de leur association) — *Rhumatologie*, XIV (4):155, 1962.
- 17 — Gebbie, T. e Prior, M. — Alcoholic hyperlipaemia — *Med. J. Aust.*, 2:769, 1967.
- 18 — Gibson, T. e Grahame, R. — Gout and hyperlipidaemia — *Ann. Rheum. Dis.*, 33:298, 1974.
- 19 — Gilly, R. — Contribution à l'étude du dys-métabolisme lipidique dans le diagnostic de la goutte — Cit. Roux in *Rev. Rhum.*, 40:92, 1973.
- 20 — Goldstein, A.; Becker, L. e Moore, F. — Serum urate in healthy men — intermittent elevations and seasonal effect — Cit. in *Ann. Rheum. Dis.*, 33:298, 1974.
- 21 — Gouveia, M. M.; Freitas, S. e Vaz, L. — Determinação do ácido urico e lipídios séricos em gotosos — correlações — *Acta Reuma. Port.*, 11(2):59, 1974.
- 22 — Grahame, R. e Scott, T. — Clinical survey of 354 patients with gout — Cit. in *Ann. Rheum. Dis.*, 33:298, 1974.
- 23 — Grimley, J.; Prior, M. — The relation of serum uric acid to body bulk, haemoglobin and alcohol intake in 2 South Pacific Polynesian populations — *Ibid.* 27:319, 1968.
- 24 — Gunther, R.; Herbst, M. e Knapp, E. — Cit. Roux in *Rev. Rhum.*, 40:95, 1973.
- 25 — Hall, P. — Correlations among hyperuricemia, hypercholesterolemia, coronary disease and hypertension — *Arthr. and Rheum.*, 8:846, 1965.
- 26 — Martins, R. — Estudo estatístico de alguns aspectos clínicos num grupo de doentes gotosos — *Acta Reuma. Port.*, 11(2):95, 1974.
- 27 — Queirós, Viana, M. — Alguns critérios de Diagnóstico em Reumatologia — *Jornal do Médico*, n.º 1609:130, 1974.
- 28 — Rondier, J.; Truffert, J.; Le Go, A.; Brouilhet, H.; Saporta, L.; De Gennes, J. e Delbarre, F. — *Rev. Europ. Etud. Clin. Biol.*, 15:959, 1968.
- 29 — Roux, H.; Vovan, L.; Dutertre, P.; Serratrice, G.; e Recordier, A — Apropos des anomalies lipidiques dans la goutte et les hyperuricémies — *Rev. Rhum.*, 40:95, 1973.
- 30 — Scott, T.; Mc Callum, M. e Holloway, P. — Starvation Ketosis and uric acid excretion — *Ann. Reum. Dis.*, 33:298, 1974.
- 31 — Séze, S. e Ryckewaert, A. — La goutte — Ed. *Expansion Scientifique Française*, Paris, 1960.
- 32 — Teixeira, M. — Factos dominantes no quadro clínico da gota. Colectânea de trabalhos médicos de discípulos de Pulido Valente. Lisboa, 1954.
- 33 — Wiedemann, E., Rose, G. e Schwartz, E. — Plasma lipoproteins glucose tolerance and insulin response in primary gout. *Amer. J. Med.*, 53:299, 1972.
- 34 — Wolfson, Q.; Cohn, C.; Levine, R.; Rosenberg, E.; e Hunt, D. — Liver function and serum protein structure in gout. *Ann. Int. Med.*, 30:958, 1949.

analgesia  
em horas

mobilidade  
em dias

tolerância  
durante anos



# NAPROSYN<sup>®</sup>

## anti-reumático não hormonal

Rápida e potente acção analgésica e anti-inflamatória associadas a excepcional tolerância



DUAS ADMINISTRAÇÕES POR DIA:

Uma de manhã, outra à noite  
(comprimidos ou supositórios).

Frascos com 30 comprimidos  
Caixas com 12 supositórios



preparado e distribuído em Portugal por:

Laboratórios Medicamenta s.a.r.l. Lisboa

NAP A-mod 2/74



# perclusone®

## Potente acção Anti-inflamatória

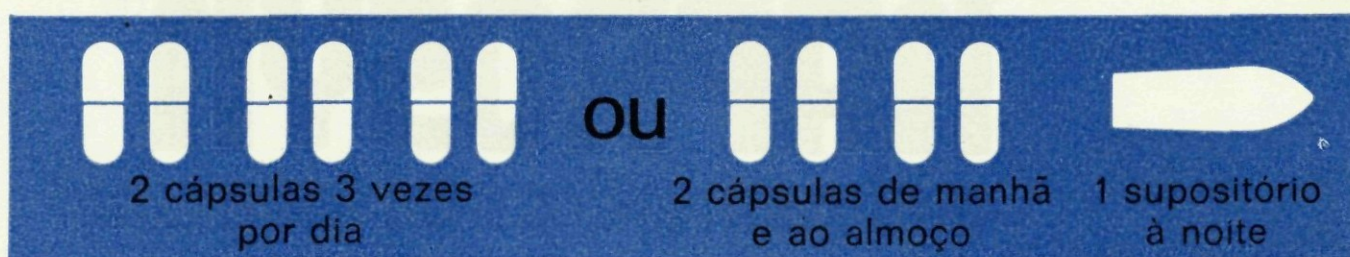
artrites • artroses • gota • lumbago • ciática • tendinite •  
ORL: estados inflamatórios • pós-operatório • extracções dentárias.

## Rápida acção Analgésica

### Tolerância

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

## Tratamento de ataque



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

### Apresentação

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

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

**MEDINFAR**

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

FABRICADO  
EM  
PORTUGAL

## REUMATISMO E TERMALISMO EM PORTUGAL (\*)

João Figueirinhas (\*\*)

**Resumo:** *Apresentam-se neste trabalho os resultados obtidos no recente Inquérito promovido pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia e tecem-se alguns comentários por esses resultados sugeridos.*

*Começando por se lamentar a baixíssima percentagem de respostas obtidas (22,58%), sobretudo por parte das Estâncias Termais consultadas (17,24%), e a insuficiência dos dados fornecidos quer pelo Instituto Português de Reumatologia, quer especialmente pela Secção de Reumatologia do Serviço de Propedêutica Médica da Universidade do Porto, foca-se seguidamente o facto das Termas do Vale dos Cucos serem procuradas quase exclusivamente por doentes com patologia ósteo-articular (99,42%), revelando uma especialização clara. Também as Caldas da Saúde, com 44,65% de doentes reumáticos, devem merecer atenção especial das nossas autoridades de Saúde.*

*Seguidamente, referem-se as entidades nosológicas mais vulgarmente assistidas nas diferentes Estâncias Termais respondentes, embora as comparações sejam muito difíceis de obter em virtude das diversas classificações seguidas.*

*Nomeia-se depois a crenoterápia empregada em diversas Estâncias Balneares.*

*Fazem-se ainda referências a tratamentos mais especializados e às capacidades laboratoriais e outras para o diagnóstico e tratamento das doenças desta Especialidade e até para o da patologia associada.*

*Termina-se propondo algumas medidas de aperfeiçoamento a adoptar nos futuros inquéritos.*

---

(\*) Inquérito levado a efeito durante o ano de 1975.

(\*\*) Secretário-Geral da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Sócio Titular da Sociedade Portuguesa de Hidrologia e Climatologia Médicas.

## INTRODUÇÃO

Aproveitando a primeira tentativa de 1975 (12, 13), resolvemos ampliar consideravelmente o nosso Inquérito anual. Assim, enviamos recentemente um pequeno questionário, preciso e conciso, aos directores clínicos de 29 Estabelecimentos Termais e de dois Serviços Médicos com grandes responsabilidades na assistência aos doentes reumáticos em Portugal.

Afigura-se-nos que a *terapêutica hidrotermal* dos reumatismos compreende um conjunto de técnicas de tratamento que não deve ser desprezado.

Na expressão «*terapêutica hidrotermal*», nós englobamos a *hidroterapia* e a *crenoterapia*. A primeira consideramo-la como a utilização exterior da água como agente terapêutico, empregando as características físicas tais como, por exemplo, a temperatura, a radioactividade, a impulsão, a pressão (hidrocinética), a pressão osmótica, etc.. Entendemos a *crenoterapia* como a utilização terapêutica da água aproveitando as propriedades relacionadas com a sua composição química.

Com indicações bastante precisas e contra-indicações perfeitamente estabelecidas, a *terapêutica hidrotermal* pode ser uma ajuda muito favorável em determinadas situações (20, 30).

Pode dizer-se que todas as situações reumáticas têm indicação para a *terapêutica hidrotermal*. O momento e as técnicas é que podem variar conforme os casos. Assim, ela pode estar indicada nos *reumatismos inflamatórios*, mas sempre fora dos períodos de agudização: nunca nas fases de actividade inflamatória franca. Nestas situações, a *terapêutica hidrotermal* está sobretudo condicionada pelos valores da velocidade de sedimentação que não deve ser superior a 30-40 mm. na primeira hora, pela idade do doente, pelo seu estado geral, pela tolerância ao tratamento, e até pela própria afecção. Nas *colagenoses*, por exemplo, é excepcional a indicação da *terapêutica hidrotermal*, a não ser nalguns casos de esclerodermia sem qualquer compromisso visceral. Nas *artrites infecciosas* a *terapêutica hidrotermal* só terá indicação como adjuvante no tratamento das sequelas, e sempre fora dos períodos de actividade ou agudização. Os *reumatismos não articulares* requerem normas e cuidados especiais conforme os casos. Mas são as *lesões degenerativas* as que mais poderão beneficiar com a *terapêutica hidrotermal*, sobretudo se esta for precoce e intensa. Os benefícios da cura hidropínica nas *artropatias metabólicas*, nomeadamente na gota e na litíase úrica, são bem conhecidos, parecendo que vários factores a podem explicar, desde a acção uricosúrica através de uma acção diurética, até uma possível acção dissolvente e mobilizadora do ácido úrico, sem falar já noutros mecanismos mais complicados como a modificação do terreno, etc. (4, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 30).

Podem empregar-se quase todas as águas desde que utilizemos exclusivamente as propriedades físicas. Para a *crenoterapia* já as águas têm indicações mais precisas. Devemos fazer desde logo uma primeira escolha entre as sedantes e as excitantes. Para o tratamento das afecções reumáticas, as

mais indicadas são as sulfúreas, as cloretadas e as sulfatadas, não falando já nas indicações mais rigorosas das hipossalinas (4, 19,20,24,30).

As águas sedantes e as técnicas mais sedativas utilizam-se sobretudo nos reumatismos inflamatórios, mais precisamente nas poliartrites. A pelvispondilite tolera normalmente técnicas hidrotermais mais intensas, sendo uma das situações para a qual tem indicação frequente a hidrocinesiterápia.

Há ainda quem pense que só a Europa se interessa pelo Termalismo. Puro engano! Se realmente o termalismo está mais desenvolvido na Europa — e em especial na Europa Oriental e na Europa Central — também no continente americano e na Ásia as diversas Estâncias Termais atestam bem o interesse de todo o mundo pela terapêutica hidrológica. Em Dezembro de 1976, por exemplo, realizar-se-á na América do Sul, mais precisamente na República Argentina, o XII Congresso Internacional de Técnica Hidrotermal que terá apoios de várias entidades oficiais e universitárias. Estâncias Termais podemos também encontrá-las na Argentina, no Brasil, no Chile, na Colômbia, na Costa Rica, em Cuba, no Equador, no México, em Porto Rico, no Peru, no Uruguai, na Venezuela. Também na Turquia, no Canadá e nos Estados Unidos diversas Estâncias Termais prestam os seus cuidados aos doentes necessitados (36). O Presidente Roosevelt referia-se com frequência aos benefícios que colhera, na década dos anos 20, do seu longo tratamento em Warm Springs, tendo inclusivamente influenciado a fundação da Georgia Warm Spring Foundation.

Não podemos perder de vista que as curas termais, além da própria acção das águas, compreendem outros factores que não devemos nem podemos desprezar: o factor climático, o factor ambiental, o factor turístico, o factor dietético, o factor psíquico e o factor tratamento adjuvante (diatermia, massagens, mecanoterápia, cinesiterápia, etc.) (10, 17, 18, 28).

O estudo do factor climático é muito importante pois pode ser possível associar à cura termal a climatoterápia. Dentro desta maneira de ver, dois casos particulares nos parecem dignos de referir: a helioterápia e a talassoterápia em que associamos a «influência terapêutica do ar marinho e do banho de mar» (30). Se pretendermos enviar o doente para um clima sedante, certamente fugiremos a indicar-lhe grandes altitudes...

Entendemos mesmo que as Estâncias Termais que se voltarem futuramente para a terapêutica dos reumatismos e das situações ósteo-articulares devem ter todos estes factores em consideração, e de uma forma especial o que diz respeito à recuperação e à reabilitação. Sob este ponto de vista, pensamos que elas devem ter uma secção anexa de recuperação e reabilitação perfeitamente apetrechada.

Como síntese, devemos referir que, na escolha da estância termal a indicar a cada um dos doentes, não podemos abdicar de todos estes aspectos que certamente também inervem na chamada *cura holotermal*.

Devemos acentuar, por outro lado, que a terapêutica hidrotermal, tal como qualquer outra terapêutica anti-reumatismal, não deve ser administrada isoladamente, mas sim associada à terapêutica medicamentosa, de recuperação, ortopédica, etc.. Tal como as outras, ela deve ser considerada como

uma terapêutica adjuvante dentro de um plano terapêutico cuidadosamente estudado.

Perfeitamente consciente da importância que pode revestir para o doente reumático a utilização das técnicas hidrotermais, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia pensou levar a efeito um inquérito junto das nossas Termas mais importantes.

O nosso Inquérito visava avaliar o número aproximado dos doentes reumáticos assistidos nas Estâncias Termas e fazer um levantamento das possibilidades destas no que toca aos recursos laboratoriais e aos tratamentos associados (electroterapia, mecanoterapia, cinesioterapia, massagens, etc.) e ainda das principais carências ou deficiências no que toca às técnicas crenoterápicas.

De início pensámos publicar as respostas recebidas no *Boletim Informativo da Sociedade Portuguesa de Reumatologia* pela ordem que nos fossem enviadas. Embora esta ideia se mantenha, resolvemos posteriormente publicar na *Acta Reumatológica Portuguesa* as conclusões que pudéssemos obter dos dados recolhidos. Parece-nos que a publicação destas conclusões terá bem maior interesse do que a simples reprodução de números em sucessivos *Boletins* e cuja síntese seria bastante difícil de fazer. Por outro lado, a publicação dos resultados do Inquérito na *Acta Reumatológica Portuguesa* dar-lhes-á uma importância científica muito maior e uma mais larga difusão entre os centros reumatológicos e hidrotermais quer em Portugal quer no estrangeiro.

## MATERIAL E MÉTODOS

Era nosso objectivo expôr superiormente as conclusões deste inquérito, acompanhando-as das sugestões que entendêssemos deverem ser sugeridas. A Sociedade Portuguesa de Reumatologia procuraria posteriormente fazer tudo o que estivesse ao seu alcance para que fossem sendo adoptadas de forma progressiva todas as medidas que pudessem levar a uma acentuada melhoria da prestação de serviços médicos.

Com tais objectivos procurámos agrupar um pequeno número de perguntas simples e claras, mas cujas respostas nos permitissem obter os dados inicialmente previstos. Desta forma evitaríamos que os directores clínicos dispendessem muito tempo no preenchimento de boletins numerosos, extensos ou complicados, sujeitos portanto a interpretações diversas, com critérios de registo dos dados não uniformes, que compreensivelmente nos forneceriam dados difíceis de tratar. Por outro lado, as questões foram postas de forma a que todos os directores clínicos pudessem responder qualquer que fosse a dimensão dos respectivos Estabelecimentos Termas, e tivessem estes as suas próprias estatísticas melhor ou pior organizadas.

Na circular que então enviámos, fomos bem claros quando justificávamos o Inquérito da seguinte forma: *No sentido de darmos a máxima expansão a*



Baixa

# LICRAFON

Na vanguarda da terapêutica  
anti-inflamatória

Preparado sob licença de  
Takeda Chemical Industries, Ltd.  
Osaka - Japão

Seber Portuguesa  
Farmacêutica s.a.r.l.  
Av. Frei Miguel Contreiras, 54, 2º  
Lisboa 5

?

# Imuran®

## Artrite Reumatoide

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

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

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

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

\* Marca registada ®

Wellcome

*todos os problemas ligados à Reumatologia e às Especialidades afins, quer no nosso País quer no estrangeiro (...), vimos junto do Colega solicitar-lhe os dados referentes ao ano de 1975. As questões que então púnhamos aos directores clínicos para nos responderem resumiam-se simplesmente a seis pontos:*

- 1.º — *Número total de doentes inscritos;*
- 2.º — *Número de doentes reumáticos inscritos;*
- 3.º — *Número e tipo de tratamentos aplicados;*
- 4.º — *Número de consultas referentes a doentes reumáticos, discriminando as entidades nosológicas;*
- 5.º — *Exames complementares de diagnóstico efectuados nesse serviço ou nessa estância balnear;*
- 6.º — *Outros quaisquer dados de interesse.*

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia, pelo interesse que reconhece na terapêutica termal dos reumatismos, era apenas movida pelo desejo de ver as nossas estâncias poderem explorar a fundo todas as potencialidades, no sentido de se conseguir que os doentes reumáticos tenham acesso a todas as possibilidades terapêuticas que se lhes possam oferecer.

Infelizmente, mostrando um desinteresse quase total, apesar da promoção científica e comercial que, afinal de contas, era oferecida pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia às Estâncias Termas consultadas, e sem qualquer contrapartida, poucas acharam por bem responder! Ficamos até com sérias dúvidas se valeria a pena publicar os resultados e se não estaríamos a perder tempo, apesar do interesse e da importância que o conhecimento dos dados poderia ter não só para o nosso próprio País como para as próprias Estâncias Termas. E não falamos já no interesse deste Inquérito para os próprios doentes que são, afinal de contas, os mais directamente interessados.

Em todo o caso, nós queremos pensar que tudo se deve possivelmente ao pouco hábito que os portugueses têm de responder a inquéritos dos quais só raramente vêm a conhecer as conclusões... Esperamos sinceramente que na nossa futura terceira tentativa possamos obter dados mais concludentes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dois Serviços consultados responderam ao nosso Inquérito. Contudo, o *Sector de Reumatologia* do Serviço de Propedêutica Médica da Universidade do Porto só nos forneceu os «*números médios até 30 de Junho de 1975*», pelo que não os pudemos aproveitar (3). Por outro lado, a resposta

dada pelo *Instituto Português de Reumatologia* peca por não nos ter fornecido a discriminação nosológica das entidades observadas nem a sua frequência (9). Quer dizer, pelo que se refere aos dois Serviços portugueses dedicados à Reumatologia, não pudemos aproveitar as informações facultadas por um e, pelo outro, apenas nos foram fornecidos dados incompletos! É pouco. É mesmo demasiadamente pouco!

Pelo que diz respeito à classificação das águas, e seguindo a classificação portuguesa (5), as Termas consultadas tinham a seguinte distribuição:

| GRUPOS               | Número |
|----------------------|--------|
| Sulfatadas .....     | 2      |
| Cloretadas .....     | 3      |
| Hipossalinas .....   | 3      |
| Bicabornatadas ..... | 7      |
| Sulfúreas .....      | 14     |
| TOTAL .....          | 29     |

Destas 29 Estâncias Termais, entre as quais se contam Alcafache, Banhos de São Paulo, Caldas do Gerês, Caldas da Rainha, Caldas da Saúde, Caldas de Vizela, Caldelas, Chaves, Cucos, Curia, Luso, Monchique, Monfortinho, Pedras Salgadas, Taipas, Termas de Monte Real, Termas de São Pedro do Sul, Unhais da Serra, Vidago, Vimeiro, etc., apenas responderam cinco: Caldas da Saúde, Chaves, Cucos e Luso. Obtivemos ainda uma outra resposta informando-nos não receber doentes reumáticos.

Como se verifica, o panorama é realmente tristíssimo pelo desinteresse quase total que as nossas Estâncias Termais revelam por uma iniciativa que só poderia trazer benefícios a todos.

É evidente que se nos pode objectar termos entrado em contacto com muitos Estabelecimentos Termais cujas águas não possuem características que possam implicar uma indicação precisa para as doenças reumáticas. É na realidade uma objecção importante, mas não tão importante como à primeira vista parece. Assim, em primeiro lugar, nós sabemos perfeitamente que as termas portuguesas só excepcionalmente recusam estes doentes. Acresce que há tratamentos que podem ser feitos com águas de qualquer tipo ou composição, nomeadamente as técnicas que utilizam a acção mecânica da água. Aliás, um dos pontos que pretendíamos esclarecer era saber quais as Estâncias Termais cujas águas, pelo menos teoricamente, teriam poucas indicações para serem empregadas em doentes reumáticos mas que apesar disso, não deixavam de os receber. E, nestas circunstâncias, quais as técnicas empregadas. Interessava-nos ainda saber as que recusavam pura e simplesmente estes doentes.

Infelizmente, parece que os directores clínicos das nossas Termas não conseguiram descobrir os objectivos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia quando planificou e procurou concretizar este Inquérito. A verdade nua e crua é que as cinco respostas obtidas correspondem a 17,24% das Estâncias consultadas!...

|                    | Instituições | Termas  | TOTAIS  |
|--------------------|--------------|---------|---------|
| Consultadas .....  | 2            | 29      | 31      |
| Percentagens ..... | 2            | 5       | 7       |
| Responderam .....  | 100 %        | 17,24 % | 22,58 % |

Das Estâncias Termais consultadas, apenas uma não consta da lista das que são reconhecidas pela Direcção-Geral de Saúde, e igualmente pela Caixa de Previdência e Abono de Família e dos Serviços Médico-Sociais do Distrito de Lisboa (14).

Fazendo a distribuição das Estâncias Termais pelas categorias admitidas, temos o seguinte panorama:

| Categorias              | Numero |
|-------------------------|--------|
| 1.ª Categoria .....     | 11     |
| 2.ª Categoria .....     | 10     |
| 3.ª Categoria .....     | 5      |
| 4.ª Categoria .....     | 2      |
| Não classificadas ..... | 1      |
| TOTAL .....             | 29     |

Como já referimos, o Inquérito era extraordinariamente simples, e em grande parte os dados poderiam ser facilmente retirados de um simples relatório anual. Pois, mesmo assim, dos poucos dados que obtivemos, poucas conclusões podemos tirar!

Por outro lado, em vez dos dados precisos e muito concretos que pedíamos, algumas estâncias (Cucos e Curia) enviaram-nos fotocópias dos seus relatórios anuais. Embora estes relatórios, muito compreensivelmente, contivessem mais dados do que aqueles que eram solicitados, por vezes não continham os que desejávamos obter, ou então viamo-nos obrigados a extraí-los com sérias dúvidas.

Quanto às primeiras questões, podemos dar o seguinte quadro que é bem sugestivo da insuficiência de informação obtida:

| LOCAL                        | Total de inscrições | Inscrições em 1975 | Doentes reumáticos inscritos em 1975 | Percentagens |
|------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------|
| I.P.R. ....                  | 40.291              | 3.159              | 3.159                                | 100 %        |
| Sector de Reumatologia ..... | —                   | —                  | —                                    | —            |
| Caldas da Saúde .....        |                     | 318                | 142                                  | 44,65 %      |
| Chaves .....                 |                     |                    | 1.797                                |              |
| Cucos .....                  |                     | 700                | 696                                  | 99,42 %      |
|                              |                     | H — 401            | H — 399                              |              |
|                              |                     | M — 399            | M — 297                              |              |
| Curia .....                  |                     | 4.977              |                                      |              |

Como sabemos, o Instituto Português de Reumatologia dedica-se exclusivamente à assistência dos doentes reumáticos (100%), tal como o Sector de Reumatologia do Serviço de Propedêutica Médica da Faculdade de Medicina do Porto. No que toca às Termas, quase podemos tirar a mesma conclusão em relação aos Cucos onde a afluência dos doentes com patologia ósteo-articular atingiu os 99,42%. Isto mesmo se reconhece no próprio «Relatório Clínico»: «Nos Cucos trata-se praticamente só doentes do aparelho locomotor» (27).

Ainda segundo os dados obtidos, devemos acentuar que os doentes reumáticos ocorrem em grande percentagem à Curia, embora neste caso haja uma certa especialização termal, observando-se uma grande afluência de gotosos e litíasicos renais (463 casos com associação), sendo a restante patologia reumática bastante mais reduzida. Por exemplo, nos casos em que se observava uma só afecção verificavam-se os dados seguintes:

| CURIA                       |        |              |
|-----------------------------|--------|--------------|
| Doença                      | Número | Percentagens |
| Litíase renal .....         | 1.150  | 41,56 %      |
| Gota .....                  | 931    | 33,65 %      |
| Reumatismo não gotoso ..... | 324    | 11,71 %      |

É muito difícil procurar percentagens porque muitos casos de litíase renal devem ser verdadeiros casos de gota que, em vez de escolherem um ataque agudo de artrite, preferiram mostrar-se sob a forma de litíase

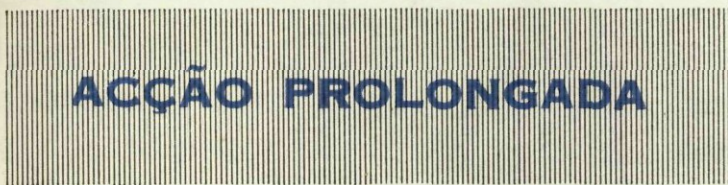
# Celesdepot®

(fosfato dissódico de betametasona + acetato de betametasona)

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

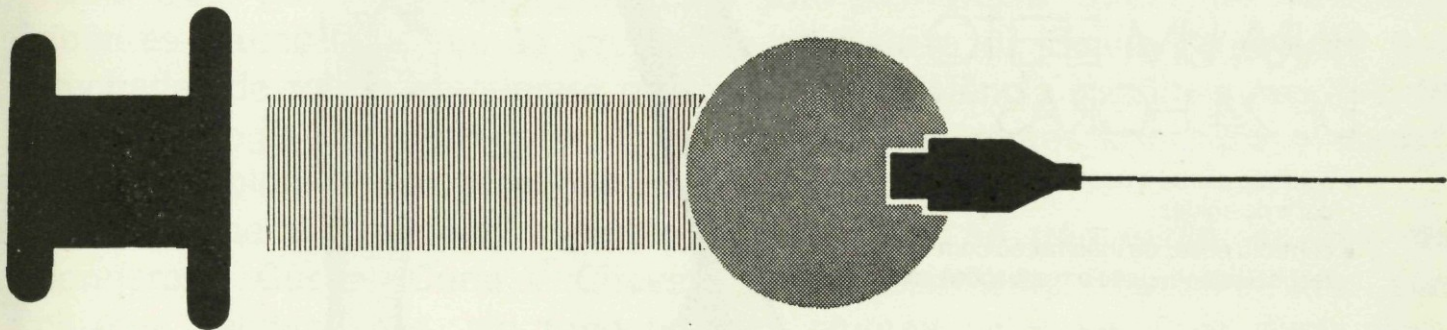


fosfato dissódico de betametasona (3 mg/ml)



acetato de betametasona (3 mg/ml)

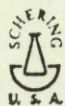
agora numa só



FRASCOS DOSE MÚTIPLA DE 2 ml

® Marca registada

SCHERING CORPORATION USA



ESSEX

XIII

NOVO

agente anti-reumático da  
MERCK SHARP & DOHME



**Artribid**

(sulfadiazol, MSD)

desde o início

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

## TRATAMENTO SIMPLES E ALTAMENTE EFICAZ

- alivia a dor
- controla permanentemente a inflamação

## BEM TOLERADO

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

## POSOLOGIA CÓMODA DUAS TOMAS DIÁRIAS PARA UM EFEITO DE 24 HORAS

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

**MSD**  
MERCK  
SHARP &  
DOHME  
LIMITADA

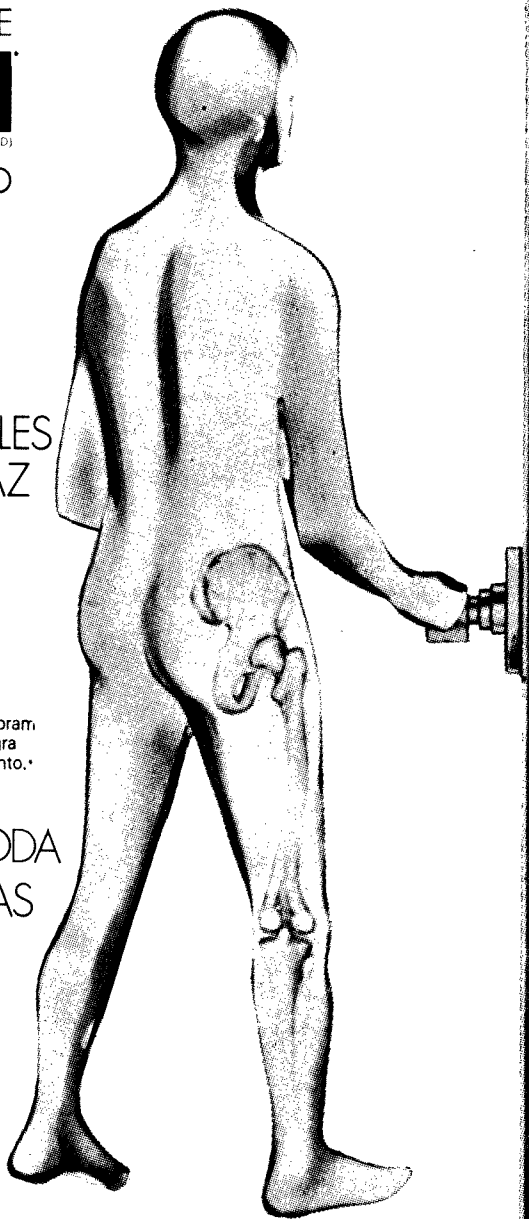
A pedido fornecemos informações detalhadas sobre o produto.

\* dados de estudos multiclinicos ainda não publicados



\* Marca Registrada

3-77 ATB 75-RA-204-J (P)





renal. Só com o estudo sistemático da composição química dos cálculos nós poderíamos ir um pouco mais longe. Segundo os dados que nos foram fornecidos pela Direcção Clínica da Sociedade das Águas da Curia, é interessante acentuar a frequência das seguintes associações (29):

| CURIA                      |        |              |
|----------------------------|--------|--------------|
| Associações                | Número | Percentagens |
| Gota + Litíase renal ..... | 463    | 50,33 %      |
| Gota + Hipertensão .....   | 126    | 13,70 %      |
| Gota + Obesidade .....     | 33     | 3,59 %       |
| Gota + Diabetes .....      | 31     | 3,37 %       |

Dos 307 casos em que se verificou uma associação de três afecções, encontraram-se 49 (15,96%) doentes com uma associação de gota, Litíase renal e hipertensão.

Dados bastante curiosos mas não surpreendentes são os que nos foram fornecidos pela Empresa das Caldas da Saúde. Aliás, queremos acentuar a prontidão com que nos foram fornecidos os dados pela Empresa concessionária. Não sendo, quer pela frequência, quer pelas condições hoteleiras, quer até pelo apetrechamento técnico uma estância de importância dentro do Termalismo Português, isso não inibiu a empresa de nos fornecer os dados pedidos. Aqui está quem teve a noção da importância do nosso Inquérito. Pelos números que nos foram fornecidos, o contingente de doentes reumáticos representou 44,65% de todos os doentes inscritos, o que nos parece de acentuar. Embora pareça estarem mais voltadas para a patologia respiratória, as Caldas da Saúde têm igualmente que ser amparadas no aspecto da assistência aos doentes reumáticos. Quer pelo tipo das águas, quer pela localização, quer pelo número de doentes reumáticos que as procuram, as Caldas da Saúde devem ser apetrechadas de forma a poderem prestar uma assistência condigna aos doentes com patologia ósteo-articular. Foi pena não nos terem fornecido a classificação nosológica das afecções tratadas.

No que diz respeito à patologia reumática, só três estâncias nos responderam: Cucos, Curia e Chaves. É-nos totalmente impossível tirar conclusões válidas, mas, em todo o caso, alguma coisa se pode dizer, ainda que com reservas. Já vimos que a principal causa da dificuldade reside no facto de não ser seguida a mesma classificação das doenças reumáticas nos diversos locais de assistência. Neste aspecto, os dados mais completos foram-nos fornecidos pelo Director-Clinico das Termas do Vale dos Cucos. E, neste nosso pequeno relatório, serão essas informações que nos irão

servir de base. Assim, nos Cucos foram assistidas as seguintes entidades nosológicas:

| CUCOS  |            |            |            |                 |
|--|------------|------------|------------|-----------------|
| Entidades nosológicas  | ♂          | ♀          | Total      | Percentagens    |
| <i>Reumatismo vertebral degenerativo</i> (Espondilose, discartrose e artrose interapofisária que se manifestam por síndromas como ciática, nevralgia cérvico-braquial, etc.) | 79         | 158        | 237        | 34,05 %         |
| <i>Artrose dos joelhos</i>   | 31         | 81         | 112        | 16,09 %         |
| <i>Gota</i>  | 91         | 7          | 98         | 14,08 %         |
| <i>Artrite Reumatóide</i>  | 28         | 66         | 94         | 13,51 %         |
| <i>Coxartrose</i>  | 27         | 18         | 45         | 6,47 %          |
| <i>Poliartrose</i>   | 10         | 33         | 43         | 6,18 %          |
| <i>Fibrosite</i>   | 8          | 21         | 29         | 4,17 %          |
| <i>Espondilite Reumatóide</i>  | 14         | 1          | 15         | 2,16 %          |
| <i>Artroses isoladas das mãos</i>  | 0          | 4          | 4          | 0,57 %          |
| <i>Pés dolorosos</i> (alterações mecânicas)  | 3          |            | 3          | 0,43 %          |
| <i>Outras doenças do aparelho locomotor</i>  | 6          | 10         | 16         | 2,30 %          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>297</b> | <b>399</b> | <b>696</b> | <b>100,00 %</b> |

Quanto às Caldas de Chaves, podemos agrupar os dados recebidos da seguinte forma (11):

| CHAVES                     |              |              |
|----------------------------|--------------|--------------|
| Entidades nosológicas      | Número       | Percentagens |
| Reumatismo crónico         | 1.088        | 60,41 %      |
| Espondilartrose            | 479          | 26,60 %      |
| Artroses não especificadas | 52           | 2,89 %       |
| Reumatismo gotoso          | 51           | 2,83 %       |
| Artrose dos joelhos        | 50           | 2,78 %       |
| Coxartrose                 | 22           | 1,22 %       |
| Reumatismo muscular        | 17           | 0,94 %       |
| Artrose escápulo-humeral   | 11           | 0,61 %       |
| Reumatismo sub-agudo       | 8            | 0,50 %       |
| Artrite reumatóide         | 8            | 0,44 %       |
| Artrose sacro-ílica        | 5            | 0,28 %       |
| Reumatismo deformante      | 4            | 0,22 %       |
| Lumbago                    | 4            | 0,22 %       |
| Artrose tibio-társica      | 1            | 0,06 %       |
| <b>TOTAL</b>               | <b>1.801</b> | <b>100 %</b> |

No que diz respeito à Curia, os dados nosológicos são muito restritos (29):

| CURIA                       |        |              |
|-----------------------------|--------|--------------|
| Entidades nosológicas       | Número | Percentagens |
| Gota .....                  | 2.201  | 71,46 %      |
| Reumatismo não gotoso ..... | 879    | 28,54 %      |
| TOTAL .....                 | 3.080  | 100,00 %     |

De todos estes números apenas podemos tirar algumas conclusões. Assim, vemos que a frequência da Espondilartrose deve ser mais ou menos sobreponível em Chaves e nos Cucos, já que, aos 479 casos referidos na resposta dada por aquelas Caldas se poderão possivelmente juntar mais alguns dos que se encontram incluídos na rubrica «reumatismo crónico». Números e percentagens distorcidas encontramos-as sobretudo no que toca à gonartrose e à artrite reumatóide e mesmo à coxartrose. Estas conclusões, contudo, não podem ser consideradas sem reservas. Os gotosos, sobretudo os litiásicos, preferem logicamente a Curia, o que se compreende perfeitamente quer pelas características da água quer pela especialização que se verifica nesta Estância Termal. As artroses periféricas fornecem um grande contingente aos Cucos, e os reumatismos degenerativos da coluna procuram, em grande frequência, as Caldas de Chaves.

No que diz respeito aos tratamentos aplicados aos doentes reumáticos apenas podemos utilizar os dados fornecidos pelo Instituto Português de Reumatologia (9) e pelas Termas do Vale dos Cucos (27). No que toca aos outros respondentes, nem sequer podemos utilizar os números de que dispomos já que eles se referem ao número total dos doentes inscritos os quais, obviamente, sofriam da mais variada patologia não ósteo-articular. Podemos, quando muito, referir as técnicas empregadas. Assim, na Curia fazem-se aplicações de banhos de imersão, pélvicos, duches escocês e sub-aquático. Nas Caldas da Saúde empregam-se os banhos de imersão, o duche escocês, o duche de agulheta, o duche sub-aquático. Nos Cucos também se faz a aplicação da água sob a forma de duches, embora não venham discriminados, e não pareça ser uma aplicação de rotina.

Na Curia fazem-se aplicações de banhos de imersão, pélvicos, duches escocês e sub-aquático. Nas Caldas da Saúde empregam-se os banhos de imersão, o duche escocês, o duche de agulheta, o duche sub-aquático.

| Hidroterapia                   | Curia | Caldas da Saúde | Cucos |
|--------------------------------|-------|-----------------|-------|
| Banhos de imersão .....        | +     | +               |       |
| Duche de agulheta .....        |       | +               |       |
| Duche escocês .....            | +     | +               |       |
| Duche sub-aquático .....       | +     | +               |       |
| Banhos pélvicos .....          | +     |                 |       |
| Duches não especificados ..... |       |                 | +     |

Pelas respostas obtidas se verifica que os Cucos constituem o único local em que se fazem aplicações de lamas com grande frequência:

| CUCOS  |               |
|--|---------------|
| Tratamentos efectuados                       | Número        |
| Cataplasma de lama em cama .....             | 7.527         |
| Banhos gerais de lama e sudação em cama ...  | 881           |
| Cataplasma de lama sem cama (mãos e pés) ... | 249           |
| Banhos de imersão em água medicinal .....    | 7.129         |
| Duches .....                                 | 18            |
| <b>TOTAL</b> .....                           | <b>15.786</b> |

No que toca a Agentes Físicos só temos indicação de se utilizarem no Instituto Português de Reumatologia (9) e na Curia (29). As massagens, gerais ou parciais, são frequentemente utilizadas apenas na Curia (2.698). A Cinesiterapia é utilizada com bastante frequência no I.P.R. como se pode ver pelos números seguintes (9):

| I. P. R.                    |                 |               |              |
|-----------------------------|-----------------|---------------|--------------|
| Número de doentes inscritos | Agentes Físicos | Cinesiterapia | Infiltrações |
| 3.159                       | 3.682           | 1.091         | 3.134        |

Quanto às infiltrações intra ou periarticulares apenas temos indicação de ser um tratamento de rotina no Instituto Português de Reumatologia. Durante o ano de 1975 praticaram-se 3.134 infiltrações em diversas articulações (9).

NOVO para

ARTRITES

OSTEOARTROSES

# KETOFENE

(KETOPROFENE)

#### EFICAZ

- alívio rápido da dor
- reduz a inflamação
- restabelece a mobilidade
- o mais rápido dos anti-inflamatórios

#### SEGURO

- baixa incidência de efeitos secundários
- mínimo desconforto para o doente
- maiores benefícios com menores riscos

#### ÓBVIO

elimina a dificuldade de escolha entre medicamentos de:

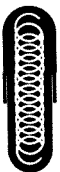
«ALTA ACTIVIDADE COM  
FRACA TOLERANCIA»

OU

«BAIXA ACTIVIDADE COM  
BOA TOLERANCIA»

POSOLOGIA — 1 ou 2 cápsulas 3 vezes por dia

APRESENTAÇÃO — embalagem de 48 cápsulas a 50 mg.



## KETOFENE

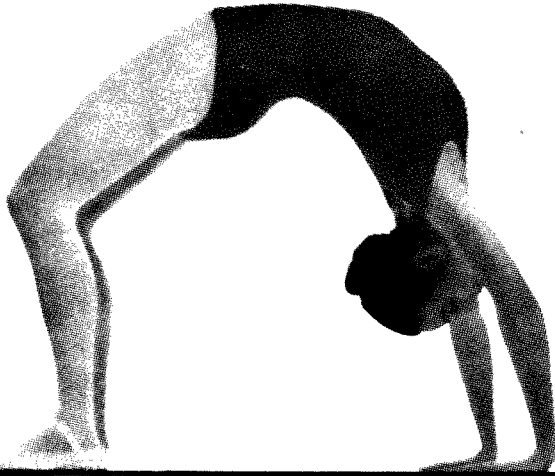
(KETOPROFENE)

ALTA ACTIVIDADE COM BOA TOLERANCIA

ALTER, S. A. R. L. — Av. Cons. Fernando de Sousa, 19-12.º — LISBOA 1

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

A ponte está lançada graças a



---

**VOLTAREN**

---

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

Pelo que diz respeito aos meios auxiliares de diagnóstico só recebemos dados do Instituto Português de Reumatologia (9) e da Curia (29) mas só as do Instituto Português de Reumatologia se referem aos exames efectuados em doentes reumáticos:

| I. P. R. |          |              |
|----------|----------|--------------|
| E.C.G.   | Análises | Radiografias |
| 82       | 7.636    | 3.087        |

De todas as respostas obtidas, e em relação à patologia ósteo-articular, devemos mencionar o relatório das *Termas do Vale dos Cucos* (27) que, quanto a nós, constitui o mais completo registo de dados, quer no que respeita à sua apresentação, quer no diz respeito à classificação das doenças reumáticas, quer no que respeita às conclusões tiradas.

## DISCUSSÃO

Para nós, esta experiência, com todas as deficiências e limitações que tivemos ocasião de referir, revestiu-se indiscutivelmente de um interesse extraordinário. Assim, ficamos a ter uma ideia geral acerca da disponibilidade das nossas Estâncias Termais fornecerem à Sociedade Portuguesa de Reumatologia alguns dados que se reputam de indesmentível interesse.

Por intermédio dos dados obtidos através do nosso Inquérito, ficamos a conhecer melhor algumas Estâncias Termais com grandes responsabilidades no tratamento dos doentes reumáticos, responsabilidades estas agora acrescidas com a divulgação mundial, e a nível científico, das que mais se interessam pelo tratamento dos doentes do âmbito de uma especialidade que em Portugal... ainda o não é!

Aliás, nós defendemos o ponto de vista das nossas termas terem, mais cedo ou mais tarde, de enveredar pelo caminho da especialização. Só assim podemos ter a esperança de virmos a possuir Estâncias apetrechadas com aquele mínimo de capacidade técnica exigível para poderem atender em condições, pelo menos aceitáveis, os doentes reumáticos verdadeiramente necessitados. Só quando enveredarmos por este caminho, após um rigoroso levantamento das necessidades do nosso país neste campo, poderemos fazer um estudo aprofundado dos requisitos técnicos que se deverão exigir em cada caso. Nesta ocasião poderemos então hierarquizar os nossos Estabelecimentos Termais segundo o grau de diferenciação, segundo o nível de especialização e segundo o grau de apetrechamento técnico. Podemos então pensar em Estâncias Termais orientadas fundamentalmente para a recuperação e tratamento das situações ósteo-articulares nas quais a

reabilitação possa ocupar o lugar devido. Parece-se ser, sob este ponto de vista, a grande ambição das Termas de S. Pedro do Sul.

Em resumo, só assim poderemos ter um Termalismo com prestígio, e do qual possamos tirar o rendimento que necessariamente temos obrigação de lhe exigir.

Quanto à Sociedade Portuguesa de Reumatologia, uma grande responsabilidade lhe cabe neste campo da Medicina Portuguesa, procurando colocar um pouco de ordem no que se nos apresenta extraordinariamente confuso. Vejamos, sob este ângulo, o que diz respeito às classificações das doenças e síndromas reumáticos seguidas nas diferentes Estâncias Termais. A variedade é tão grande que não podemos relacionar os dados obtidos através do nosso Inquérito. É esta, aliás, uma das mais importantes conclusões que inevitavelmente obrigará a Sociedade Portuguesa de Reumatologia a desenvolver intensa actividade de forma a que, dentro em pouco, todos nós nos possamos entender. A classificação adoptada nalguns casos tornava-se totalmente imperceptível. Assim, numa das respostas obtidas, ao lado da rubrica «Reumatismo Crónico», apareciam outras com as seguintes designações: «Artrite Reumatóide», «Reumatismo deformante», «Espondilose», «Espondilartrose», etc., que são igualmente reumatismos crónicos. Aqui está, pois, um aspecto extraordinariamente importante para o esclarecimento do qual a Sociedade Portuguesa de Reumatologia pode e deve contribuir poderosamente. Parece, pois, dever-lhe competir a divulgação de uma classificação, o mais fácil possível, dos síndromas reumáticos e das doenças reumáticas, esforçando-se para que ela seja adoptada, procurando posterior e gradualmente desenvolvê-la e completá-la.

Através da divulgação de uma classificação aceitável, e da possível proposta ou propostas para que outras medidas possam vir a ser aceitáveis, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia deverá ainda procurar interessar as direcções clínicas dos nossos estabelecimentos termais a standardizarem o registo dos dados referentes às situações reumatológicas mais comuns. Só assim, procurando todos nós melhorar o que estiver ao nosso alcance, poderemos contribuir para um melhor esclarecimento de todos, para uma verdadeira valorização do nosso Termalismo, para o aumento do seu prestígio junto dos clínicos gerais e, finalmente, para uma melhor assistência ao doente reumático.

Em todo o caso, daqui alvitramos que as nossas estâncias termais que mais se dedicam ao tratamento e recuperação do doente ósteo-articular, quando do envio dos seus relatórios anuais às nossas Autoridades, se lembrem igualmente que existe a Sociedade Portuguesa de Reumatologia que apenas procura o aperfeiçoamento e o prestígio de tudo o que estiver ligado à Reumatologia.

Nós esperamos que este nosso trabalho possa trazer alguns benefícios, até porque está nos nossos propósitos fazer a sua divulgação pelos estabelecimentos termais e enviá-lo às autoridades sanitárias deste país para que seja tomado na devida consideração, para que se comece a olhar



o nosso Termalismo como ele na realidade deve ser olhado, fundamentalmente do lado científico.

Das estâncias Termais consultados devemos especialmente estranhar o silêncio das Caldas da Rainha, de S. Pedro do Sul, de Monchique, de Alcafache, de Vizela e do Vimeiro, já que S. Paulo parece ter sido enterado!

Não sabemos se algumas das Estâncias Termais consultadas, e que não viram qualquer interesse em nos responderem, serão daquelas que costumam falar em «crise» do Termalismo em Portugal. Supomos, contudo, que tal não deve acontecer, pelo que entendemos deverem ser ajudadas fundamentalmente aquelas que mais parece lutarem verdadeiramente por uma assistência séria. Quanto aos outros interesses, as autoridades responsáveis pelo Turismo que actuem como entenderem... e se entenderem.

E vamos iniciar o Inquérito referente a 1976!...

## RÉSUMÉ

Dans ce travail sont présentés les résultats obtenus dans une récente enquête organisée par la Société Portugaise de Rhumatologie et on fait quelques commentaires provoqués par ces résultats.

L'Auteur commence par regretter le très faible pourcentage des réponses reçues l'insuffisance des données fournies par l'Institut Portugais de Rhumatologie et en spécial (22.58%) surtout de la part des Etablissements Thermaux consultés (17.24%), ainsi que par la Section de Rhumatologie du Service de Propédéutique Médicale de l'Université de Porto.

Il insiste ensuite sur le fait que l'Etablissement Thermale du «Vale dos Cucos» est fréquenté presque exclusivement par des malades à pathologie ostéo-articulaire (99.42%), révélant ainsi une spécialisation très nette. Les «Caldas da Saúde» avec un pourcentage de 44.65% de malades rhumatisants devraient également être l'objet d'une attention particulière de la part de nos autorités sanitaires.

L'Auteur cite également les cas nosologiques qui son les plus fréquemment traités Etablissements Thermaux bien que les comparaisons soient difficiles à établir étant donnée la variabilité des classifications utilisées.

On parle aussi de la crénothérapie employée dans les différents Etablissements Balnéaires.

L'Auteur fait aussi référence aux thérapeutiques plus spécialisées et aux capacités laboratoriales et autres pour l'établissement d'un diagnostic et du traitement des maladies de la spécialité ainsi que de la pathologie associée.

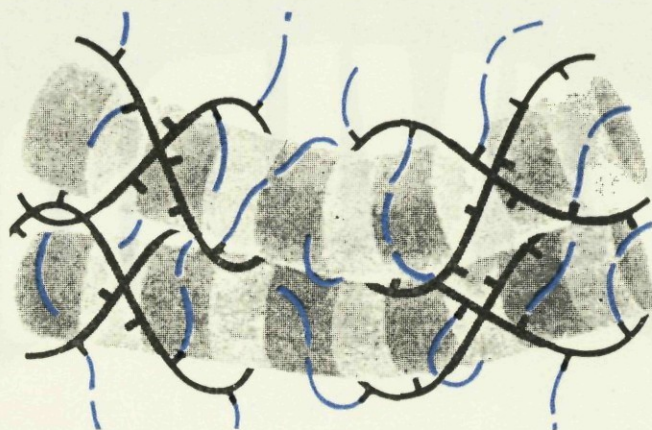
Il termine proposant certaines mesures destinées à perfectionner les enquêtes futures.

## BIBLIOGRAFIA

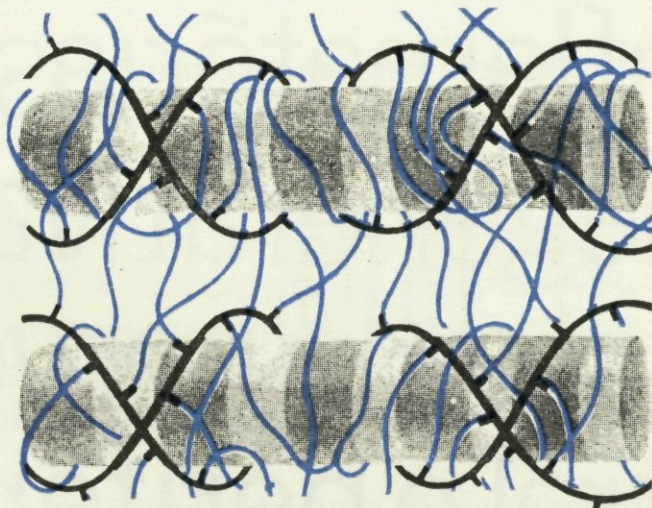
1. ACCIAIOLI, L. — «Águas de Portugal. Minerais e de Mesa». *Ministério da Economia. Direcção Geral de Minas e Serviços Geológicos*. Lisboa, 1944.
2. ACCIAIOLI, L. de M. C. — «Le Portugal Hydromineral». *Direction Générale des Mines et Services Géologiques*, Lisboa, 1952.
3. «Actividades do Serviço de Proedéutica Médica no Sector de Reumatologia», *Porto* (não publicado).
4. ALMEIDA, A. d' — «Tratamento hidromineral da gota úrica», *Clin. Hig. Hidrol.*, 14(6), 1944.
5. ALMEIDA, A. d' — «Classificações químicas e métodos gráficos», *Clin Hig. Hidrol.*, 22(7): 191, 1956. *Instituto de Hidrologia de Lisboa, Laboratório de Química Hidrológica*, Lisboa, 1966.

6. ALMEIDA, A. d'; ALMEIDA, J. D. — «Inventário Hidrológico de Portugal, vol. I, «Algarve».
7. ALMEIDA, A. d'; ALMEIDA, J. D. — «Inventário Hidrológico de Portugal», vol. II, «Trás-os-Montes e Alto Douro». *Instituto de Hidrologia de Lisboa, Laboratório de Química e Hidrologia*, Lisboa, 1970.
8. ALMEIDA, A. d' — «Águas do Cota-Cota». *Lisboa*, 1971.
9. AZINHAIS, O. — «Informações», *Lisboa*, 1976 (Não publicado).
10. BRANDÃO, G. S. — «A Fisioterapia nas Estâncias Termais». *Clin. Hig. Hidrol.*, 21:101, 1955.
11. CARNEIRO, M. G. C. — «Cópia das afecções apresentadas pelos doentes observados na época termal de 1975 nas Caldas de Chaves», *Chaves* (não publicado).
12. «Centros Nacionais de Reumatologia», *Bol. Inf. S.P.R.*, 2(10): 22, 1974.
13. «Centros Nacionais de Reumatologia», *Bol. Inf. S.P.R.*, 2(11): 25, 1975.
14. C.P.A.F.D.L. — Acção Médico-Social, Comunicação de Serviço N.º 26/76, «Normas Regulamentares da Integração do Termalismo no Esquema de prestações da Acção Médico-Social», *Lisboa*, 1976.
15. DINIZ DA GAMA, E. A. — «Alterações da uricemia condicionadas pelo uso das águas de Pedras Salgadas», in *Trabalhos de Investigação, Clínicos e Terapêuticos feitos nas Estâncias de Vidago, Melgaço e Pedras Salgadas*, pg. 73, *Porto*, 1972.
16. FIGUEIRINHAS, J.; QUEIRÓS, M. V. — «Gota úrica e Hiperuricemia primitiva», *Acta Reuma. Port.*, 2(2): 65, 1974.
17. GUIMARÃES, J. L. — «O factor climático em crenoterapia», *Clin. Hig. Hidrol.*, 20: 158, 1954.
18. GUIMARÃES, J. L. — «Mecanismo de acção das curas termais», *Coimbra*, 1956.
19. GUIMARÃES, J. L. — «Terapêutica Termal da Gota», *Acta Reuma. Port.*, 2(2): 207, 1974.
20. GUIMARÃES, F.; GUIMARÃES, J. L. — *Hidrologia Médica*, *Coimbra*, 1954.
21. LUZES, O.; LEPIERRE, C.; NARCISO, A.; ARROCHELLA, Conde d'; PIO LEITE, A. — «Le Portugal Hydrologique et Climatique». *Édition de la Direction Générale des Mines et Services Géologiques et de l'Institut d'Hydrologie et de Climatologie de Lisbonne*, *Lisbonne*, 1934-1935.
22. NEIVA VIEIRA, J. A. — «Posição do Reumatólogo perante a terapêutica hidrológica», *Clin. Hig. Hidrol.*, 17(3), 1951.
23. NEIVA VIEIRA, J. A. — «Crenoterapia das artroses», *Clin. Hig. Hidrol.*, 22(7): 207, 1956.
24. NEIVA VIEIRA, J. A. — «Terapêutica Termal da Gota», *O Médico*, n.º 725, 1965.
25. NEIVA VIEIRA, J. A. — «Tratamento das doenças reumáticas com as lamas argilo-calcáreas, cloretadas, radioactivas dos Cucos», *Acta Reuma. Port.*, 2:35, 1974.
26. NEIVA VIEIRA, J. A. — «Formação das Lamas Medicinaiis Portuguesas», *Acta Reuma. Port.*, III: 23, 1975.
27. NEIVA VIEIRA, J. A. — «Relatório Clínico. Termas do Vale dos Cucos. Estação Termal de 1975», *Lisboa*, 1975 (não publicado).
28. ROSA, M. — «Meteoropatologia». *Clin. Hig. Hidrol.*, 18:100, 1952.
29. TOSCANO DE MELO, J. M. — «Estância Termal da Curia. Relatório Clínico da época termal de 1975», *Curia*, 1976 (não publicado).
30. VALENZUELA, M. A. — «Compêndio de Hidrologia Médica», *Barcelona*, 1968.

# O PROCESSO ARTRÓSICO



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



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

# RUMALON®

Terapêutica de fundo da artrose

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

Apresentação: Caixas com 5 e 25 ampolas de 1 ml

Robapharm

PHARM  
ROBAPHARM

VITAMINOTERAPIA INTENSIVA POR VIA ORAL E PARENTÉRICA

**TRIVIDOR**

nas afecções  
inflamatórias

**B<sub>1</sub>**

e degenerativas  
do sistema nervoso  
central e periférico

**B<sub>6</sub>**

**B<sub>12</sub>**

**TRIVIDOR**

FRASCO DE 50 COMPRIMIDOS • CAIXA DE 6 AMPOLAS



LUSOFÁRMACO • LISBOA

## ERROS COMUNS EM REUMATOLOGIA (\*)

J. MENDONÇA DA CRUZ

Ao tomar a palavra na primeira sessão científica deste ano académico que agora se inicia, desejo expressar os mais ardentes votos para uma activa colaboração de todos os que — de qualquer forma — se encontram ligados à Reumatologia. Só à custa do esforço e da devoção daqueles que trabalham nesta especialidade da medicina, será possível conduzi-la ao alto nível que já alcançou noutros países, demonstrando — aos que ainda possam duvidar que na Reumatologia se encontram as doenças de maior importância social que afligem a Humanidade — que estamos animados do desejo de a ver progredir a passos mais acelerados que aqueles que hoje nos são possíveis.

Aproveito ainda a oportunidade para fazer uma distinção muito especial ao brilhante Secretário-Geral da nossa jovem Sociedade, Dr. Robert Martins, a cujos excepcionais dotes de inteligência e de trabalho sobretudo se deve o presente lançamento da Reumatologia em Portugal; que o seu exemplo seja um estímulo para a colaboração a que todos se deveriam sentir obrigados, numa congregação de esforços — que nem sempre se tem encorajado — em prol desta especialidade.

Como Presidente da nossa Sociedade cabe-me a missão de proferir as palavras inaugurais desta sessão; em vez de uma clássica oração de sapiência, para que me faltam méritos, escolhi para tema bem mais humilde a descrição singela de alguns desacertos comuns em Reumatologia; isto é, vou falar-vos seguidamente sobre *o que se não deve fazer em Reumatologia*.

Geralmente as comunicações feitas a Sociedades Médicas referem-se a novas descobertas, à divulgação de conceitos ou a trabalhos de investigação científica; só muito raramente tem o sentido que reservamos para a nossa — vamos falar-vos resumidamente sobre *o que se não deve fazer em Reumatologia*.

---

(\*) Alocução presidencial proferida na Sessão Solene da Abertura do Ano Académico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, realizada em 24 de Outubro de 1976.

Para nós aqui presentes, quase todos pioneiros da Reumatologia, será de árida banalidade recordar estes erros; contudo, porque eles ainda se vão praticando, evidencia-se o atraso da Reumatologia entre nós e daqui uma razoável justificação para a escolha do assunto. Com efeito, se na quase totalidade dos Países se individualizou há muito a Reumatologia — pelos peculiares aspectos que tem de encarar e em que se incluem os problemas mais finos e complexos da Medicina, como sejam, por exemplo, os imunológicos, da patologia celular, da fisiopatologia da inflamação, da endocrinologia, da toxicologia, etc. — as nossas considerações mais não são que uma achega para melhor compreensão dos fundamentos desta especialização.

A forma de colher elementos sobre determinado reumatismo, de modo a atingir um diagnóstico perfeito e — a partir deste — o mais conveniente tratamento, é uma tarefa especializada em que os erros são frequentes.

A Reumatologia engloba um vastíssimo grupo de doenças que, até há pouco, eram mal identificadas e pior conhecidas, para as quais uma terapêutica baseada em conceitos etiopatogénicos obscuros — era por via de regra empírica e, por isso mesmo, geralmente ineficaz.

Embora nos estejamos distanciando vertiginosamente desta carência de conhecimentos, num ritmo que talvez se não verifique em qualquer outra especialidade médica, uma série de ideias confusas ainda hoje acompanha a clínica dos reumatismos e o seu tratamento.

Com frequência se esquece que o reumatismo não é uma doença, mas um conjunto de síndromes, de destrinça por vezes muito árdua, pois a articulação manifesta a sua patologia através de uma linguagem pobre e monótona — a única que lhe é possível — que consiste sobretudo em dor e impotência funcional.

Apesar das dificuldades que apresente uma classificação completa de todas as enfermidades compreendidas no vasto campo da Reumatologia, é um erro esquecer-se a imperiosa necessidade de individualizar a doença em estudo dentro da sistematização em que se arrumam as diversas entidades reumatológicas, mesmo que esta sistematização seja artificial e sujeita a críticas. Exemplificando sucintamente este artificialismo e estas críticas, no grupo das colagenoses bem compreendemos que a sua fragmentação nas diversas entidades lupus erimatoso disseminado, periarterite nodosa, artrite reumatóide, febre reumática, dermatomiosite, esclerodermia, etc., é por vezes pouco clara: com efeito, os quadros clínicos destas doenças têm limites esbatidos, que por vezes se sobrepõem, como sucede em artrites reumatóides com fenómenos de arterite nodosa, ou com fenómeno LE positivo em que o diagnóstico diferencial será necessariamente hesitante entre artrite reumatóide e lupus eritematoso disseminado. A existência de artrites reumatóides seropositivas e sero-negativas põem ainda o problema de se tratar de formas diferentes da mesma doença ou de doenças diferentes com quadro clínico semelhante. Também as dificuldades aumentam quando o caso se refere a entidades reumatológicas associadas no mesmo doente, como por exemplo artrite reumatóide e osteoartrose ou gota e artrite reumatóide.

Embora sempre passível de objecções, qualquer tentativa de sistematização é de grande utilidade para a clínica e terapêutica dos reumatismos, pois só com o seu auxílio é possível ao médico individualizar o doente em estudo.

A classificação da ILAR (International League Against Rheumatism) é uma tentativa de sistematização bastante perfeita, que divide os reumatismos em dois grandes grupos:

I — Doenças do tecido conjuntivo, aceites como reumáticas:

A — Doenças articulares.

B — Doenças não articulares.

II — Doenças com aspectos reumáticos.

O Grupo A subdivide-se ainda em doenças inflamatórias e degenerativas: incluem-se na primeira subdivisão de doenças inflamatórias, a febre reumática, a artrite reumatóide nas suas diversas formas (síndromas de Sjögren, Still-Chauffard, Felty, etc.), a espondilartrite de Bechterew, a hidrartrose intermitente, o reumatismo palindrómico e a artrite psoriásica. Ainda aqui se incluem as artrites infecciosas, devidas a um agente infeccioso.

Na subdivisão dos reumatismos degenerativos estão compreendidas as osteoartroses, as osteocondroses e os síndromes dos discos intervertebrais.

A divisão B, referente aos reumatismos não articulares, engloba as bursites, as fibrosites, as nevralgias, as radiculites, as miosites, as periartroses, as tenosinovites e as alterações do tecido adiposo (paniculites).

Por último, no Grupo II que, como dissemos, engloba as doenças com aspectos reumáticos, estão representadas as doenças inflamatórias, idiopáticas, do colagénio (dermatomiosite, poliarterite nodosa, lupus e escleroderma), as doenças por hipersensibilidade (ao soro, a medicamentos, etc.), as traumáticas e por fim, as doenças associadas com alterações cutâneas ou mucosas (eritema nodoso, purpura reumática, síndrome de Reiter, etc.), com alterações metabólicas (gota e alcaptonúria), com alterações endócrinas (menopausa, acromegalia, mixedema, osteoporose senil, etc.), com discrasias sanguíneas (leucemia, hemofilia, etc.), com doenças pulmonares (como a osteoartropatia pulmonar hipertrófica), com doenças do sistema nervoso (neuroartropatias, distrofias reflexas, etc.), com síndromes psicológicas ou psiquiátricas (reumatismos psicogénicos), com doenças neoplásticas (síndromes paraneoplásticas, tumores articulares, etc.), e, para terminar as osteocondrodistrofias.

Cito apenas esta classificação para evidenciar que é possível encaixar, arquivar, digamos, qualquer tipo de reumatismo que encaremos, num destes grupos que acabamos de mencionar.

Se para o médico experimentado é bastante elementar salientar a necessidade de classificar o tipo de reumatismo — pois só dum correcto diagnóstico pode decorrer a instauração da mais conveniente, precoce e «específica» terapêutica — acentuamos este ponto, pois é ainda um erro

frequente tratar um reumatismo sem uma prévia tentativa de identificação diagnóstica exacta, como se reumatismo fosse sinónimo duma única doença articular. Tão desacertadamente se comporta o médico que se satisfaz com um diagnóstico vago de «reumatismo», como aquele que não procura o diagnóstico causal num doente com febre.

Se ponderarmos que se encontram em Reumatologia as terapêuticas mais agressivas de que hoje dispomos — lembramos as potencialidades tóxicas hepáticas, hematológicas, renais, digestivas, etc., dos sais de ouro, dos corticoesteróide, das butazonas e outros derivados pirazólicos, dos imunossuppressores, como exemplos — capazes das mais graves, mesmo mortais, acções acessórias, aparece formalmente justificado que o uso deste fármacos mais tóxicos não seja indiscriminado mas sim acautelado por um diagnóstico absolutamente preciso, através do qual seja garantida uma indicação terapêutica cuidadosamente fundamentada; a frequência com que, ainda hoje, vemos iniciar-se com corticoesteróides a terapêutica duma artrite reumatóide nos seus pródromos, é um erro de todos conhecido, quando na verdade não há qualquer razão na artrite reumatóide incipiente para o uso de terapêuticas agressivas; é o período de tratamento conservador, como sejam a eliminação do stress psíquico, a adopção de melhores condições de trabalho e de repouso, o uso de aspirina e anti-palúdicos de síntese, a prevenção de atitudes viciosas, etc.

Com frequência, o laboratório e a radiologia em nada auxiliam a elaboração dum diagnóstico; tal facto torna da maior relevância o adequado uso dos mais clássicos trunfos da clínica: a anamnese e o exame físico.

Falar-vos-ei de facto de banalidades ao dizer, como exemplo, que uma artrite reumatóide em início ou as primeiras crises de uma gota podem ser acompanhadas — por vezes durante largo tempo — da mais absoluta normalidade laboratorial ou radiológica; nestes casos, só meios semiológicos exclusivamente clínicos podem conduzir a um diagnóstico exacto.

Na colheita da anamnese é desacertado, mas frequente, não detalhar as queixas articulares presentes, o seu modo de início, possíveis factores desencadeantes, a repercussão sistemática, os sintomas constitucionais, a sequência e distribuição do compromisso articular, as características e localização da dor articular, a progressividade e recorrência ou estabilização do quadro clínico, as limitações que a doença impõe ao doente, os tratamentos anteriormente efectuados e seu resultado, os hábitos de vida, os antecedentes de doenças articulares semelhantes, etc. — pois só da ponderação atenta destes elementos é possível um esclarecimento nos casos mais confusos.

Ao efectuar um exame objectivo dum reumatismo, deve merecer particular atenção o estado de nutrição, as eventuais lesões cutâneas, as anormalidades cardíacas, o despiste de hepatomegália, esplenomegália ou adenopatias e as alterações neurológicas.

É porem no exame da articulação — aquele mais susceptível de fornecer dados decisivos para o diagnóstico e para a instituição ou modificação do tratamento — que o médico não especializado, mesmo bem treinado e profundo conhecedor das complexidades da patologia dos nossos dias, mais habitualmente se mostra insuficiente.



ANTI-ARTRÓSICO ● ANTI-REUMATISMAL



# optidase

ENZIMA REGULADOR DOS PROCESSOS DE OXIDAÇÃO-REDUÇÃO



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

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



## APRESENTAÇÃO

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



Literatura médica e amostras à disposição dos Exmos. Clínicos



**LABORATÓRIOS AZEVEDOS**  
**MEDICAMENTOS DESDE 1775**  
**LISBOA — PORTUGAL**

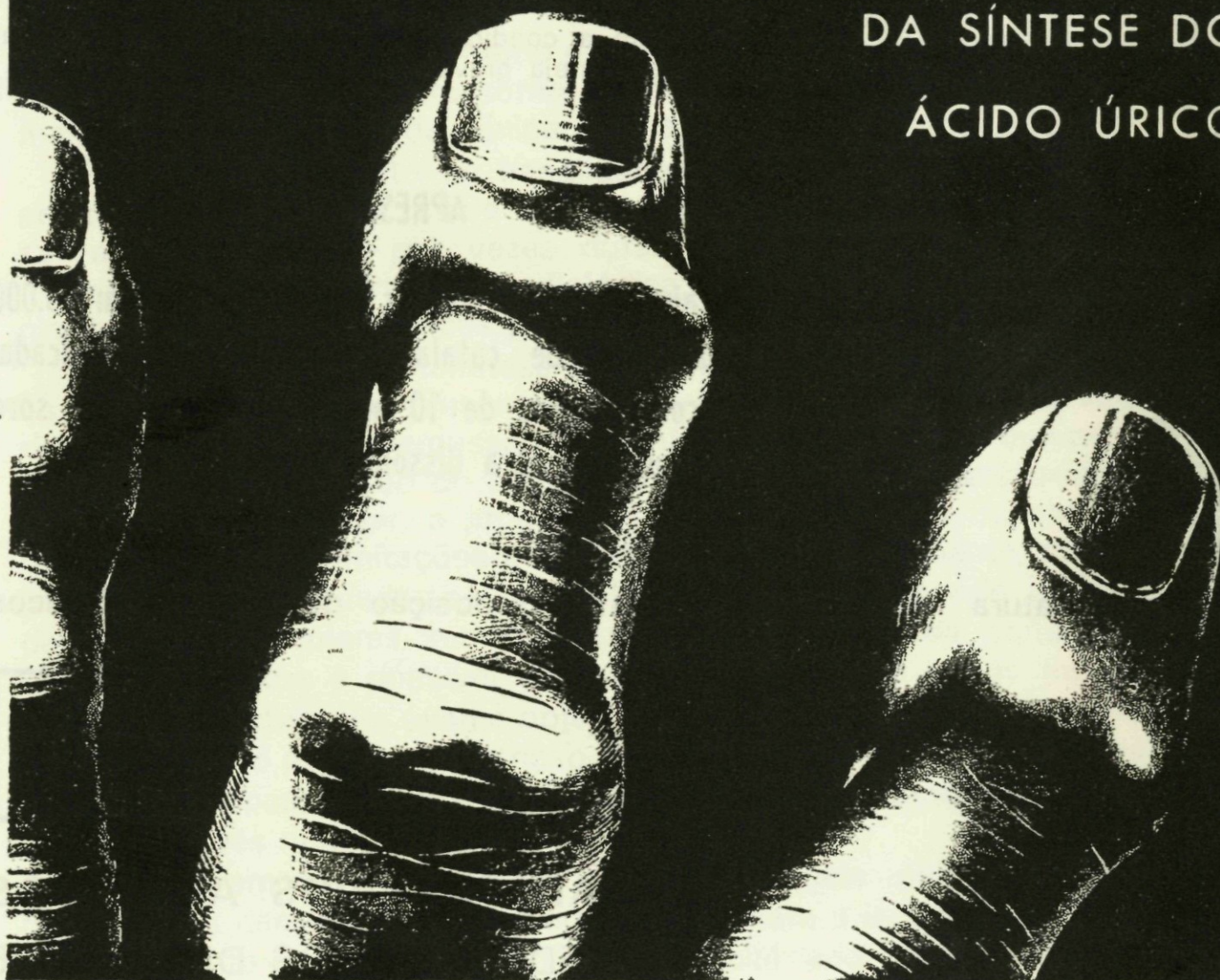
(LICENÇA A. CASTAIGNE — LYON)



# Uripprim

Bial

PODEROSO INIBIDOR  
DA SÍNTESE DO  
ÁCIDO ÚRICO



ER. Pinheiro

Esta falta impede — com grande frequência — que se chegue a uma conclusão diagnóstica e prognóstica precisa e clara e, por outro lado, impede também que se possa avaliar através da repetição periódica do exame articular o resultado de determinado programa terapêutico. Ora o exame articular correcto e completo é imprescindível auxiliar diagnóstico e chega obrigatória na avaliação de resultados do tratamento prescrito; este exame não carece de interpretações, falseadas pelo subjectivismo do médico ou do doente, e é susceptível de avaliação por diferentes clínicos, com resultados sobreponíveis.

Existem diversas formas — como é sabido — de anotar os detalhes da semiologia articular. Parece-nos fácil, e por isso o seguimos, o exame articular em que se pesquisam as diversas gradações das alterações existentes, anotando estas alterações desde inexistente, pequena, média até intensa ou — ainda mais facilmente — desde zero, +, ++ ou +++.

Os sinais a pesquisar em cada articulação — ou naquelas mais representativas de determinado reumatismo — são a dor, a sensibilidade à pressão, a cor dos tegumentos que cobrem a articulação, o acréscimo da temperatura cutânea, o edema periarticular, o espessamento da cápsula e da sinovial, o derrame articular, a crepitação com o movimento, a subluxação ou desalinhamento e, por fim, a amplitude de mobilização. Certas formas de observação permitem ainda facilitação da colheita semiótica: assim, nas mãos, é razoavelmente preciso e rápido apreciar o jogo articular das metacarpo-falângicas e interfalângicas, descrevendo em percentagem do normal a capacidade de fechar o punho («fist» dos americanos) ou de apertar a mão do observador (ou «grip») — anotando que o «fist» é  $\times\%$  do normal e o «grip» é  $\times\%$  do normal. Claro que, numa artrite reumatóide, não seria razoável estar a fazer o exame de todas as articulações. Escolhemos por exemplo uma articulação do joelho na qual, após exames periódicos, vamos fazendo a anotação de todas as alterações, e assim nós podemos ter, com todo o fundamento, e de um modo quantitativo, uma ideia clara sobre a acção de determinado tratamento, ideia que é susceptível de ser comparada por outro observador. E não vejo que haja outra forma de realmente apreciar o resultado de um tratamento por meios clínicos que não seja esta, e é este um tipo de exame que raramente se faz. É um tipo de comparação que raramente se pratica.

No caso da coluna pode contentar-nos a medição com uma simples fita métrica da distância dos dedos ao chão na atitude bípede e sem dobrar os joelhos e a expansão torácica, ou seja a diferença em centímetros da circunferência do torax entre a inspiração e a expiração máximas como rápida ideia sobre as articulações condro-externais e costo-vertebrais. Para a região cervical a apreciação da flexão, da extensão, da rotação para a esquerda e para a direita da cabeça, bem como para a mobilidade das tíbio-társicas, joelhos, ancas, punhos, cotovelos e ombros — a medição rigorosa em graus pode ser feita com um simples goniómetro. Porém, com algum treino, até este aparelho é dispensável: no caso do joelho, como exemplo, sendo o seu ângulo de máxima extensão  $180^\circ$  e a flexão a  $90^\circ$  facilmente apreciada, é fácil ter uma ideia muito exacta dos ângulos de máxima flexão e máxima extensão.

Esta sequência de exploração articular, é imprecindível para apreciar com dados clínicos quantitativos — e portanto com idêntico significado para diversos observadores — a evolução de um reumatismo ou o resultado dum tratamento.

Um outro aspecto que desejo citar refere-se à cronicidade — com raras excepções — dos reumatismos, do que resulta a necessidade de instituir um programa de tratamento em vez de simples prescrição duma receita; e não fazer assim é um dos erros mais comuns na clínica dos reumatismos.

Escolhendo para exemplo a gota — um vício metabólico permanente e incurável — é obviamente desacertado que o tratamento não seja instituído também de forma permanente; tanto mais que o tratamento da gota é hoje eficaz e justificado motivo de orgulho para a reumatologia, desde que se tenha presente que é um defeito incurável mas seguramente compensável com um programa terapêutico adequado e contínuo.

Em frente de um doente articular crónico a atitude do médico deve necessariamente ter em vista captar a sua colaboração para a longa batalha que se vai iniciar. É erro frequente não esclarecer o doente sobre o seu problema médico, sobre o programa que se vai instituir e no qual o doente tem insubstituível papel a desempenhar, com o fim de se evitarem os compromissos funcionais eventualmente implicados no diagnóstico. O que acabamos de dizer confere aos reumatismos aspectos muito especiais — que não se apresentam geralmente na clínica de outras enfermidades — justificando um demorado contacto médico para explicar com realismo ao doente os variados aspectos do seu problema, o que se pretende prevenir e o que se refere a hábitos de trabalho, de repouso, de dieta, de rigor no esquema medicamentoso, de recuperação, de profilaxia de alterações irreversíveis, etc.

Só assim o doente compreenderá que faz parte integrante — e a mais interessada — dum «team», na longa luta que se vai travar. Estes esclarecimentos evitar-lhe-ão a tendência absurda — mas tão frequente — de seguir todas as sugestões, leigas ou não, que ouve sobre o seu caso.

Nada há mais desmoralizador para o doente de uma forma grave de reumatismo que promessas infundadas sobre a evolução da sua doença, que ele próprio comprova — com angústia e pessimismo — não se cumprirem, facto tão frequente, por exemplo na artrite reumatóide.

Esta orientação, pelo contrário, nos doentes com pesada sobrecarga emocional derivada do receio de que o seu reumatismo os vá levar à invalidez ou a uma lesão cardíaca — pondo o seu caso em analogia com formas graves de reumatismo que conhecem — representa uma necessária fonte de optimismo para um melhor e mais rápido resultado terapêutico.

Outro erro frequente em reumatologia é esquecer que as suas entidades nosológicas são geralmente doenças sistemáticas em que a patologia articular sobressai mas nem sempre tem importância primária: na febre reumática, por exemplo, embora a situação articular seja de início a queixa dominante, oferece muito mais preocupação a cardiopatia que tantas vezes se instala com escassa ou mesmo nula sintomatologia; também nos reumatismos psicogénicos só uma exploração articular minuciosa permite negar lesão orgânica e assim firmar o diagnóstico exacto.

Por último, na sequência e em corolário do que vimos de dizer, compreende-se como é desacertado não informar o doente portador de graves lesões articulares irreversíveis, das reais limitações quer do seu tratamento quer da sua reabilitação. Por isso — repetimos — se lhe deve expor, com simpatia, mas também com verdade, o que se pretende atingir, com o fim de evitar a descrença e a falta de colaboração sempre resultantes de promessas brilhantes mas não cumpridas.

Que me seja relevada a deselegância de vos ter apontado alguns erros comuns na prática reumatológica; com efeito, não é o desejo de criticar que me motiva, mas o de ajudar aqueles que têm o infortúnio de ser afligidos por estas doenças.

# Eumotol

atinge rapidamente o centro da inflamação



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



**Byk Gulden  
Pharmazeutika  
Konstanz**

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

**Nova  
apresentação !**

*baixa*  
**Carudol<sup>®</sup>**

Anti-inflamatório  
Anti-reumático  
com marcada acção analgésica

**duo**

30 cápsulas

+

15 supositórios para adultos

na mesma embalagem

Preparado por Unifarma, sob licença de

Boehringer  
Ingelheim



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

## REUMATOLOGIA, DEMOCRACIA, PAZ E MOVIMENTO DAS FORÇAS ARMADAS (\*)

Senhor representante da Secretaria de Estado dos Assuntos Culturais e de  
Investigação Científica;

Senhor Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia;

Minhas Senhoras;

Meus Senhores:

As breves palavras que eu vou pronunciar nesta abertura Solene do ano académico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia não têm outra intenção que não seja a de expressar junto de Vós o meu prazer pela colaboração estreita que, após o eclodir do Movimento das Forças Armadas em 25 de Abril, as sociedades científicas têm proposto ao Governo Provisório.

Dia-a-dia, esta colaboração que se vem consubstanciando em si mesmo em todos os sectores e em todos os níveis, tem tido papel de relevo no âmbito da Saúde. Este facto, que revelo com o orgulho que sempre tive de pertencer à classe médica, é um incentivo e uma ajuda para o cumprimento daquilo que nos propuzemos fazer, ou seja lançar as bases para a criação de um Serviço Nacional de Saúde.

Poderemos afirmar que no processo de democratização em curso, previsto no programa do Movimento das Forças Armadas e enquadrado na acção do 3.º Governo Provisório, ainda há bem pouco e iniludivelmente apontado aos portugueses como um dos desejos intransigentes de S. Exa. o Presidente da República, isto é a instauração entre nós de uma verdadeira

---

(\*) Palavras do Dr. Carlos Oliveira, ao tempo Secretário de Estado da Saúde, ditas na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia em 24 de Outubro de 1974, e que constituem um verdadeiro documento histórico.



democracia, dizia eu que, nesse processo de democratização, o sector da Saúde tem de mobilizar todas as consciências, todos os capitais disponíveis e, acima de tudo, todas as boas vontades.

O nosso sector está intimamente ligado a essa meta a atingir. Direi melhor: está duplamente relacionado com ela, pois é ao mesmo tempo causa promotora e consequência imediata.

Faz a Secretaria de Estado parte do Ministério dos Assuntos Sociais que, como o próprio nome indica, é um ministério vocacionado predominantemente para o fenómeno Social. É aqui que se têm os contactos mais directos com os indivíduos, com as colectividades, com o povo. Sentem-se os seus anseios, auscultam-se as suas preocupações, procura-se um diagnóstico e ensaia-se uma terapêutica. Este comungar de vivências que nos apaixona, traduz-se como calor humano que me conforta, motiva e incentiva para problemas menos familiares, sempre com a preocupação bem viva de servir, desenvolver trabalho, esforçando-me por me adaptar rapidamente a alguns problemas menos familiares, sempre com a preocupação bem viva de servir a minha Pátria.

Ninguém é ingénuo ao ponto de pensar que tudo no sector da saúde pode ser resolvido no tempo do Governo Provisório. Bem pelo contrário, há que ter a noção de que muitos e graves problemas vão ainda ter que ser resolvidos pelo futuro Governo Definitivo.

Porque, se a revolução mais bela do mundo, a revolução dos cravos, durou horas, a revolução pacífica da nossa terra, do nosso viver, da nossa consciência, pode vir a durar uma geração.

Mas isso não impede que este governo dê já passos importantes e irreversíveis na criação das bases de uma estrutura toda orientada pelo programa do Movimento das Forças Armadas, destinada a facilitar as tarefas futuras da construção da democracia em Portugal.

Estou convencido que os estudos hoje em curso poderão contribuir para uma nítida melhoria dos cuidados da Saúde prestado à população portuguesa.

No sector da saúde há que prevenir em vez de remediar, há que planificar em vez de resolver, há que estar antes de acontecer, há que pôr em esquadria para depois escalonar os problemas surgidos e já previstos.

A medicina moderna é, sobretudo, uma medicina de colectividade, é uma medicina essencialmente preventiva, lançada para o futuro.

Partindo do princípio que, ao contrário do sistema de Previdência Social actualmente em vigor, será a Saúde e não a doença o movimento integrador do Sistema Nacional, acabei de elaborar na Secretaria de Estado um pequeno documento para discussão pública em que a colaboração referida terá papel decisivo. Espera-se assim iniciar uma elucidação do público em geral, incrementar a discussão e receber de todos o contributo do seu saber e querer para a construção de um sector importante da sociedade.

É portanto neste Portugal espiritualmente renovado que eu, na qualidade de membro do Governo, me dirijo a todos vós e me permito chamar a atenção para o difícil caminho que ainda se nos depara, mas que, com o nosso

querer, a nossa dedicação e sobretudo o nosso esforço, havemos de conseguir levar por diante, de modo a que todos os portugueses possam em liberdade, na paz e de um modo democrático e independente, passar a gozar os direitos fundamentais a que têm jus, e dos quais há tanto tempo foram afastados e, nos quais a Saúde está por força incluída.

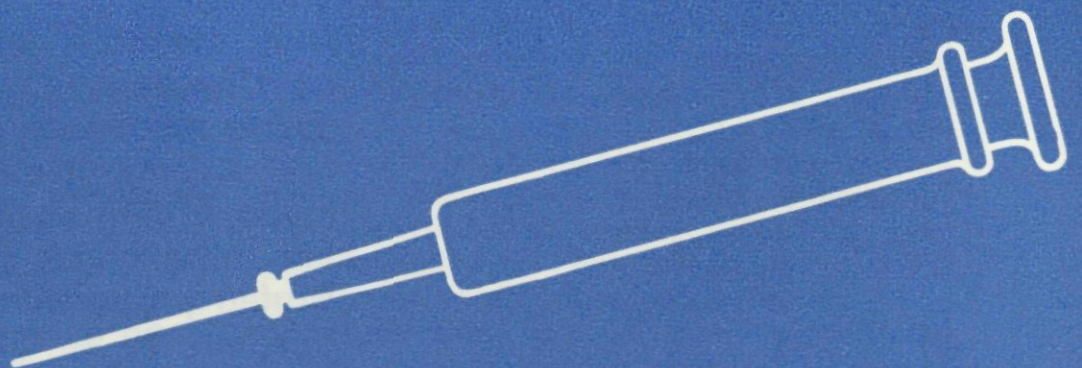
As minhas palavras finais não pretendem ser mais do que um voto no sentido de que este Ano Académico que hoje se inicia traga consigo frutuosas contribuições para o desenvolvimento da Reumatologia no nosso país, o qual queremos voltado para o futuro, sem seguir quaisquer figurinos estereotipados, mas sim em liberdade, na paz, na democracia, de direito e de facto, finalmente, um Portugal inserido no mundo.

KETOPROFENE  
PRODUTO ORIGINAL  
RHÔNE-POULENC  
SPECIA

# PROFENID

(KETOPROFENE)  
INJECTÁVEL LIOFILIZADO

● GRANDE ACTIVIDADE ANALGÉSICA



● RAPIDEZ DE ACÇÃO

## POSOLOGIA

EM MÉDIA 2 AMPOLAS/DIA, POR VIA INTRAMUSCULAR

## APRESENTAÇÕES

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

SUPOSITÓRIOS A 100 MG DE KETOPROFENE  
EMBALAGEM DE 12

AMPOLAS A 50 MG DE KETOPROFENE  
EMBALAGEM DE 6 FRASCOS

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

LABORATÓRIOS VITÓRIA

# BRUFEN

(ibuprofen)



Analgésico, anti-inflamatório  
e antipirético não esteroide

## **artrite reumatoide, nas artroses . . .**

Num estudo a longo prazo apresentado no Congresso (\*), foram discutidos os dados recolhidos em mais de 900 doentes. Alguns destes doentes tinham tomado Brufen durante quase 4 anos.

Em relação às terapêuticas anteriores, Brufen proporcionou melhoras mais nítidas em 70 % dos doentes com artrite reumatóide e em 60 % dos artrósicos. Estes resultados foram a tradução da opinião clínica fundamentada quer em elementos subjectivos, quer em critérios objectivos; os resultados baseados na opinião dos doentes quanto à evolução dos seus sintomas foram muito semelhantes.

---

(\*) VII Congresso Europeu de Reumatologia.



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

PARACÉLSIA, Ind. Farm., S. A. R. L.  
PORTO — LISBOA

VIII CONGRESSO EUROPEU DE REUMATOLOGIA  
— Sobre algumas mesas-redondas  
(Helsínquia 1 a 7 de Junho de 1975)

**ARTRITES REACTIVAS ASSOCIADAS  
COM INFECÇÃO**

**Moderadores:** K. Aho e P. Ahvonen

O termo artrite reactiva associada com infecção implica uma reacção do hospedeiro contra o microorganismo causal envolvida na patogenia das manifestações articulares. A Febre Reumática é o exemplo mais conhecido desta categoria de doenças. Um tipo semelhante de artrites pode seguir-se a infecções dos tractos digestivos e urinário. A Shighelle, a Salmonella e a Yersinia são os agentes intestinais mais frequentemente implicados. O Síndrome de Reiter seguindo-se a uma uretrite não especifica pertence, obviamente, a este prуго. Artrites agudas são complicações ocasionais de

infecções virais como as hepatites e a rubéola, tendo o virus desta última doença sido isolado do fluído sinovial.

Estudos recentes confirmam o papel de factores genéticos do hospedeiro como determinantes importantes das artrites reactivas. A poliartrite da Yesia pode complicar-se de lesões cardíacas permanentes (Laitinen e Leirisalo, Helsínquia) não constituindo, assim, a cardite uma peculiaridade da Febre Reumática. Vários anticorpos foram detectados no soro dos pacientes com Yersinia, quer haja ou não artrite, o que permite pensar não serem estes auto-anticorpos os mediadores primários da artrite.

Dumonde (Londres) sugere a seguinte classificação de artrites associadas com infecção:

|                | Infecção conhecida | Microorganismos nas articulações | Antigénios nas articulações | Artrite                 |
|----------------|--------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Tipo I .....   | +                  | +                                | +                           | infecçiosa              |
| Tipo II .....  | +                  | —                                | +                           | pós-infecçiosa reactiva |
| Tipo III ..... | +                  | —                                | —                           | inflatória              |
| Tipo IV .....  | —                  | —                                | —                           |                         |

A Artrite Meningocócica é um exemplo do tipo II; a Febre Reumática do tipo III e a A. R. do tipo IV.

**TRATAMENTO CITOSTÁTICO**

**Moderadores:** I. Lorenzen, K. Seider e A. Kajander

Os citostáticos são, actualmente, usados no tratamento de algumas doenças

reumáticas, principalmente na Artrite Reumatóide e no L. E. D.. O seu mecanismo de acção nestas doenças não é conhecido exercendo, possivelmente, uma importante acção immunosupressora, não tendo sido possível, todavia, correlacionar o efeito inibidor produzido, no aparelho immunológico com o efeito clínico. É possível que uma acção anti-inflatória inespecifica desempenhe um papel importante. Os dois fármacos mais utilizados, a ciclofosfamida e a azatioprina podem inibir a actividade in-

flamatória na A. R. e no L. E. D., não havendo nenhuma indicação de que possam curar estas doenças. Quer uma, quer outra destas drogas podem inibir a destruição óssea na A. R. Não são suficientemente conhecidos os riscos dos dois efeitos colaterais mais importantes à distância: teratogéneo e oncogéneo.

### TRATAMENTO DA A. R. JUVENIL

**Moderadores:** Barbara Ansell, Elisabeth Stoeber e Ann Mäkelä

Os princípios gerais do tratamento incluem a educação dos pais, as talas para a manutenção das articulações em posição funcional, e a fisioterapia com o objectivo de conservar e melhorar a função das articulações afectadas.

Constituem preocupações maiores a educação e o desenvolvimento normal da criança, sendo essencial estar atento a complicações possíveis como as iridoclitites e a amiloidose.

Os salicilatos, não obstante a sua possível acção hepatotóxica em doses altas, continuam fármacos válidos. O Ibuprofen, o Naproxen e o Tolmetin podem, também, ser usados como agentes anti-inflamatórios com menos efeitos colaterais, mas os seus lugares exactos na terapêutica desta doença não estão, ainda, estabelecidos.

A Indometacina continua a ser um fármaco muito útil quando dada à noite, melhorando a rigidez matinal. Os corticóides, em virtude dos seus efeitos colaterais, sobretudo nos tratamentos prolongados, devem, somente, ser utilizados em situações graves. O uso da corticotrofina e dos esteróides em dias alternados continuam a suscitar controvérsia. Os resultados dos estudos comparativos da D-Penicilamina e do Ouro sugerem que a D-Penicilamina pode ser muito útil nos casos severos. A dose de D-Penicilamina não está, ainda, adequadamente estabelecida, sugerindo os moderadores doses baixas. Os anti-palúdicos (5mg/kg de cloroquina) mostram-se eficientes nas crianças. O uso dos citostáticos nas crianças é perigoso, podendo ser tentado nas complicações severas como a amiloidose.

A cirurgia (sinovectomias e artroplastias) é válida em casos seleccionados.

### REACÇÕES PARANEOPLÁSICAS NO TÍCIDO CONJUNTIVO

**Moderadores:** H. Van Cauwenberge e J. Von Knorring

Foram abordadas as seguintes relações:

1) Osteartroplastia hipertrofiante pneumica — carcinoma do pulmão;

2) Poliartrites agudas, sub-agudas e crónicas — desordens hematológicas, podendo as manifestações articulares constituir o primeiro sintoma de linfosarcomas, de Hodgkin e de leucemias;

3) Polimiosite e Dermatomiosite — cancro;

4) Dedos em gatilho em 3 casos de carcinoma (2 do colo do útero e 1 do estômago);

5) Não foi possível demonstrar uma relação estatisticamente significativa entre cancro e polimialgia reumática.

### AMILOIDOSE NA DOENÇA REUMATÓIDE

**Moderadores:** H. P. Missmahl e P. Roberts

Versados os seguintes aspectos:

1) Tipos de substância amiloide: a importância da sua relação com as cadeias leves das IgG;

2) Frequência da amiloidose nas poliartrites crónicas — 4 a 13,2 %;

3) Métodos de Diagnóstico: a negatividade da biópsia rectal não constitui, obviamente, exclusão diagnóstica. A importância da biópsia renal e os riscos da biópsia esplénica;

4) Tratamento: Assunto controverso. Casos de bons resultados em A. R. juvenis com o uso do clorambucil (Bywaters). Combinação de azatioprina — D-Penicilamina (Missmahl).

### INTERACÇÕES DE FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS

**Moderadores:** J. K. Van der Korst, P. Peltola e H. Sundqvist

— Na avaliação das interacções, a clínica parece ser mais útil do que os estudos farmacocinéticos;

— A aspirina influencia os efeitos farmacocinéticos da indometacina e, por outro lado, a indometacina parece reduzir a eliminação da aspirina;

— O Probenecid eleva os níveis plasmáticos da indometacina reduzindo os sinais inflamatórios sem, provavelmente, aumentar os efeitos colaterais do fármaco;

— Os salicílatos e os corticóides em doses baixas parecem ter um efeito benéfico adicional na crisoterapia, enquanto em doses altas parecem ter um efeito desfavorável na terapêutica com os sais de ouro;

— O Niftalone e o Diclofenac, parecem não influenciar o metabolismo da glicose e o efeito dos antidiabéticos orais, embora para o Niftalone se descreva um aumento da acção hipoglicemiante em relação à Tolbutamida;

— Da necessidade de se estudar mais cuidadosamente a interacção entre os anti-reumáticos.

#### SINOVECTOMIA DAS ARTICULAÇÕES REUMATÓIDES

**Moderadores:** J. Pahle, P. Raunio e M. Mämäläinen

— Pärälä (Heinola) reviu os resultados de 202 sinovectomias dos joelhos realizadas entre 1961 e 1965 (follow-up de 9 anos), concluindo que as sinovectomias precoces apresentavam vantagens clínicas (diminuição da dor, maior amplitude de movimentos) e radiológicas, em relação a um grupo controlo. Nas situações em que há, já, lesões radiológicas consideráveis, não verificou diferenças entre os dois grupos.

— Hill (Aylesbury) estudando a problemática das sinovectomias ao nível das metacarpo-falângicas, concluiu ter havido nos seus casos piores resultados nos doentes operados do que no grupo controlo.

— Porter (Middlesex) referindo ser o envolvimento do cotovelo uma das maiores causas de instabilidade articular, aponta a sinovectomia desta articulação como das mais válidas na A. R. Reportando-se ao resultado de 154 operações, com exame dos pacientes em intervalos variáveis de 1 a 6 anos, concluiu não haver correlação significativa entre os resultados e a duração da doença, embora tenha verifi-

cado melhores resultados nos doentes operados no decurso dos 5 primeiros anos da doença.

#### CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DO L. E. D.

**Moderadores:** V. Nassonova, D. Zitnan e A. Lassus

— Mery (Paris) resumiu os resultados obtidos em 12 centros onde foram testados critérios diagnósticos para o L. E. D.

Pela sua relativa simplicidade os critérios preliminares da A. R. A. receberam a maior aceitação, embora tenham, como é sabido, limitações. Mackiwics e col. (Warsaw) apresentaram um trabalho baseado na análise de 300 casos de L. E. D. diagnosticados em 5 clínicas da Polónia, sugerindo 3 grupos de critérios: imunológicos, maior e menor, considerando os critérios imunológicos essenciais para o diagnóstico; células L. E.; F. A. N. com títulos 1/80 ou superiores de padrão periférico ou homogéneo e depósitos de imunoglobulinas na junção epiderme-derme.

— Deicher e col. (Hannover) mostraram haver uma relação entre as alterações da medula óssea e a actividade do L. E. D.

#### NOMENCLATURA E CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS REUMÁTICAS

**Moderadores:** P. Wood, G. Josenhans e Isomäki

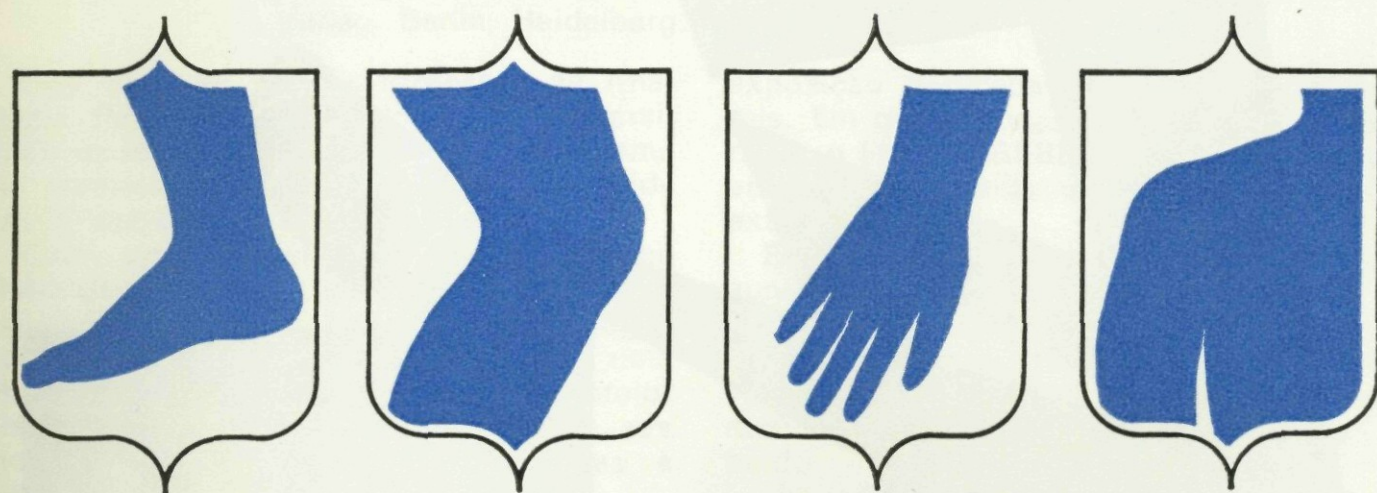
O Subcomité de Nomenclatura e Classificação da E.U.L.A.R. avançou algumas propostas valiosas sendo a mais importante referente à classificação das Poli-Artrites Crónicas infantis.

Poliartrite Crónica Juvenil foi o tema genericamente proposto incluindo um número de entidades diferentes: Artrite Reumatóide com factor reumatóide positivo; Poliartrite com sacro-ileíte e espondilite tipo anquilosante; Artropatia Psoriásica; Poliartrites associadas a cólite ulcerosa ou enterite regional ou com outras doenças tais como o lupus eritematoso e doença de Still com os seus subgrupos (sistémico, monoarticular e pauciarticular com irite).

M. VIANA QUEIRÓS

**no tratamento da inflamação**

**colchicine**



**da gota ao reumatismo**

**ROUSSEL** LABORATÓRIOS ROUSSEL, LDA.

Rua João de Deus, 19  
VENDA NOVA — AMADORA





TRATAMENTO DA  
**GOTA**

# ZURIM

BLOQUEIO DA SÍNTESE DO ÁCIDO ÚRICO NO ORGANISMO

**EMBALAGENS DE 24 E 100  
COMPRIMIDOS DOSEADOS  
A 100 mg DE ALOPURINOL**

LABORATÓRIOS  
**ATRAL**

**PATHOLOGY OF RHEUMATIC DISEASES** — Por Prof. Dr. H. G. Fassbender — Tradução inglesa do original alemão por G. Loewi. 1. vol., de 353 páginas e 444 figuras Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1975.

Esta Obra do insigne Professor de Anatomia Patológica e Patologia da Universidade de Mainz, traduz no papel toda a gama de conhecimentos e experiência adquirida em 25 anos de trabalho aturado.

Com um prefácio do Professor Lee Hollander, que lhe quis emprestar todo o prestígio ligado ao seu nome, a «Pathology» do Prof. Hans Georg FASSBENDER é uma obra indispensável não só aos reumatologistas mas também aos ortopedistas, aos radiologistas, aos anátomo-patologistas e até aos internistas.

Começando por uma curta história das doenças reumáticas, o autor passa ao estudo mais aprofundado do tecido conectivo. Especial incidência é dada às estruturas articulares.

Seguidamente, o autor entra no estudo de algumas entidades reumáticas, referindo-se sucessivamente à Febre Reumática, à Artrite Reumatóide, à Artrite Reumatóide Juvenil, ao síndrome de Sjögren, à Espondilite anquilosante, à Artrite Psoriásica, à Gota e à Pseudo-Gota, às Artroses. Um interessante capítulo é o dedicado aos Reumatismos não articulares em que são expostas formas de ver pessoais do autor. Estes capítulos dedicados às diversas afecções reumáticas terminam com uma

exposição dedicada às artrites experimentais. Em quase todas estas situações referidas, o Prof. FASSBENDER dedica especial atenção às localizações ou manifestações extra-articulares.

Embora possa haver discordância nalguns aspectos, nalgumas perspectivas ou até nalgumas designações empregadas, este livro do professor germânico vem indubitavelmente enriquecer a bibliografia mundial reumatológica no que toca a obras de fundo.

Limitado na extensão dos assuntos e reduzido a um leque restrito de temas, o Professor FASSBENDER, nesta sua obra, prefere que sejam as próprias imagens — optimamente reproduzidas, aliás — a falarem, dando assim uma originalidade agradável, transformando as imagens anátomo-patológicas em pontos de profundo interesse. Esta, uma das grandes virtudes desta obra do mestre alemão.

Numa exposição extraordinariamente agradável, o Professor da Universidade de Mainz discute os mecanismos patogénicos das diversas situações reumáticas referidas e, a partir daí, explica a clínica e justifica a terapêutica.

J. FIGUEIRINHAS

**ATTEINTE DU COUDE CHEZ LE BOXEUR** — por Michel de Alberti — Tese apresentada e publicamente defendida na Faculdade de Medicina de Marselha. (Consulta de Reumatologia do C. N. R. de Nice: Dr. F. Com-mandre). Marseille, 1975

Esta tese versa um assunto muito interessante e que desperta a atenção não só da Reumatologia, mas também da Me-

dicina Desportiva e até da Medicina do Trabalho.

Neste trabalho de 82 páginas, o texto é acompanhado de esquemas, fotografias,

desenhos. Inicia-se com uma *introdução* em que se justifica o trabalho. Seguidamente, o A. passa às *generalidades*, nas quais inclui curiosas considerações sobre a técnica do Boxe e se refere também à anatomia e à fisiologia do cotovelo. Na terceira parte, o Dr. Alberti detém-se sobre considerações várias acerca da *etiopatogenia das alterações do cotovelo no boxeur*, dando particular realce aos microtraumatismos.

O A. entra seguidamente na *patologia do cotovelo do boxeur*, fazendo de início um enunciado dos dados e bibliografia existente sobre o assunto, passando depois à descrição de observações pessoais e aos respectivos comentários, terminando com considerações sobre o tema mais preciso das artroses do cotovelo e de outras alterações degenerativas artrósicas de origem desportiva.

Conclui o autor afirmando que «à coté d'aspects pathologiques traumatiques banaux, tels que fracture ou luxation, la boxe est responsable essentiellement d'une arthrose microtraumatique globale, essentiellement proliférative avec développement de multiples corpuscules ostéocartilagineux justà-articulaires créant une importante limitation des mouvements». Esta artrose evolui em duas fases: 1 — estadio inicial de osteocondrite e 2 — estadio terminal de «artrose global com corpos estranhos livres de tipo osteocondromatoso».

O Autor apresenta, finalmente, uma extensa lista bibliográfica com referência a 63 trabalhos, e termina de uma forma que já vai sendo não rara mas, infelizmente, excepcional: com a transcrição do juramento de Hipócrates.

J. FIGUEIRINHAS

**Para os testes qualitativos  
e quantitativos**

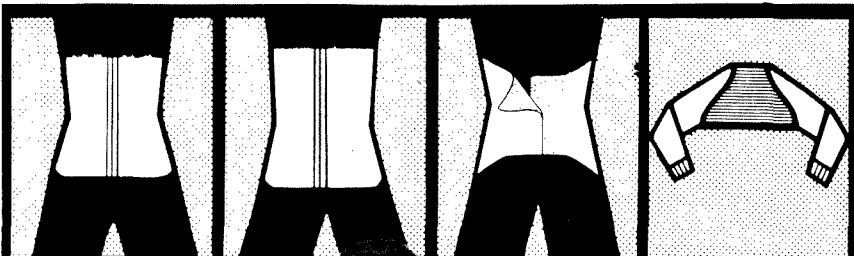
# Reagentes Reumatológicos

*do Instituto Behring*

**Para o diagnóstico  
das doenças Reumáticas**

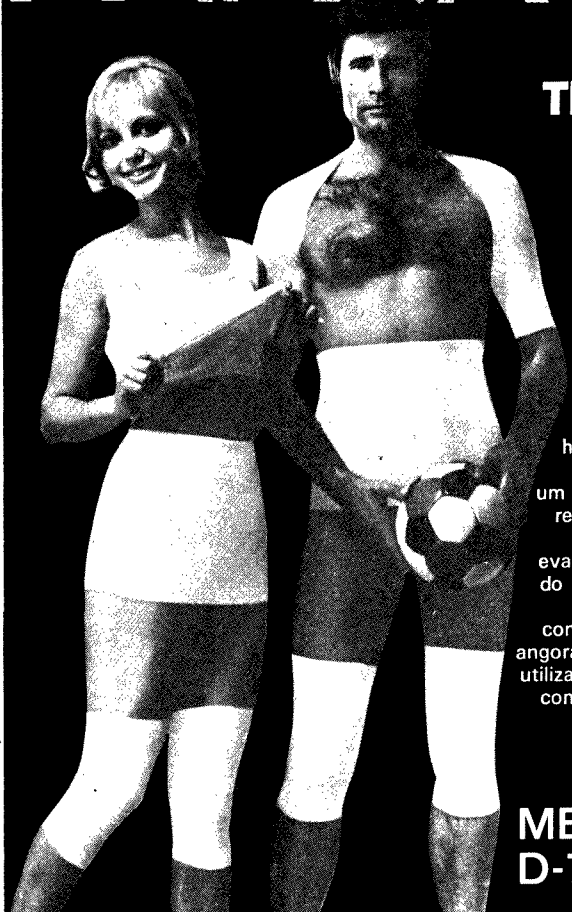
INSTITUTO BEHRING

*E. Behring*



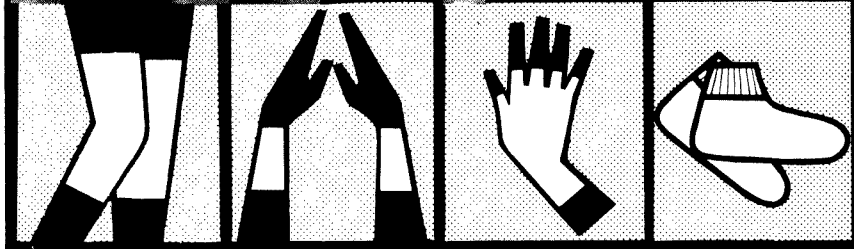
## VESTUÁRIO TERAPÊUTICO

*Medima*  
ANGORA



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

**MEDIMA-Werke**  
**D-7867 Maulburg**



À venda nas Farmácias e nas Casas Ortopédicas

Distribuidor oficial: **ORTOMOL** — Sociedade Importadora de Material Ortopédico, Lda.  
Rua Luciano Cordeiro, 89, 3.º-Esq. — Lisboa - 1 — Telef. 55 59 39

## 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, demeure propriété de l'«Acta». La Rédaction se réserve le droit d'autoriser son insertion, total ou partielle, dans d'autres publications.
3. Les opinions émises dans les articles signés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.
4. Les articles doivent être rédigés en portugais; il 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 ce nombre la Rédaction se réserve le droit de les faire payer par son prix. Les photographies doivent être si nettes pour permettre la reproduction; les graphiques et les dessins, exécutés avec de l'encre noire sur du papier blanc, sur des feuilles séparées, notés à l'envers, la légende dactylographiée et l'ordre numérique.
8. Les références bibliographiques, selon l'index medicus: surnom (en majuscules), nom et prénom de l'auteur (ou des auteurs); titre; nom de la publication ou de l'auteur; localité; volume; numéro; page; année. On doit respecter l'ordre alphabétique du dernier nom de l'auteur (ou du premier auteur).
9. Chaque auteur a le droit de 25 tirés à part gratuits. Au delà ce nombre, elles seront débitées par son prix, si en sont demandées en avance.
10. La Rédaction se charge de la correction des épreuves.
11. Pour la citation bibliographique: *Acta Reuma. Port.*, volume, tome, page et année.
12. On demande l'échange. Exchange solicited. Se solicite el cambio. Man 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. Typewritten 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 typewritten 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 reumáticas 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 (Liges 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 adresse 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.



Nas articulações, bolsas serosas e bainhas tendinosas inflamadas:

## DEPO - MEDROL

Upjohn

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

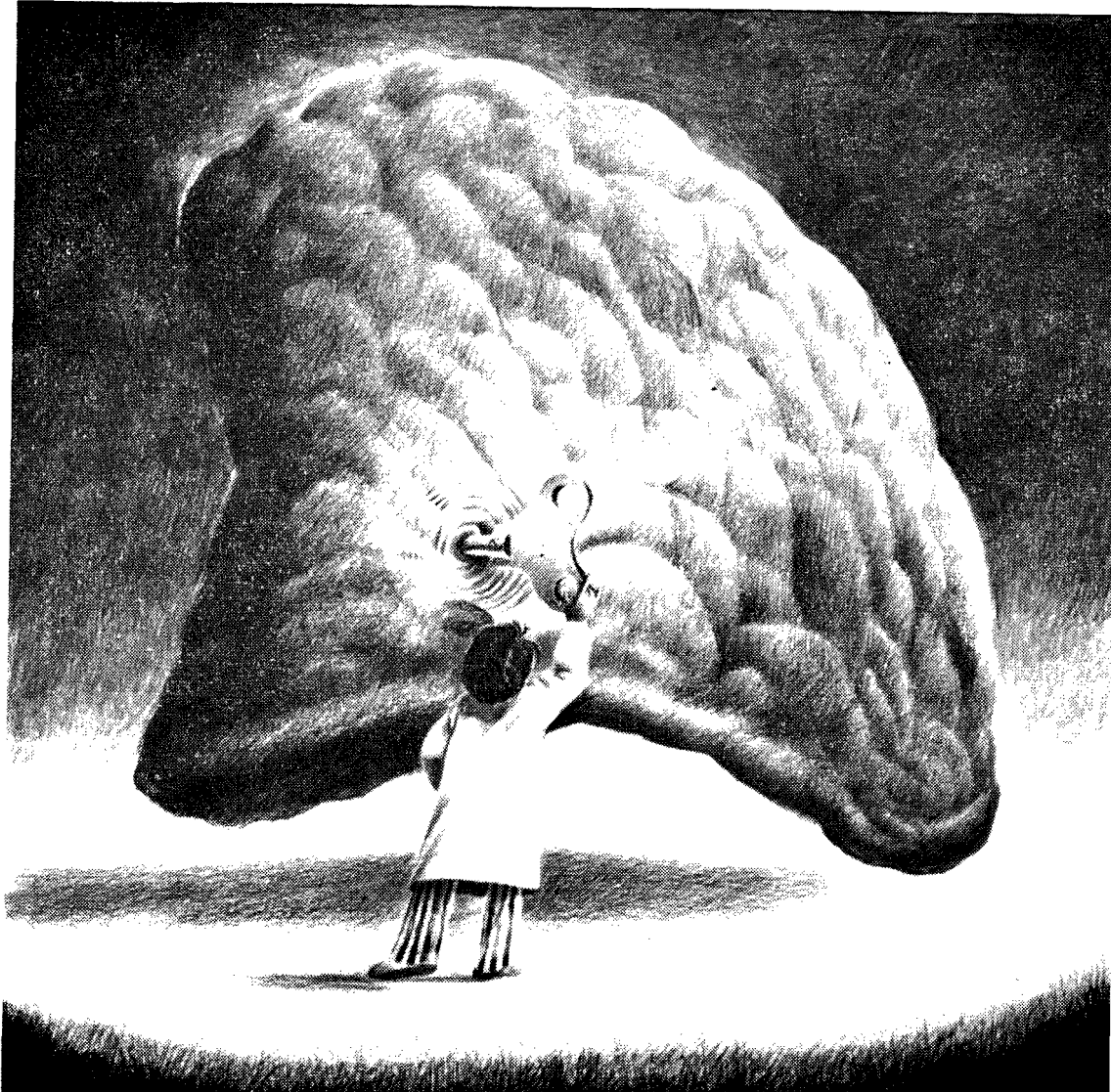
**Posologia:** Varia com o tamanho da articulação e com a gravidade da situação. Nas situações crónicas as injeções devem ser repetidas de uma a cinco semanas, dependendo do grau de alívio.

| Tamanho da articulação | Exemplos   | Doses      |
|------------------------|--|------------|
| Grande                 | Joelho, Tornozelo, Ombro   | 20 a 80 mg |
| Médio                  | Cotovelo, Pulso  | 10 a 40 mg |
| Pequeno                | Metacarpofalangica, Interfalangica, Esternoclavicular, Acromioclavicular | 4 a 10 mg  |

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







## Corticoterapia fisiológica

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

Corticoterapia moderna  
mais fisiológica  
mais completa  
mais segura  
mais eficaz



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

**Synacthen Depósito CIBA**

**Artrite gotosa  
implica lesão renal**



**zyloric**

**só Zyloric protege  
o rim**



**Wellcome**

# Mobilidade com o INDOCID

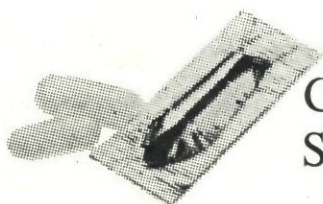
Torna-se imediatamente evidente que o simples lumbago beneficia consideravelmente com tratamento... (INDOCID); em cerca de 85% dos doentes... (verificou-se o desaparecimento total dos sintomas) ou registaram-se melhoras dentro de cerca de 10 dias.

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

Pela maioria dos critérios... subjectivos ou objectivos,

**Indocid\***  
(indometacine, MSD)

**Indocid-Duo\***  
(indometacine, MSD)



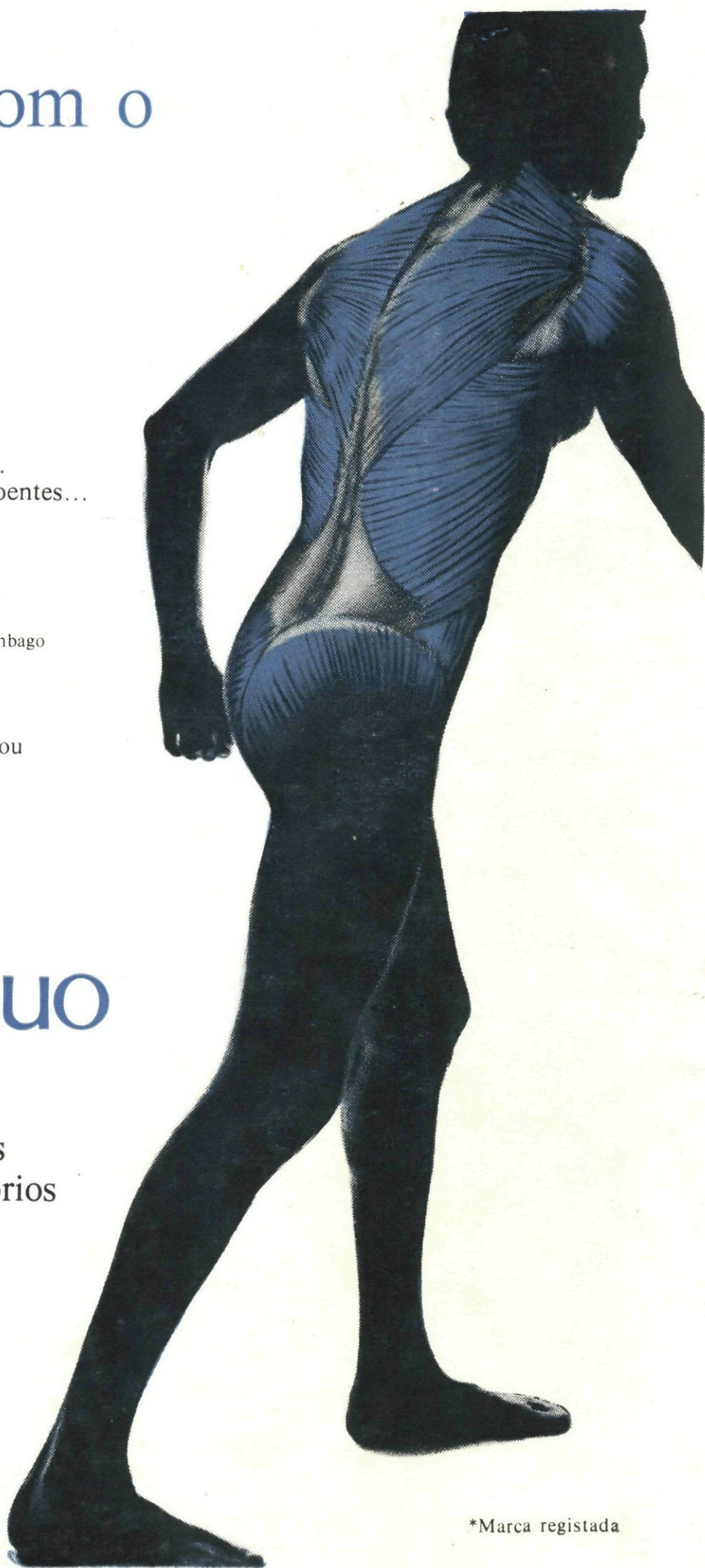
Cápsulas  
Supositórios

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

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

**MSD**

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



\*Marca registada