

1.º Trimestre - 1977



ACTA

REUMATOLÓGICA

PORTUGUESA

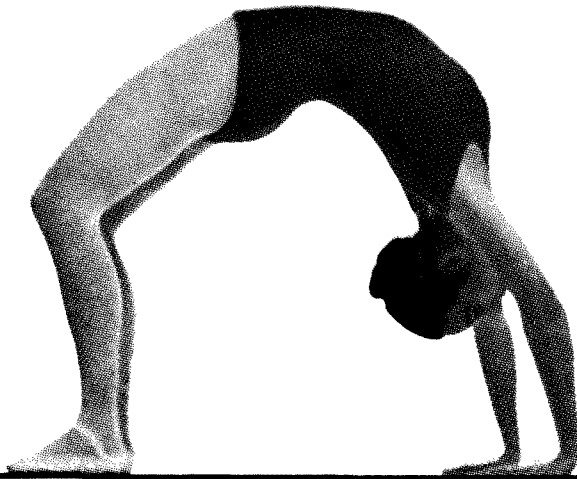
Vol. V

1

Sociedade
Portuguesa de
Reumatologia

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

A ponte está lançada graças a



[®]**VOLTAREN**

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



ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Volume V (Tomo 1)

1977 — Março

N.º 15

Sumário

Editorial

José de Mendonça da Cruz 1

Artigos Originais

— Considerações Sobre a Atitude de Prevenção e de Recuperação do Diminuído da Mão na Artrite Reumatóide

Eduard Serban 3

— Um Tratamento Não-Específico da Artrite Reumatóide e da Espondilite Anquilosante por um Método Original

Geo Savulescu; Dorina Fleschin; Mircea Vescan e Aurelia Cruceanu 9

Ensaio Clínico

— Sulindac: A Sua Tolerância Avaliada Através de um Estudo Multi-cêntrico Efectuado em Portugal

João Figueirinhas 17

— Estudo da Eficácia do G.P. 45.840 (Voltaren®) num caso de Artrite Reumatóide Durante Dez Meses

Maria Adelaide Vahia Carneiro 31

Mesas Redondas

— Reumatismo e Trabalho no Velho

Robert Pereira Martins 37

Resumos

41

DIRECÇÃO:

Secretário Adjunto — Dr.ª Georgette Banet

EDIÇÃO E PROPRIEDADE:

Sociedade Portuguesa de Reumatologia (Liga Portuguesa contra o Reumatismo)

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

Sociedade Portuguesa de Reumatologia — Rua de Dona Estefânia, 187 - 189 — 1000 Lisboa
Telefs. 57 23 26 - 4 07 64

PREÇO DO NÚMERO AVULSO: 100\$00

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:

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

Sommaire

Editorial

- José de Mendonça da Cruz 1

Mémoires Originaux

- Considération sur l'Attitude de Prévention et de Récupération du Handicapé de la Main dans la Polyarthrite Rhumatoïde
Eduard Serban 3
- Un Traitement Non-Spécifique de la Polyarthrite Rhumatoïde et de la Spondylarthrite Ankylosante par une Méthode Original
— Geo Savulescu; Dorina Fleschin; Mircea Vescan e Aurelia Cruceanu 9

Essais Cliniques

- Sulindac: Sa Tolérance Avaliée par une Étude Multicentrique Accomplie au Portugal
João Figueirinhas 17
- Étude de l'Efficacité du G.P. 45.840 (Voltaren[®]) dans un Cas d'Arthrite Rhumatoïde Pendant Dix Mois
Maria Adelaide Vahia Carneiro 31

Tables Rondes

- Rhumatisme et Travail Chez les Vieux
Robert Pereira Martins 37

Résumés

- 41

Contents

Editorial

- José de Mendonça da Cruz 1

Original Articles

- Considerations on the Preventive Attitude and Rehabilitation of the Hand-Diminished Patient in Rheumatoid Arthritis
Eduard Serban 3
- A Non-Specific Treatment of the Rheumatoid Arthritis and of the Ankylosing Spondylarthritis by an Original Method
Geo Savulescu; Dorina Fleschin; Mircea Vescan e Aurelia Cruceanu 9

Clinical Essay

- Sulindac: Tolerance Considered Through a Multicentre Study Made in Portugal
João Figueirinhas 17
- Study of the Efficiency of the GP 45,840 (Voltaren^R) in a Rheumatoid Arthritis Case During Ten Months
Maria Adelaide Vahia Carneiro 31

Round Tables

- Rheumatism and Work in the Old Man
Robert Pereira Martins 37

Abstracts

- 41

SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA

(Liga Portuguesa Contra o Reumatismo)

Rua de D. Estefânia, 187-189 — LISBOA

Telefs. 57 23 26 - 4 07 64

CORPOS GERENTES (1977-1979)

DIRECÇÃO

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

MESA DA ASSEMBLEIA GERAL

Presidente	— <i>Dr. José Mendonça da Cruz</i>
1.º Secretário	— <i>Dr. Luís Monteiro Baptista</i>
2.º Secretário	— <i>Dr. Luís Rego</i>

CONSELHO FISCAL

Presidente	— <i>Prof. Dr. Armando Lopes Porto</i>
Relator	— <i>Dr. M. Viana Queirós</i>
Vogal	— <i>Dr. Manuel Ribeira Raposo</i>

CONSELHO CIENTIFICO — Vogais Conselheiros

1. Eleitos para:

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

2. Designados por:

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

EDITORIAL

Um inquérito nosológico sobre as doenças reumáticas, feito recentemente entre nós, evidenciou uma tão notável carência de conhecimentos sobre reumatologia dos clínicos gerais que nele colaboraram, que tal situação urge ser remediada; na verdade também o médico recém-formado, ao sair da sua Faculdade, tem um conhecimento limitado sobre as doenças médicas articulares, sendo pelo contrário a sua preparação sobre outros capítulos da Patologia e da Clínica muito melhor.

Porque os reumatismos são talvez as doenças mais comuns na prática médica diária e, em termos de medicina social, a primeira causa do absentismo, é de importância indiscutível chamar-se a atenção para este assunto na melhor intenção de o remediar.

Se o interesse dos diversos cultores portugueses da especialidade, pioneiros alguns que há mais de 25 anos decidiram — por vezes com importantes sacrifícios e despesas — procurar em centros médicos estrangeiros a preparação reumatológica que entre nós era ao tempo impossível, apesar do seu natural empenho não possibilitar levar a Reumatologia nacional à hierarquia que tem em todos os países comumente civilizados, queremos salientar que tal facto se verificou porque não souberam ou conseguiram unir-se, assim conduzindo o seu esforço isolado — e a resultante falta de entejuda — a uma lógica fraqueza e a pobres resultados.

A Reumatologia que entre nós foi durante largo tempo considerada um parente pobre e sem razões para a sua individualização como especialidade médica — erro evidente se, por exemplo, ponderamos que nos seus aspectos pluridisciplinares se encontram os problemas mais complexos e actuais não só da patologia (como os ligados à imunologia e à inflamação) como da terapêutica hoje disponível — começa a ser agora, uma vez que a Ordem dos Médicos a elevou a nova especialidade, motivo de interesse e de promoção em numerosos sectores médicos nacionais.

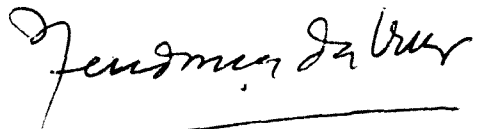
Se esta posição actualmente ocupada pelos reumatismos é motivo da maior satisfação, queremos também fazer notar que se continuarmos a fazer

colóquios, simpósios, cursos e reuniões reumatológicas sem um programa acordado por todos mas apenas por grupos isolados e limitados, quantas vezes em datas que se atropelam, a Reumatologia Portuguesa pouco beneficiará e os médicos nela interessados poucas possibilidades encontrarão para se promoverem dada a brevidade, sobreposição e desconexão destes contactos.

O lugar ou a instalação da Reumatologia no Serviço Médico que o País venha a adoptar será precária e morosa, se os seus cultores não forem capazes duma colaboração unida e bem programada.

Porque pensamos que nenhum reumatologista pode invocar a sua prática, mesmo que muito longa, para ocupar qualquer lugar de especialista é porque também pensamos que o curriculum médico não reumatológico, mesmo que muito brilhante, não pode significar a qualidade de reumatologista. É de todo injustificado alertar não só os reumatologistas mas todos os médicos que já compreenderam o interesse desta nova especialidade, para a necessidade de unir esforços e vontades para que se detalhem e sugiram os caminhos a percorrer de modo que a Reumatologia tenha a idoneidade, o prestígio e a promoção que se pretendem; só assim será possível criar e preencher de forma apta e indiscutível os Serviços de Reumatologia que urge criar no País e deles tirar o maior benefício não só para o conhecimento médico como para a colectividade.

Melhor que a outros organismos, deverá caber à Ordem dos Médicos e à Sociedade Portuguesa de Reumatologia a tarefa honrosa de delinear a orientação necessária para atingir com segurança a melhor meta.



J. de MENDONÇA da CRUZ



quando a dor ameaça
estragar o dia...

PONSTAN

(ácido mefenâmico, Parke-Davis)

PARKE-DAVIS

Serviços de Informação Médica

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

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



movimentos
fáceis
com

syntecort

O MELHOR TOLERADO DOS CORTICOSTERÓIDES MAIS ACTIVOS

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



Synt. A. Mod. 1/68

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



CONSIDÉRATIONS SUR L'ATTITUDE DE PRÉVENTION ET DE RÉCUPÉRATION DU HANDICAPÉ DE LA MAIN DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (*)

EDUARD SERBAN

Résumé: L'étude est fondée sur la recherche de 24 cas de polyarthrite rhumatoïde, avec des atteints de différents degrés de la main, dont nous détachons les conclusions suivantes:

1. Pour être efficace, la rééducation fonctionnelle doit être précoce, dès les premiers signes de maladie, lorsque les tissus de soutien péri-articulaires ne sont pas altérée et que les déformations en zigzag de la main ne sont pas encore apparues (déviation radiale du poignet avec déviation cubitale des doigts).

2. Lorsque la déformation s'est installée, la pratique nous a démontré qu'il est presque impossible de la corriger seulement par rééducation médicale et qu'il est nécessaire de recourir à des méthodes orthopédiques-chirurgicales.

3. Une rééducation forcée en vue de la réalisation de la récupération des déviations peut entraîner une destruction encore plus accentuée des structures articulaires et péri-articulaires.

L'objectif principal de la rééducation fonctionnelle de la main rhumatoïde est représenté par l'interruption du cercle vicieux créé, dans le sens de la modification des activités manuelles et professionnelles nocives, en vue de contrecarrer les «forces déformantes intérieures et extérieures» et de rétablir l'équilibre de forces menacé.

Les méthodes utilisées par nous ont été les suivantes: l'application d'attelles de repos avec l'articulation métacarpo-phalangienne en extension, l'utilisation gestuelle de la main en coupe et des doigts en crochet, ainsi que la

(*) Communication présentée au 11^{ème} Congrès Latin de Rhumatologie (Bucarest, 22-24 Septembre 1976).

modification des différents objets de travail et ménagers, afin d'éviter les actions déformantes.

Le massage et les bains d'huile de paraffine ont été utilisées seulement en dehors des poussées aiguës, pour la stimulation de la circulation, pour la modification du tonus musculaire en sens sédatif et myo-régulateur et dans le but de bénéficier au maximum de l'effet thermique et d'immersion.

I — INTRODUCTION

La polyarthrite rhumatoïde (P.R.) atteint obligatoirement la main. Le diagnostic est pratiquement établi lorsque la main est intéressée.

Dans l'évolution de la P.R., les troubles de la main peuvent être compensés pendant un certain temps, mais assez vite la main se décompense irréversiblement par l'atteinte des structures intra et spécialement péri-articulaires.

Le processus rhumatoïde engendre de multiples variétés de déformation au niveau des mains. Tout déséquilibre ou toute déformation de la main altère la fonction de préhension sous toutes ses formes. La limitation ou la perte de l'utilisation efficiente de la main a un retentissement sur la vie du malade, avec des conséquences sociales et économiques négatives.

II — MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les buts principaux dans la lutte contre le handicap de la main rhumatoïde sont:

1. La prévention de la décompensation et de la déformation de la main.
2. La correction de la déformation déjà constituée.

Nous nous sommes livrés à l'étude de 24 malades souffrant de P.R. avec des atteintes de différents degrés et formes de la main. Sur ces cas, 5 étaient compensés (la main présentant seulement des tuméfactions fusiformes de doigts) et 19 décompensés, c'est-à-dire handicapés, avec différentes déformations de la main, à savoir:

— 15 déformations en zigzag sans destructions évidentes (déviation radiale de l'articulation de la main avec déviation cubitale des doigts);

— 4 cas avec handicap global massif, comportant des lésions contra-directoires réalisées par des raideur différentes dues à l'ankylose osseuse, conjointement avec des laxités secondaires à des destructions des surfaces articulaires et des tissus de soutien péri-articulaires.

Dans les cas de P.R. avec la main «compensée» (non-handicapée), moment qui correspond à la période de poussée évolutive, nous avons appliqué, en plus du traitement médicamenteux anti-inflammatoire de base, la contention de la main dans une attelle de repos en vue de combattre les forces (contraintes) internes et externes, qui dans les conditions du processus rhumatoïde

O Bayolin[®]

**ataca as dores reumáticas
pela base**

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

Composição

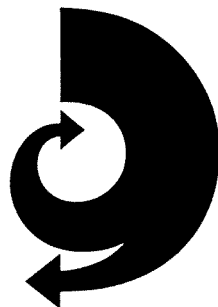
100 g de creme contém: Heparinóide Bayer
5.000 U/HDB, monossalicilato de etilenoglicol 10 g,
nicotinato de benzilo 2,5 g.

Indicações

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

Apresentação

Bisnaga com aplicador, contendo 70 g.



novobédouze

bouchara dez mil



**o antálgico neurótropo
das grandes síndromes dolorosas**

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



laboratórios bouchara

8, rue pastourelle - paris

Representante:

NEO-FARMACÉUTICA, LDA.

Av. da República, 45, 1.º - Lisboa 1

R. Sá da Bandeira, 605, 2.º - Porto

produisent des déséquilibres et des déformations de la main au cours de l'exécution des gestes usuels ou professionnels. Nous avons toujours appliqué l'attelle avec l'articulation métacarpo-phalangienne en extension, attitude moins physiologique, mais la seule qui permet d'éviter les forces déformantes internes, et avec le carpe en position de fonction.

Au cours de la nuit, la tendance à déviation cubitale a été combattue par nous aussi en plaçant la main sur un coussin dur ou dans une gouttière plâtrée, les deux en forme d'U.

III — DISCUSSION

Dans tous les cas, l'application de l'attelle a atténué la douleur et a favorisé les rémissions locales.

Chez les malades avec la main non-handicapée, l'objectif principal poursuivi a été l'interruption du cercle vicieux créé, dans le sens de la modification des activités manuelles nocives en vue de contrecarrer les forces déformantes internes (activité des muscles de la main et des doigts) et externes (mode de préhension, résistance aux mouvements et à la gravitation), qui impriment à la main une attitude défavorable avec son induction en pronation, les doigts en flexion et inclinaison cubitale, le pouce en adduction et l'index en déviation cubitale. Pour lutter contre ces forces déformantes, nous avons cherché, dans le cadre de l'activité de rééducation fonctionnelle et d'ergothérapie, à modifier en général les gestes de préhension, pour ne pas provoquer ou accentuer le déséquilibre de la main. Ainsi, nous avons habitué les malades d'utiliser, dans les gestes quotidiens, la main en crochet avec flexion des articulations interphalangiennes proximales et distales et extension concomitante des articulations métacarpo-phalangiennes. En outre, nous avons remplacé le mode de préhension entre le pouce et l'index par la préhension avec les deux mains en coupe. Par conséquent, tout l'effort de rééducation s'est concrétisé par l'utilisation le plus possible chez les rhumatoïdes de la main en coupe et des doigts en crochet.

Pour éviter les gestes et les attitudes qui forcent le poignet en déviation radiale et les doigts en déviation cubitale, nous avons dû modifier différents objets et utensiles. Ainsi, pour éviter la flexion au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, les objets ménagers et de travail ont subi des modifications, soit de la forme, soit du bras de levier de la force. Par exemple, on a augmenté l'épaisseur de certains objets: couverts, clefs, stylos, boutons, cannes, queues de poêles à frire, manettes de certains appareils, changement de vitesse, volant d'automobile etc.

En outre, nous nous sommes appliqués à faire éviter aux malades le geste assez usuel du mouvement de torsion entre le pouce et l'index, également par les modifications apportées à des objets et des utensiles employés.

Lorsqu'il a été impossible de modifier le mode de préhension, nous avons essayé d'appliquer la méthode de la «rééducation inverse», c'est-à-dire

la rééducation par inversion des mouvements, en utilisant les forces déformantes externes même pour prévenir ou corriger les déformations, notamment la résistance aux mouvements ou à la gravitation.

Dans les cas où la main était handicapée, la rééducation fonctionnelle suivant le schéma de ci-dessus a également été appliquée dans tous les cas, mais la réalisation gestuelle n'a pas été complète à cause des déformations.

En dehors des poussées inflammatoires nous avons utilisé la méthode de récupération par immersion sous eau simples à la température de 35-36° dans tous les cas, accompagnée par massage léger et mobilisation assistée dans le but de la stimulation de la circulation dans les muscles de la main et de la modification de leur tonus en sens sédatif. Pendant les périodes aiguës, nous estimons que tout massage est contreindiqué, car il exacerbe les processus myositiques et contrevient au principe de mise au repos.

Les applications de parafango ou les bains d'huile de paraffine ont été effectués par nous seulement pendant les périodes d'accalmie, comme procédés adjuvants à action myorégulatrice et sédatif.

Les attelles correctrices et fonctionnelles ont été employées par nous dans les cas avec des déformations incomplètement stabilisées ou avec de grandes déformations. Nous avons remarqué en général une certaine amélioration du degré de déformation, mais jamais une correction importante ou totale; en échange, nous avons observé une amélioration de la fonction musculaire déséquilibrée, dans le sens de la possibilité de mouvements actifs au niveau des articulations qui possédaient un bon contrôle volontaire.

IV — RÉSULTATS

Par l'application des méthodes mentionnées ci-dessus, nous avons obtenu les résultats suivants:

1. Sur les 5 cas non-handicapés (main compensée), dans 4 cas suivis pendant une année et sous traitement médicamenteux ne s'est produite aucune déviation cubitale et aucune autre déformation. L'utilisation de l'attelle de repos et de la préhension corrigée a été obligatoire.

2. Dans les 15 cas de déformation en zigzag, nous n'avons obtenu aucune amélioration évidente, en dehors de la mise en valeur de certaines articulations peu intéressées ou de certaines fonction musculaire.

3. Dans les 4 cas de handicap global grave avec des lésions contradictoires, les résultats ont été nuls du point de vue fonctionnel et les malades ont été dirigés vers les services de chirurgie réparatrice.

4. Une rééducation forcée et douloureuse de la main handicapée rhumatoïde est — comme nous l'a prouvé l'expérience des cas — non seulement illusoire, mais elle peut produire ou aggraver les déformations articulaires et péri-articulaires et même réactiver l'affection (4 cas).

ROBAXIN[®]

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



COMPRIMIDOS

FÓRMULA

Cada comprimido contém:

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

Excipiente q. s

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

SUPOSITÓRIOS

FÓRMULA

Cada supositório contém:

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

Excipiente q. s

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

Sob Licença de A. H. ROBINS COMPANY



LABORATÓRIOS
LAQUIFA

«Valium» Roche

para suprimir os espasmos musculares de origem reumatismal



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

Valium — Trade Mark

«Valium» Roche, melhor do que um tranquilizante

ROCHE

V — CONCLUSIONS

La modeste étude de plus haut nous autorise à formuler les conclusions suivantes:

1. Pour être efficiente, la rééducation fonctionnelle de la main rhumatoïde doit être précoce, dès les premiers signes évidents de maladie, quand les tissus de soutien péri-articulaires ne sont pas altérés et quand les déformations en zigzag ne sont pas encore apparues.

2. Si les déformations se sont installées, la pratique nous a démontré qu'il est presque impossible de les corriger seulement par rééducation médicale ou par contention et qu'il est nécessaire de faire appel aux méthodes chirurgicales.

3. Une rééducation forcée en vue de réaliser la récupération des déformations peut entraîner une destruction encore plus grande des structures articulaires et péri-articulaires et, par conséquent, elle est contre-indiquée dans n'importe quelle phase de la maladie.

RESUMO

O estudo baseia-se na investigação de 24 casos de poliartrite reumatóide, atingindo a mão segundo diversos graus, destacando-se as conclusões seguintes:

1.— Para ser eficiente, a reeducação funcional deve ser precoce, desde os primeiros sinais da doença, enquanto os tecidos de sustentação periarticulares não estão alterados e as deformações da mão em zig-zang ainda não tenham aparecido (desvio radial do punho com desvio cubital dos dedos).

2.— Quando a deformação se instala, a prática demonstrou-nos que é quase impossível corrigi-la unicamente através da reeducação médica, sendo necessário recorrer a métodos ortopédico-cirúrgicos.

3.— Uma reeducação forçada com vista à realização da recuperação dos desvios pode implicar uma destruição ainda mais acentuada das estruturas articulares e peri-articulares.

O objectivo principal da reeducação funcional da mão reumatóide é representado pela interrupção do círculo vicioso criado, no sentido da modificação das actividades manuais e profissionais nocivas, com a finalidade de contrariar as «forças deformantes interiores e exteriores» e de restabelecer o ameaçado equilíbrio de forças.

Os métodos utilizados por nós foram os seguintes: aplicação de talas de repouso com a articulação metacarpo-falângica em extensão, a utilização «gestual» da mão «em coupe» e dos dedos «em crochet», e ainda a modificação dos diversos utensílios de trabalho e a fim de evitar as acções deformantes.

A massagem e os banhos de parafina foram utilizados somente fora das «pousées» agudas, para a estimulação da circulação, para a modificação do tonus muscular em sentido sedativo e mio-regulador e com a finalidade de beneficiar ao máximo do efeito térmico e de imersão.

REZUMAT

Pe baza studiului efectuat am ajuns la urmatoarele concluzii:

1.— *Reeducarea functionala a mainii reumatoide pentru a fi eficienta trebuie sa fie precoce inca de la primele semne evidente de boala, cind tesuturile de sustinere priarticulare nu sint alterate si cind nu au aparut deformatiile in zig-zag.*

2. — Atunci cind deformatiile s-au instalat, practica ne-a demonstrat ca este aproape imposibil ca acestea sa fie corijate numai prin reeducare medicala sau contentionala, fiind necesare metode chirurgicale.

3. — O reeducare fortata în scopul realizarii recuperarii deformatiilor poate antrena o distructie si mai mare a structurilor articulare si periarticulare si deci este contraindicata in drice fata a bolii.

BIBLIOGRAPHIE

1. BACH F. — Comment aider le malade dans le traitement de sa polyarthrite rhumatoïde. *Rev. Rhum.* 1971, 38, 775-779.
2. FROMSON A.I. — Hand reconstruction in arthritis mutilans. *J. Bone Surg.* 1971, 53A, 1377-1382.
3. HAMONET C. — La préhension. *Kinésithérapie*, 1971, 87, 5-12.
4. KENESI C. — La main des polyarthrites. *Kinésithérapie*, 1971, 38 749.
5. MOYER SOEN J. — Rééducation fonctionnelle et ergothérapie de la main rhumatismale. *J. belge Rhum. med. Phys.*; 1971, 26 217-230.
6. STOIA I. et coll. — Reabilitarea bolnavilor reumatici cu deficiente motorii. (Réadaptation des malades rhumatisants avec des déficiences motrices). *Ed. Médicales*, Bucarest, 1966.
7. STOIA I. — Conduita terapeutica medicamentoasa in reumatismele inflamatorii cronice. *Caiet documentar CMR* 1969, pg. 121-126. (Conduite thérapeutique médicamenteuse dans les rhumatismes inflammatoires chroniques).
8. SHELEY R.L. — Dynamic factors in deformity of the rheumatoid hand. *Bull. rheum. dis.* 1971, 11, 233.
9. SERBAN ED. — Consideratii asupra problemei recuperarii prehensiunii în mina traumatizata. *Indreptar metodologic si documentar de bf si recuperare medicala*, 1973, vol. IX, pg. 73-76. (Considérations sur le problème de la récupération de la préhension dans la main traumatisée).
10. TUBIANA R. — La main rhumatoïde.
11. VALENTIN P. — Principales déformations des doigts dans la polyarthrite rhumatoïde. *Kinésithérapie*. 1971, 87, 13-20.

Relmus[®]



tiocolquicosido

inflamação

contractura

inflamação



HYDERGINE[®]

EM REUMATOLOGIA

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

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

HYDERGINE[®]

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

UN TRAITEMENT NON-SPÉCIFIQUE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE PAR UNE MÉTHODE ORIGINAL (*)

GEO SAVULESCU; DORINA FLESCIN; MIRCEA VESCAN
ET AURELIA CRUCEANU

Résumé: *Dans ce travail, nous avons proposé une nouvelle thérapeutique employée dans les maladies rhumatismales inflammatoires du type PCE et spondylite ankylosante. Caractéristiques générales:*

1— *Le traitement a un effet plus évident et plus rapide dans les formes ayant un processus aigu récent ou même aigu en évolution. Lorsqu'il y a destruction des fibres tissulaires et que la thérapeutique est tardive, les lésions ne sont pas influencées.*

2— *Dans les cas d'affection inflammatoire rhumatismale, le soulagement est visible dès les premières 10-15 applications du traitement. La durée du traitement pour entraver le processus évolutif est de 2 à 4 mois. Après cette période, il y a un groupe de malades cliniquement équilibrés qui n'a plus besoin de traitement. Mais il y en a d'autres avec des problèmes cliniques de moindre importance qui peuvent surgir à certaines intervalles et qui exigent un traitement de manutention.*

3— *Dans de traitement, on utilise une solution de lysats protéiques administrés par la méthode du Dr. Alexandre Savulescu. Nous soulignons que la thérapeutique sus-mentionnées n'a pas d'effets secondaires négatifs et ne conditionne pas de maladies iatrogènes comme celles que produisent les actuels traitements anti-inflammatoires et anti-rhumatismaux.*

On a traité 5 malades de PCE et 7 malades de spondylite ankylosante. Chez les malades traités correctement et de façon complète, on a obtenu les résultats suivants: 1 malade de PCE contrôlé, et 4 cas avec amélioration clinique de longue durée.

(*) Communication présentée au 11ème Congrès Latin de Rhumatologie. (Bucarest, 22-24-IX-1976).

I — INTRODUCTION

Dans ce travail nous proposons un vieux traitement, mais néanmoins nouveaux, et une méthode thérapeutique originale. Ce traitement des rhumatismes inflammatoires a été mis à point par Alexandre Savulescu à l'époque de 1930-1950 et appliqué avec de très bons résultats. Nous pratiquons le traitement avec des piqûres d'un lysat proteique (PL), appliqué local et régional, suivant un schéma thérapeutique. Ce traitement est pourtant bien différent de la proteinothérapie, car on ne cherche pas seulement un effet général. Il n'a pas d'effets pyrétogènes et, n'étant pas immunogène, il n'est pas un facteur d'accroissement du titre des anticorps.

Cette méthode a été exposée pour la première fois par Al. Savulescu dans la «Revue de Sensibilisation» (5, 6, 7, 8) et plus tard aux conférences de la Société des Sciences Médicales de Bucarest (1946 et 1963).

II — MATÉRIEL ET MÉTHODE

On applique le traitement avec une solution de proteine hétérologue lysée, par des piqûres locales, périarticulaires et régionales avec 5-10 ml solution par séance et par séries de 10-15 séances (ou plusieurs). On pratique une pause de 12 jours jusqu'à quelques mois, dépendant de la forme clinique et de l'importance des symptômes. Pendant la série nous pouvons faire le traitement chaque jour ou tous les 2-3 jours. On applique le traitement en ambulatoire ou à l'hôpital.

La topographie des piqûres est très importante. On doit l'individualiser en rapport avec l'affection et la forme clinique de chaque malade. La connaissance de cette topographie implique un apprentissage spécial.

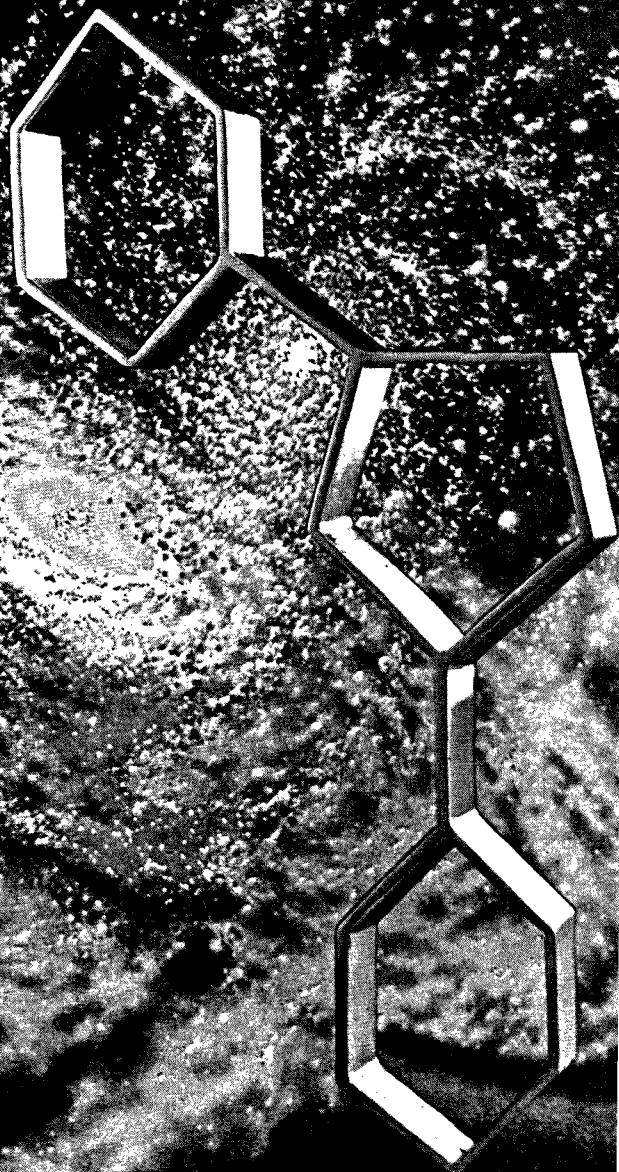
La liqueur proteique contient des polypeptides de faible poids moléculaire qu'on a mis en évidence sur la colonne de SEFADEX G.200.

Dans ce qui suit nous allons présenter une suite de 11 cas traités, 4 de polyarthrite rhumatoïde (PR), 1 seropositif, et 7 spondylarthrite ankylosante (SA) avec atteinte des joints périphériques (deux cas avec une évolution de plus de 30 années).

III — RÉSULTATS

Nous pouvons voir dans le graphique I (Tabel I) que la majorité des malades avaient une raideur matinale intense, complètement réduite après le traitement. De même, la chaleur locale, les tuméfactions et la douleur ont été influencées.

Donorest*



NOVO
anti-inflamatório
não esteroide

Donorest*

(fentiazac)

Wyeth



**anti-inflamatório
não esteroide**

**rápida acção analgésica
excelente tolerância**



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

Supositórios doseados a 200 mg
caixa de 10 supositórios

Posologia simplificada:

Drageias-

2 a 3 por dia

Supositórios-

1 a 2 por dia

Produto preparado em Portugal
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

INDICI DE URMARIRE A REZULTATELOR TERAPEUTICE

TABEL I

INAINTE DE TRATAMENT DUPA TRATAMENT

	-	+	++	+++	++++	-	+	++	+++	++++
Redoare matinala	—	—	4	1	6	5	5	1	—	—
Caldura locala	—	2	4	5	—	10	1	—	—	—
Tumefactii	—	—	1	5	5	8	2	1	—	—
Durere	—	—	—	3	8	5	5	1	—	—

+ petite
 ++ importante
 +++ intence
 ++++ très intence

Dans le graphique II (Tabel II) nous pouvons apercevoir la réduction de la VSH de grandes valeurs à des valeurs intermédiaires. Dans un seul cas la VSH a été réduite de 110/120 mm à la valeur de 9/17 mm après 4 mois de traitement.

TABEL II

V.S.H.	10/20	20/40	50/80	70/100	Peste 100
Initial	2	4	2	2	1
Intermediar	2	4	3	2	—
Dupa trat.	3	5	3	—	—

En même temps nous avons obtenu une importante amélioration de l'état fonctionnel des articulations malades. Dans le graphique III (Tabel III) on peut voir que l'orthostatisme est revenu à normal dans 5 cas, la marche dans 3 cas et l'écriture dans 2 cas (rapportés aux malades initialement atteints).

Dans les graphiques IV et V (Tabel IV et V) nous présentons l'évolution des atteints articulaires pour tous les malades (numérotés de 1 à 11). Nous avons suivi la remission thérapeutique de longue durée (15), la stabilisation et l'arrêt de l'évolution des lésions (20) avec la réduction de l'inflammation et l'arrêt de l'évolution des lésions articulaires avec la persistance de l'inflammation, des lésions articulaires encore actives (13).

TABEL III
STAREA FUNCTIONALA

	INAINT DE TRATAMENT				DUPA TRATAMENT			
	Normal	Greu	F. greu	impos.	Normal	Greu	F. greu	impos.
Ortostatism	4	4	—	3	9	2	—	—
Mers	4	1	3	3	6	5	—	—
Scris	7	—	4	—	10	1	—	—
Cusut	—	—	3	—	2	1	—	—
Crosetat	—	—	—	3	1	1	1	—

TABEL IV
ARTICULATII PRINSE

	INAINT DE TRATAMENT			DUPA TRATAMENT			
	Total	Active	Stabi- lizate	Total	Active	Stabi- lizate	Vinde- cate
Sacro-Iliace	8	7	1	8	2	6	—
Coloana D-L	6	5	1	6	1	4	1
Coloana C	3	2	1	3	1	2	—
Condro-Stern.	3	3	—	3	1	1	1
Scap.--Humer.	5	5	—	5	1	1	3
Coxo-Femur.	3	3	—	3	2	1	—
Genunchi	6	6	—	6	1	1	4
Coate	3	3	—	3	1	2	—
Artic. mici ale mîinilor	5	5	—	5	1	1	3
Artic. mici ale picioare.	6	6	—	6	2	1	3

IV — DISCUSSION

5 des 11 malades traités ont eu des formes récentes en plein déroulement, et 6 de formes cliniques avec une longue évolution et des importantes distructions mésenchimales. L'évolution de tous les malades avec affections récentes a été très favorable et relativement rapide (quelques mois). Le traitement des malades avec des formes à évolution prolongée a duré pour chacun plusieurs années, avec des séries de traitement d'entretien à des intervalles plus ou moins longues. Les améliorations, en ce qui concerne la douleur,

VITAMINOTERAPIA INTENSIVA POR VIA ORAL E PARENTÉRICA

TRIVIDOR

nas afecções
inflamatórias

B₁

e degenerativas
do sistema nervoso
central e periférico

B₆

B₁₂

TRIVIDOR

FRASCO DE 50 COMPRIMIDOS • CAIXA DE 6 AMPOLAS



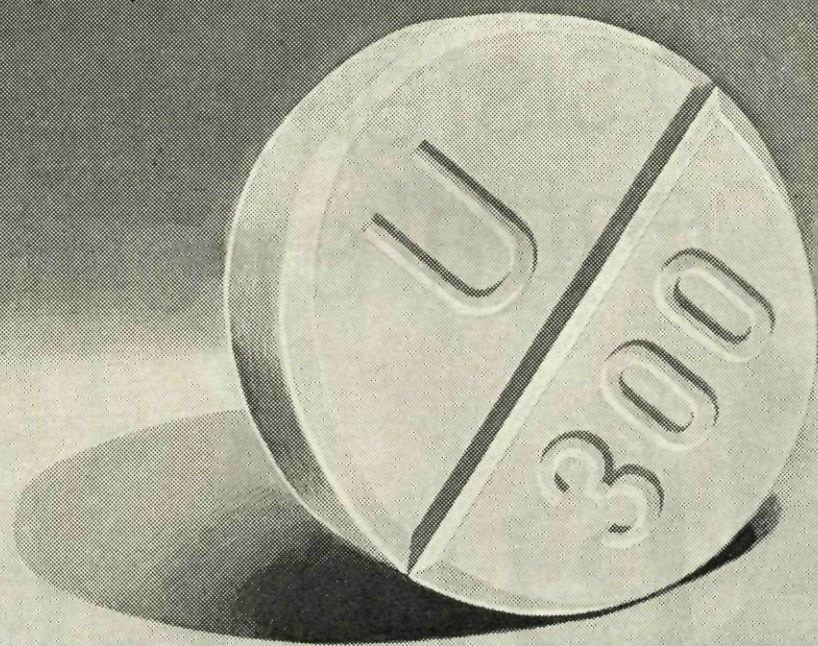
LUSOFÁRMACO • LISBOA

Uripprim

Uripprim

300

Bial



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

TABEL V
ARTICULATI PRINSE

Cazuri	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sacro-Iliace	—	(a) s	(a) s	—	(a) s	(a) (a)	s s	—	(a) (a)	(a) s	(a) s
Coloana D-L	—	—	(a) v	—	(a) s	—	s s	—	(a) (a)	(a) s	(a) s
Coloana C	—	—	—	—	—	(a) (a)	s s	—	(a) s	(a) s	—
Condro-Ster.	(a) s	—	—	—	—	(a) (a)	(a) s	—	—	—	—
Scap.-Humer.	—	(a) v	(a) v	—	(a) v	(a) (a)	(a) s	—	—	—	—
Coxo-Femur.	—	—	—	—	—	(a) (a)	(a) s	—	(a) (a)	—	—
Genunchi	—	(a) s	—	—	(a) v	(a) (a)	(a) s	—	—	(a) v	(a) v
Coate	—	—	—	—	—	(a) (a)	(a) s	(a) s	—	—	—
Artic. mici ale minilor ..	(a) v	—	—	(a) v	—	(a) (a)	(a) s	(a) v	—	—	—
Artic- mici ale picioare.	—	(a) v	(a) (a)	—	—	(a) (a)	(a) s	(a) v	—	(a) v	—

Legenda: (a) leziune articulata in evolutie
 s leziune articulara stabilizata
 v vindecat

i inainte de tratament
 d dupa tratament

même sans amélioration importante des lésions articulaires, ont changé effectivement les malades en les donnant du courage.

Nous signalons que les résultats thérapeutiques de la groupe des malades avec affections relativement récentes ont été remarquablement stables. Dans un cas, nous avons obtenu une rémission thérapeutique de longue durée (4 années jusqu'à présent) et 4 cas avec des rémissions qui durent depuis quelques mois. Les effets positifs se développent après la fin d'une série thérapeutique pendant 2-3 semaines. C'est un motif de plus qui augmente la confiance des malades.

Nous remarquons qu'au commencement du traitement le malade con-signé sur la 2-ème place (Tabel IV et V) prenait 5 indocid par jour comme traitement antiinflammatoire d'entretien. Après 8 jours de traitement à PL, il réduit la dose à 3 indocid par jour. Dans un délai suivant de 14 jours, il arrive à la dose d'un indocid par jour pour renoncer définitivement à l'indocid après encore 20 jours de traitement à PL.

Chaque fois nous avons strictement évité l'association du traitement à PL avec un autre médicament antiinflammatoire qui a une action importante sur le métabolisme protéinique (corticothérapie, crisothérapie, roëntgenthérapie, immunosupresseurs).

Avantages thérapeutiques: Premièrement nous signalons que la grande majorité des substances thérapeutiques utilisées aujourd'hui dans le traitement antirhumatismale ont des effets secondaires nuisibles que nous ne pouvons pas éviter. Nous croyons, aussi, qu'il est très important que ces substances ont une action sur le métabolisme protéinique, car ils produisent des dérèglements.

Avec le traitement à PL, que nous proposons, nous n'avons pas remarqué, jusqu'à présent, de tels effets secondaires. Le traitement à PL est sans toxicité, il ne présente pas des incidents immunologiques, na produit pas des maladies yatrogènes, il est très bien supporté par les malades ayant des réactions allergiques diverses et on peut l'appliquer aux malades avec des affections associées: ulcères digestifs, affections biliaires, affections rénales, ischemie cardiaque, atérosclerose avec hypertension artérielle et autres affections. Comme contreindications générales nous prenons en considération: la gravidité, les maladies infectieuses en évolution, TBC évolutif, cancers, états cachectiques.

Nous avons testé le médicament sur des lapins, cobays et souris. Nous avons trouvé une très faible reponse immunitaire. Nous soulignons que sur les hommes traités nous n'avons pas eu des réactions allergiques, ni même très faibles, en opposition avec d'autres produits biologiques utilisés dans la thérapeutique antirhumatismale (extrait de cartilage et de moëlle osseuse) pour lesquelles existent une tolérance excellente, mais les reactions allergiques peuvent apparaître (9).

Hypothèse pathogénique et action thérapeutique: nous devons reconnaître que la thérapeutique que nous proposons dans ce travail est, à la première vue, en contradiction avec la pathogénie autoimmune dans la PR. La principale lésion anatomopathologique dans la PR c'est la nécrose fibrinoïde du tissu conjonctif. Le point de vue d'Al. Savulescu sur la cause de ces ravages mésenchymales c'est qu'elles sont produites par le déséquilibre bio-

RUMALON®



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

inibe a evolução da artrose

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

Indicações:
Artroses

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

Apresentação:
Caixas com 5 e 25 ampolas de 1 ml

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

6044.1.77.111

RUMALON RUMALON

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

RUMALON RUMALON

**VESTUÁRIO
TERAPÊUTICO**

Medima
ANGORA

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

**MEDIMA-Werke
D-7867 Maulburg**

À venda nas Farmácias e nas Casas Ortopédicas

Distribuidor oficial: **ORTOMOL** — Sociedade Importadora de Material Ortopédico, Lda.

Rua Luciano Cordeiro, 89, 3.º-Esq. — Lisboa - I — Telef. 55 59 39

énergétique-bioélectrique c elulaire et, bien sur, tissulaire. Ce d esequilibre est à la base de l'inflammation, des douleurs et l'impotence fonctionnelle cons equentives et des modifications articulaires (mesenchimales). L'action thérapeutique doit produire le r eequilibre bioénergétique-bioélectrique tissulaire. Nous pouvons réaliser ce r eequilibre, dans la thérapeutique, par l'introduction dans les tissus souffrants des polypeptides contenant des ions avec bipolarité électrique. L'action biophysique des ions peptidiques se réalise au niveau biochimique par le blocage des intermédiaires métaboliques protéiniques.

Les auteurs G.d'Atri et ses collaborateurs soutient et démontrent expérimentalement que les fractions polypeptidiques qui sont contenus dans le produit italien lysartrosi, réalise l'action antiinflammatoire par le blocage de la sérotonine, la histamine, la bradiquinine et la prostaglandine (1, 2, 3, 4).

V — CONCLUSIONS

1. Nous proposons un traitement avec lequel nous avons obtenu des rémissions stables de longue durée de la PR et de la SA.

2. Dans les stades avanc es de la maladie nous pouvons changer l'évolution maligne de la maladie.

3. En ce qui concerne la pathogénie et l'explication de l'action thérapeutique des polypeptides en solution, nous nous limitons à soumettre l'hypothèse  mise par Al. Savulescu il y a 27 années (environ 1950).

Nous nous trouvons aujourd'hui dans la situation paradoxale de connaître très peu de la pathogénie bioénergétique des rhumatismes inflammatoires, mais nous pouvons aider les malades avec la thérapeutique à PL. En echange, on considère qu'on connait beaucoup de la pathogénie autoimmune de la PR, mais on peut faire assez peu pour ces souffrants avec la thérapeutique associ e à ce point de vue théorique. Le paradoxe est seulement apparent. Nous connaissons très peu, mai suffisant pour que le traitement soit efficace. C'est cela qui compte.

Nous soulignons que nous pouvons obtenir une rémission thérapeutique de longue durée avec le PL autant vite que nous traitons les malades dans une phase plus precoce. De plus, de cette manière, nous pouvons éviter les eventuelles sequelles.

RESUMO

No presente trabalho nós propusemos uma nova terapêutica utilizada nas doenças reumáticas inflamatórias do tipo PCE e espondilite anquilosante. Características gerais: 1. — O tratamento tem um efeito mais evidente e mais rápido nas formas com processo agudo recente ou mesmo agudo em evolução. Quando há destruição das fibras tissulares e a terapêutica é tardia, as lesões não são influenciadas. 2. — Nos casos de afecção inflamatória reumatismal, as melhoras s o visíveis logo após as primeiras 10-15 aplicações do tratamento. A duração do tratamento para suster o processo evolutivo é de 2 a 4 meses. Passado este período, há um grupo de doentes clinicamente equilibrados que já não precisa de tratamento, mas há outros grupos de doentes com problemas clínicos de menor importância que podem aparecer com certos intervalos e que necessitam de um

tratamento de manutenção. Nos intervalos entre os tratamentos o estado geral dos doentes é bom, sem problemas reumatismais subjectivos. 3. — No tratamento é utilizada uma solução de lízados proteicos administrados pelo método do Dr. Alexandre Savulescu. Salientamos que a terapêutica acima mencionada não tem efeitos secundários negativos e não condicionam doenças iatrogêneas como as que produzem os actuais tratamentos anti-inflamatórios e anti-reumatismais. Foram tratados 5 doentes com PCE e 7 com espondilite anquilozante. Nos doentes tratados correcta e completamente, foram obtidos os seguintes resultados: 1 doente com PCE controlado e 11 casos com melhoras clínicas de longa duração.

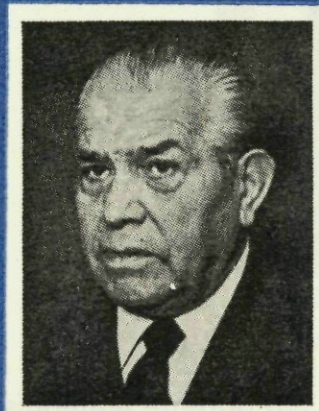
REZUMAT

În prezenta lucrare propunem o noua terapeutica utilizata în boli inflamatorii reumatismale de tip PCE si spondilita anchilozante. Caracteristici generale: 1. Tratamentul are un efect mai evident si mai rapid în formele cu proces acut recent sau chiar acut în desfășurare. Cînd au avut loc focare de distrugere si fibrozare tisulara, terapia este tardiva, leziunile nemaiputînd fi influentate. 2. În cazurile de puseu inflamator, reumatismal, ameliorarile apar chiar din primele 10-15 sedinte de tratament. Durata tratamentului de oprire a procesului evolutiv este între 2 si 4 luni. Dupa aceasta perioada o categorie de bolnavi echilibrati clinic nu mai necesita tratament, iar a doua categorie de bolnavi cu tulburari clinice minore ce pot apare la anumite intervale impun un tratament de întretinere. În intervalele dintre tratamente, starea generala a bolnavilor este buna fara tulburari subiective reumatismale. 3. În tratamente se utilizeaza o solutie de lizat proteic administrat prin metoda Dr. Alexandru Savulescu. Subliniem ca terapeutica mentionata mai sus nu are efecte secundare negative si nu produce boli iatrogene asa cum produc actualele tratamente antiinflamatorii antireumatismale. Au fost tratati 5 bolnavi de PCE si 7 cu Spondilita anchilopoetica. La bolnavii tratati corect si complet am avut urmatoarele rezultate: 1 bolnav de PCE vindecat si 11 cazuri cu remisiuni clinice de lunga durata.

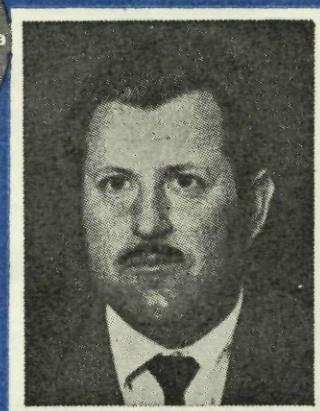
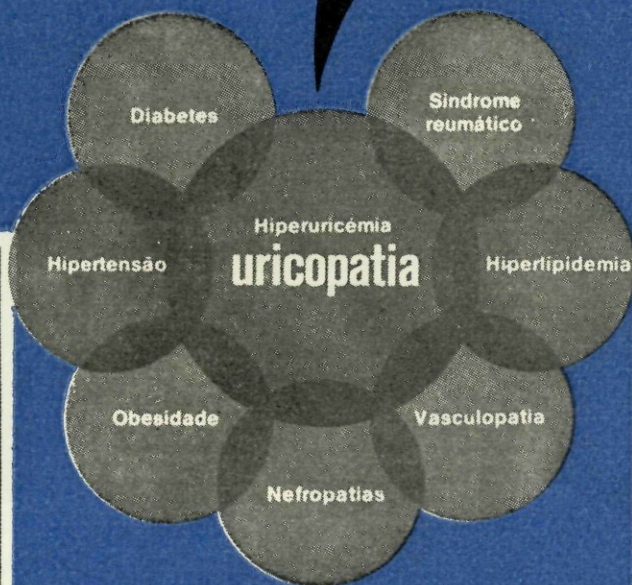
BIBLIGRAPHIE

1. G. D'ATRI, P. GOMARASCA: «Attività del Lysoartrosi o dei polipeptidi in esso contenenti sull'inflamazione idotta da serotonina» — *Minerva Medica*, vol. 62 — N 3-4, 13 Gennaio, 1971, p. 71.
2. G. D'ATRI, N. PACINI, P. COMARASCA: «Attività del Lysoartrosi verso l'azione contratturante della serotonina su diverse musculature lisce» — *Minerva Medica*, vol. 62, — N 3-4, 13 Gennaio 1971, p. 89.
3. P. GOMARASCA, D. D'ATRI: «Interazione tra lysoartrosi et istamina — *Minerva Medica*, vol. 62 — N 3-4, 1971, p. 142.
4. G. GOMARASCA, G. D'ATRI, A. TITTOBELLO: «Attività antibradikinina del Lysoartrosi» — *Minerva Medica*, vol. 62 — N 3-4, 1971.
5. ALEX. SAVULESCU: «Le Rhumatisme musculaire. Son traitement par désensibilisation régionale» — *Revue de sensibilisation* no. 1, Bucaresti, martie 1935, p. 23.
6. ALEX. SAVULESCU: «La zone migrainogène, une nouvelle conception pathogénique» — *Revue de sensibilisation* no. 1, Bucaresti, mars 1935, p. 32.
7. ALEX. SAVULESCU: «La pensée biologique» — *Revue de sensibilisation* no. 3, 4, 5, Bucaresti, decembrie 1936, p. 138.
8. ALEX. SAVULESCU: «Les lois de la synergie reflexe musculo-viscérale et de la désensibilisation métamérique» — *Revue de sensibilisation* no. 3, 4, 5, Bucaresti, decembrie 1936, p. 144.
9. S. DE SEZE, P. DREYFUS: «Importance, possibilités et limites du traitement et l'arthrose dans le cadre des connaissances actuelles», in *Arthritis-Arthrose*, Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Wien, p. 233.

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



**33 % dos Hipertensos
têm Hiperuricémia**



**70 % dos Hiperlipidémicos
têm Hiperuricémia**

para uma terapêutica causal

Zyloric*

antiuricopático

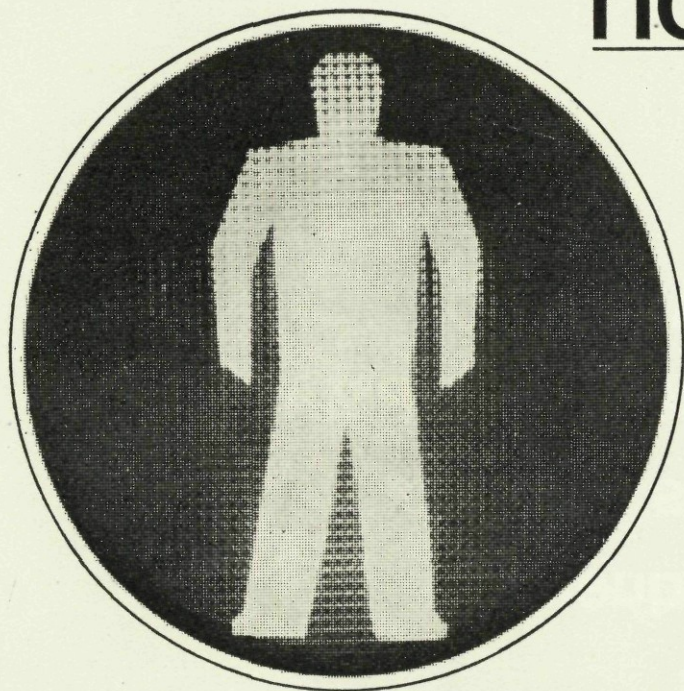
**sem
interrupção**



Wellcome

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

NOVO



Luz Verde
para o seu doente reumático
com

Tolectin[®]

- TOLECTIN é um antireumático não esteróide completamente novo que tem provado as suas qualidades terapêuticas na clínica internacional por um período superior a sete anos.
- TOLECTIN — derivado do pirrol usado como antireumático, que combate a inflamação baixando o nível da prostaglandina E no sangue.

- TOLECTIN — um potente antiflogístico, analgésico e antipirético.
- TOLECTIN — notável rapidez de acção.
- TOLECTIN — elevada eficácia também em terapêuticas de longa duração.
- TOLECTIN melhora decisivamente o modo de vida dos seus doentes reumáticos.

NOVO — Investigado pela



Cilag-Chemie, Ltd.

SCHAFFHAUSEN — SUÍÇA

© Marca Registrada

XVI

Johnson & Johnson
LIMITADA
DIVISÃO FARMACÊUTICA - DIAGNÓSTICOS

Distribuidores: LISFARMA, LDA. — Apartado 1007 - LISBOA

© JJ 1978

SULINDAC: A TOLERÂNCIA AVALIADA ATRAVÉS DE UM ESTUDO MULTICÊNTRICO EFECTUADO EM PORTUGAL (*)

JOÃO FIGUEIRINHAS (**)

Resumo: 1.090 doentes, sofrendo de diversas afecções reumáticas, foram observados, medicamentados com SULINDAC na dose de 200-400 mg, por dia e clinicamente controlados, através de um estudo multicêntrico levado a efeito em Portugal e que teve a participação de 328 médicos.

Verificou-se a ocorrência de efeitos colaterais em 144 doentes (13,21 %), compreendendo 114 (10,46 %) com perturbações gastrointestinais, 12 (1,10 %) com efeitos neurológicos, 5 (0,46 %) com alterações cutâneas, 3 (0,28 %) com problemas cardio-circulatórios, 1 (0,09 %) com retenção hidro-salina e 10 (0,91 %) com outros efeitos.

Conclui-se que, para lá da sua actividade terapêutica, o SULINDAC é uma substância muito bem tolerada.

I — INTRODUÇÃO

No primeiro trimestre de 1976, procedeu-se em Portugal a um estudo clínico multicêntrico para avaliação da actividade e da tolerância de uma nova substância antirreumática cujo nome de código era MK 231. Trata-se de uma nova substância derivada do ácido indeno acético, quimicamente designado por (Z)-5-fluoro-2-metil-1-[(p-metilsulfinil)fenil]-metileno-1-H-indeno-3-ácido

(*) Trabalho apresentado ao II Congresso Latino de Reumatologia, (Bucarest, 22-24-IX-1976).

(**) Reumatologista do Instituto Português de Reumatologia. Membro Titular da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

acético (77). A sua fórmula empírica é $C_{20}H_{17}O_3FS$ que corresponde à fórmula estrutural seguinte:

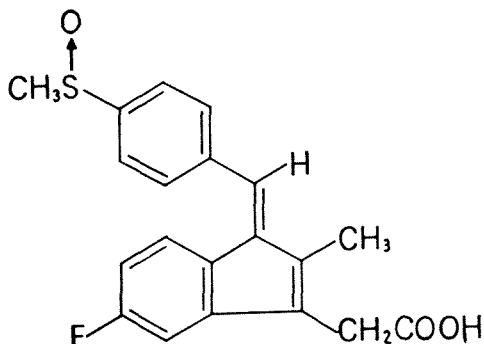


FIG. 1 — Fórmula estrutural do Sulindac

A experimentação farmacológica revelou que esta nova substância anti-reumatisal possuía propriedades anti-inflamatórias eficazes (79). Por outro lado, os estudos praticados em animais revelaram que, além de uma actividade anti-inflamatória, tinha ainda propriedades antipiréticas e analgésicas que se acompanhavam de efeitos secundários pouco frequentes, em especial no que dizia respeito à repercussão sobre o aparelho digestivo (19, 80, 81, 82, 83).

O objectivo deste nosso trabalho é o estudo da *tolerância* da droga quando manejada, nas doses aconselháveis, pelos clínicos gerais.

As conclusões sobre a actividade da droga já foram expostas publicamente em Portugal (12, 79), razão que nos levou a debruçarmo-nos mais profundamente sobre os dados obtidos quanto à tolerância.

Quando se programou o estudo, sabia-se perfeitamente que os clínicos gerais talvez não procurassem tão exaustivamente como os reumatologistas os efeitos colaterais da droga e não obtivessem dados de frequência tão correctos. Mas também se sabia que, certamente, eles iriam recolher muito mais fielmente as queixas espontâneas referidas pelos doentes, dando-nos desta forma uma perspectiva muito mais correcta da *distribuição da gravidade* dos efeitos colaterais.

II — MATERIAL E MÉTODO

Começamos por dividir o território continental português em três zonas geográficas: Norte, Centro e Sul, respeitando-se os limites clássicos, isto é, os rios Douro e Tejo. Contudo, entendemos dever individualizar também as cidades do Porto e de Lisboa (32), por nos parecer terem características próprias (Fig. 2). Fizemos também a divisão do país em zonas climáticas (Fig. 3).

Com esta divisão do território, pretendíamos saber se haveria influência geográfica ou climática sobre a frequência dos efeitos colaterais que eventualmente se viessem a detectar.

NOVO

agente anti-reumático da
MERCK SHARP & DOHME



Artribid

(sulindac, MSD)

desde o início

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

TRATAMENTO SIMPLES E ALTAMENTE EFICAZ

- alivia a dor
- controla permanentemente a inflamação

BEM TOLERADO

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

POSOLOGIA CÓMODA DUAS TOMAS DIÁRIAS PARA UM EFEITO DE 24 HORAS

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

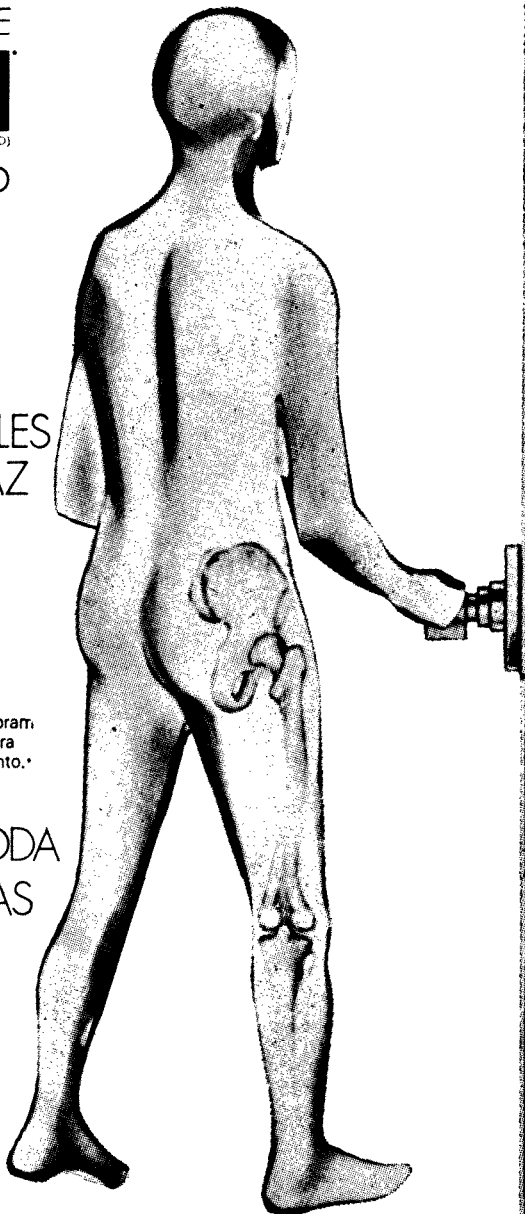
MSD
MERCK
SHARP &
DOHME
LIMITADA

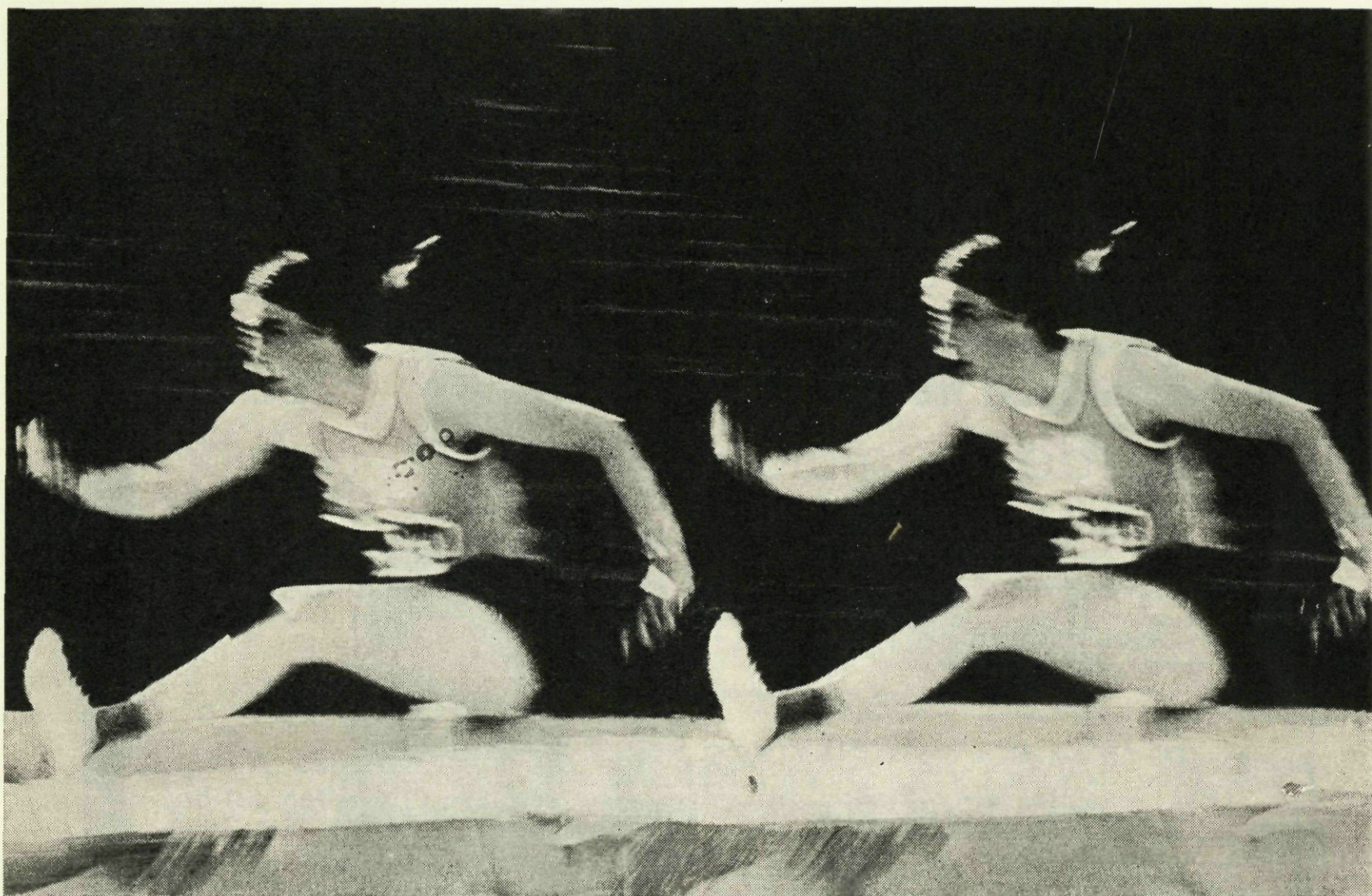
A pedido fornecemos informações detalhadas sobre o produto.

- dados de estudos multicéntricos ainda não publicados



3-77 ATB 76-RA-204-J (P)





DUAS FORÇAS NUM ÚNICO OBJECTIVO

NAPROSYN[®]-DUO (Naproxen)

AUMENTA A POTÊNCIA SEM AUMENTAR OS RISCOS

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

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

30 comprimidos a 250mg+30 supositórios a 500mg



Preparado e distribuído em Portugal por:

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



FIG. 2 — Divisão do território continental em zonas geográficas



FIG. 3 — Divisão do território continental em zonas climáticas

Para este nosso estudo contactaram-se algumas centenas de clínicos gerais, contactos estes que revestiram diversas formas: circulares, contactos pessoais, abordagem individual por elementos paramédicos, etc.

O período previamente estabelecido para este estudo foi de 90 dias, embora cada doente tivesse sido medicado apenas durante seis semanas.

Os generalistas trataram os doentes com Sulindac nas doses diárias de 200-400 mg. diários. Em nenhum doente se ultrapassou a dose diária total de 400 mg. O esquema terapêutico compreendia duas tomas diárias separadas por um intervalo de 12 horas, inicialmente de 100 mg. cada uma, podendo esta dose diária ser aumentada até 200 mg. O medicamento era administrado no final das refeições.

O estudo foi de tipo aberto, cooperativo, multicêntrico, não comparativo.

A todos os médicos intervenientes no estudo foram entregues seis fichas individuais. Estas fichas foram concebidas de forma a poderem ser preenchidas rapidamente pelos clínicos gerais. Só assim se nos afigurava possível a colaboração desses clínicos gerais de forma a obterem-se dados significativos que pudessem ser computadorizados. Na ficha exigia-se a especificação da idade, do sexo e da profissão dos doentes e a indicação do diagnóstico e do tempo de evolução. Na ficha deviam ser também mencionados os sintomas e a sua evolução com a terapêutica e os efeitos colaterais. Nela se deviam ainda registar a apreciação geral do médico e a do doente no que se referia à actividade e à tolerância da droga.

Nós estávamos contudo conscientes das dificuldades que, no campo do diagnóstico, iriam encontrar os médicos quer por impossibilidade ou dificuldade de recorrerem a meios auxiliares de diagnósticos mais rigorosos, quer até pela deficiente formação universitária feita, em muitos casos, sem o mínimo contacto com a Reumatologia (32, 33).

Antes do início do estudo foi aconselhado um jejum medicamentoso de 48 horas. Neste intervalo de tempo o doente não devia fazer qualquer terapêutica anti-inflamatória. Por outro lado, durante o estudo, o investigador não devia prescrever ao doente qualquer outro anti-reumático.

Todos os doentes foram observados pelo menos duas vezes: no início e no fim do tratamento.

Como *critérios de admissão*, adoptaram-se os seguintes:

A. — SEXO

Indiferente

B — IDADE

Compreendida entre os 20 e os 75 anos

C — NATURALIDADE E RESIDÊNCIA

Indiferente

D — PROFISSÃO

Indiferente

E — PATOLOGIA

1. — Artroses ou doença degenerativa dos ossos e articulações nomeadamente coxartrose e gonartrose;
2. — Artrite Reumatóide;
3. — Espondilartrite Anquilosante;
4. — Artrite Gotosa;
5. — Reumatismo abarticlar: bursites, tendinites, sinovites, capsulites, periartrites, etc.;
6. — Lombalgias e Sacro-Lombalgias indeterminadas;
7. — Dor e inflamação secundárias a intervenções cirúrgicas;
8. — Dor e inflamação secundárias a intervenções ortopédicas.

Como principais *critérios de exclusão* adoptaram-se os seguintes, afinal de contas os mais vulgarmente adoptados em estudos semelhantes:

A. — HIPERSENSIBILIDADE

1. — A outros anti-inflamatórios não esteróides
2. — À aspirina

B. — HISTÓRIA DIGESTIVA

1. — Úlceras gástrica ou duodenal, em especial se em actividade;
2. — Hemorragias digestivas;
3. — Colite ulcerosa ou enterite regional;
4. — Insuficiência hepática.

C. — AFECÇÕES CARDIOVASCULARES OU RENAIIS

1. — Oclusão coronária ou enfarte do miocárdio há menos de 6 meses;

ANTI-ARTRÓSICO ● ANTI-REUMATISMAL



optidase

ENZIMA REGULADOR DOS PROCESSOS DE OXIDAÇÃO-REDUÇÃO



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

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



APRESENTAÇÃO

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



Literatura médica e amostras à disposição dos Exmos. Clínicos



LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775
LISBOA — PORTUGAL

(LICENÇA A. CASTAIGNE — LYON)





Nas articulações, bolsas serosas e bainhas tendinosas inflamadas:

DEPO - MEDROL

Upjohn

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

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

Tamanho da articulação	Exemplos	Doses
Grande	Joelho, Tornozelo, Ombro	20 a 80 mg
Médio	Cotovelo, Pulso	10 a 40 mg
Pequeno	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.



2. — Acidente vascular cerebral há menos de 6 meses;
3. — Insuficiência cardíaca descompensada;
4. — Insuficiência renal confirmada, com azotemias superiores a 60 mg/100 ml (0.6 g/l).

D. — HEMOPATIAS GRAVES

1. — Perturbações da coagulação

E. — DOENÇAS INFECCIOSAS

1. — Tuberculose

F. — AFECÇÕES MALIGNAS

G. — ASSOCIAÇÕES MEDICAMENTOSAS

1. — Córdico-dependência
2. — Tratamento com anticoagulantes
3. — Tratamento antidiabético

Quanto às *profissões* procuramos seguir a «*Classificação Nacional das Profissões*» (65) que é adoptada pelo nosso próprio Serviço Nacional de Emprego e que nós próprio temos seguido ultimamente (32, 33). Os grupos desta classificação parecem-nos bastante homogéneos (Quadro I).

QUADRO I

Classificação das profissões

1. — Profissões Científicas, Técnicas e Artísticas
2. — Quadros Superiores
3. — Empregados de escritório
4. — Vendedores
5. — Agricultores e Pescadores
6. — Mineiros e Carregadores
7. — Transportes e Comunicações
8. — Operários Qualificados
9. — Serviços de Protecção, Pessoais e Domésticos

III — RESULTADOS

Dos 500 médicos inicialmente contactados, prometeram colaborar 432, embora apenas tivessem participado 328 (Quadro II), o que corresponde a

uma taxa de participação de 65,6 %. Mas esta taxa sobe para 75,93 % se ela for calculada em relação aos que prometeram dar a colaboração.

No estudo estiveram ainda envolvidos 26 paramédicos (Quadro III).

QUADRO II**Intervenientes no estudo**

Médicos contactados	500
Médicos aderentes	432
Médicos participantes	328
Médicos coordenadores	2
Médico relator	1
Elementos paramédicos	26
Total	357

QUADRO III**Elementos paramédicos**

Coordenador geral	1
Chefe de equipa	1
Supervisores	2
Técnico de Artes Gráficas	1
Executantes	21
Total	26

No final, receberam-se 1.248 fichas de um total de 1968 possíveis, o que corresponde a uma percentagem de 63,41% e a uma média de cerca de 4 fichas por médico participante. As fichas recebidas, contudo, não puderam entrar totalmente no nosso estudo (Quadro IV).

QUADRO IV**Fichas recebidas**

Fichas que entraram no estudo	1:090
Fichas recebidas fora do prazo	185
Fichas excluídas	9
Total	1:284

As fichas excluídas foram-no por diversos motivos: caligrafia ilegível, dúvidas do investigador ou dos coordenadores, efeitos colaterais indefinidos e por afastamento do que se indicava no protocolo.

Os doentes submetidos ao estudo sofriam, segundo os clínicos gerais, de diversas afecções, nomeadamente de lombalgias e sacro-lombalgias de etiologia diversa, de artrite reumatóide, de espondilartrose, de artroses múltiplas, reumatismos abarticulares, etc. (Quadro V).

Os doentes eram de ambos os sexos, embora com uma ligeira predominância feminina (Quadro VI).

As idades dos doentes estavam compreendidas entre os 20 e os 75 anos (Quadro VII).

Eumotol

atinge rapidamente o centro da inflamação



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



**Byk Gulden
Pharmazeutika
Konstanz**

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

Imuran®

Artrite Reumatoide

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

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

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

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



Wellcome

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

* Marca registada ®

QUADRO V
Patologia dos doentes submetidos ao estudo

Patologia	Número	Percentagens
Lombalgias e sacro-lombalgias	160	14,68
Artrite reumatóide	140	12,84
Espondilartrose	135	12,39
Artroses múltiplas	135	12,39
Reumatismos abarticulares	113	10,37
Gonartroses	78	7,15
Coxartroses	40	3,67
Outras	289	26,51
Total	1.090	100,00

QUADRO VI
Sexo dos doentes

Sexo	Percentagens
Homens	44,96%
Mulheres	55,04%

QUADRO VII
Idade dos doentes

Sexo	Idade Máxima	Idade Mínima	Idade Média
Homens	75	20	51,2
Mulheres	75	23	53,5

Verificou-se a ocorrência de efeitos colaterais em 144 dos 1.090 doentes, o que representa uma frequência de 13,21%. Não se verificou influência significativa do clima segundo as zonas climáticas já referidas.

A grande maioria dos efeitos colaterais relacionava-se com o aparelho digestivo (Quadro IX), embora outros aparelhos tivessem sido igualmente contemplados (Quadros X, XI, XII, XIII, XIV e XV).

QUADRO VIII
Casos com efeitos colaterais

Número de efeitos colaterais	Número de doentes	Frequência
Número de casos com efeitos colaterais	144	13,21 %
Casos com 1 efeito colateral	113	10,37 %
Casos com 2 efeitos colaterais	25	2,29 %
Casos com 3 efeitos colaterais	5	0,46 %
Casos com 4 efeitos colaterais	1	0,09 %
Casos sem efeitos colaterais	802	73,58 %
Número total de casos estudados	1.090	100,00 %

QUADRO IX
Efeitos colaterais encontrados

Efeitos colaterais	Número de doentes	Frequência
Efeitos gastro-intestinais	114	10,46 %
Efeitos sobre o S.N.C.	12	1,10 %
Efeitos dermatológicos	5	0,46 %
Efeitos cardio-circulatórios	3	0,28 %
Outros efeitos	10	0,91 %
Doentes com efeitos colaterais	144	13,21 %
Número total de doentes estudados	1.090	100,00 %

QUADRO X
Efeitos secundários gastrointestinais

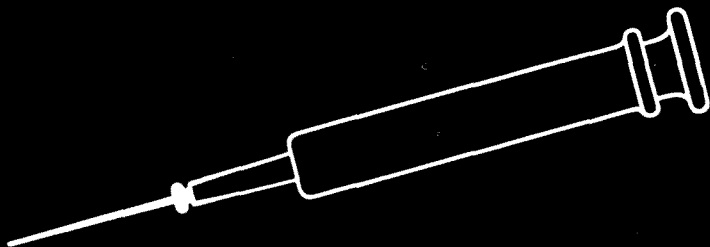
Epigastralgia	43
Náuseas	20
Azia	17
Diarreia	11
Enfartamento ou dispepsia	7
Pirose	7
Vómitos	7
Obstipação	6
Dores abdominais	5
Pirose	5
Meteorismo ou aumento de volume do Abdomen ...	3
Glossite	1
Secura da boca	1
Disfagia	1
Mau sabor	1
Estomatite	1
Total	136

KETOPROFENE
PRODUTO ORIGINAL
RHÔNE-POULENC
SPÉCIA

PROFENID

(KETOPROFENE)
INJECTÁVEL LIOFILIZADO

● GRANDE ACTIVIDADE ANALGÉSICA



● RAPIDEZ DE ACÇÃO

POSOLOGIA

EM MÉDIA 2 AMPOLAS/DIA, POR VIA INTRAMUSCULAR

APRESENTAÇÕES

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

SUPOSITÓRIOS A 100 MG DE KETOPROFENE
EMBALAGEM DE 12

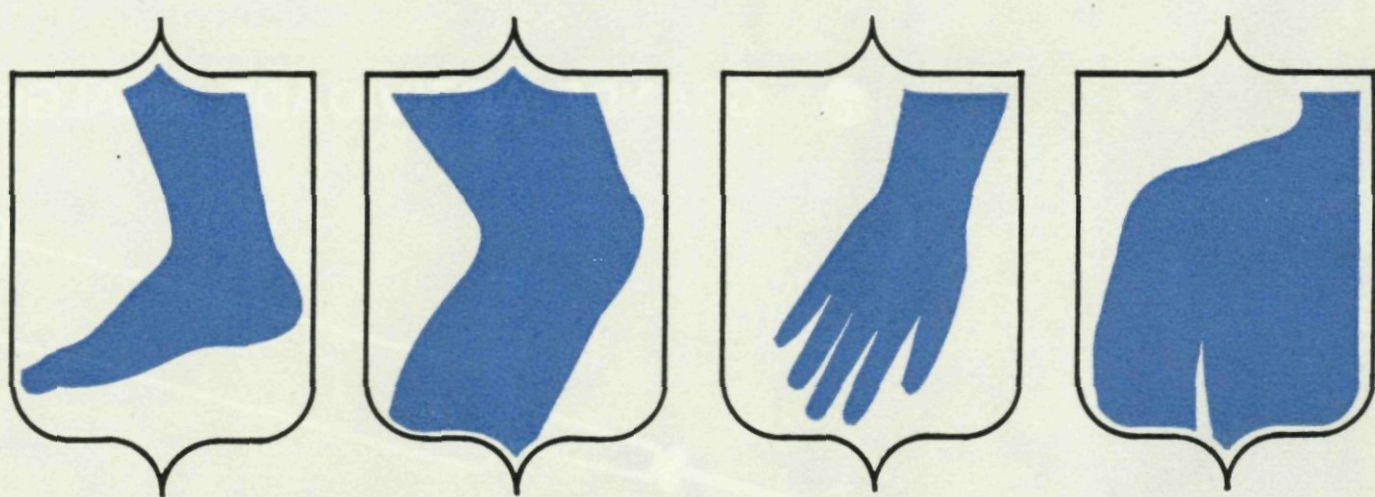
AMPOLAS A 50 MG DE KETOPROFENE
EMBALAGEM DE 6 FRASCOS

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

LABORATÓRIOS VITÓRIA

no tratamento da inflamação

colchicine



da gota ao reumatismo

ROUSSEL LABORATÓRIOS ROUSSEL, LDA.

Rua João de Deus, 19

VENDA NOVA — AMADORA

QUADRO XI
Efeitos secundários neurológicos centrais

Tonturas	11
Cefaleias	9
Sonolência	3
Vertigens	2
Insónias	1
Total	26

QUADRO XII
Efeitos secundários cardiocirculatórios

Palpitações	1
Taquicardia	1
Edemas	1
Total	3

QUADRO XIII
Efeitos secundários dermatológicos

Rash	4
Prurido	3
Total	7

QUADRO XIV
Efeitos secundários urinários

Disúria	1
Polaquiúria	1
Total	2

QUADRO XV
Miscelânea

Afrontamentos	3
Astenia	3
Sensação de fome	1
Total	7

IV — DISCUSSÃO

Uma observação que desde já devemos acentuar é o reduzido número de casos em que se verificou a coincidência, no mesmo doente, de mais do que um efeito colateral (Quadro VIII).

Como já referimos, a grande maioria dos efeitos colaterais relacionava-se com o aparelho digestivo, o que, aliás, está de acordo com o que outros investigadores já haviam observado (1, 14, 19, 20, 21, 22, 27, 51, 52, 53, 54, 69, 78). Esta agressão sobre o aparelho digestivo revestiu diversos aspectos, nomeadamente epigastralgias, que é o aspecto mais frequentemente observado por nós e por outros investigadores (1, 19, 20, 21, 22, 27, 31, 50, 78), azia, diarreia, náuseas, etc. Não houve, contudo, referências a efeitos colaterais digestivos graves, nomeadamente a hemorragias digestivas ou a úlceras. Os efeitos colaterais digestivos não são, pois, muito intensos nem muitos frequentes. Devemos referir mesmo que eles são bastante menos frequentes e mesmo menos graves do que os que se observam com a utilização de outros anti-inflamatórios, nomeadamente com a aspirina (3, 6, 16, 17, 18, 19, 20, 43, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 62, 65, 78), ou com outros (5, 6, 13, 23, 24, 25, 38, 42, 43, 44, 45, 50, 55).

Uma segunda constatação é a baixa frequência de efeitos secundários neurológicos (1,10%), o que está de acordo com o que outros autores registaram (69). Isto contrasta com o que se tem observado quando se utilizam outros anti-inflamatórios não esteróides, nomeadamente a indometacina e até a aspirina (69). Também neste aspecto as consequências da acção da droga sobre o S.N.C. revestiu diversas formas (Quadro XI).

Uma outra observação que temos que focar é a irrelevância, no que toca à frequência, dos fenómenos de retenção hidrossalina (edemas) que apenas foram referidos num caso, facto este que contrasta com o que se observa quando se empregam outros anti-inflamatórios, como é o caso da fenibutazona. E o mesmo se pode dizer quanto aos efeitos colaterais cárdio-circulatórios (palpitações e taquicardia) que, no total, apareceram em 0,28% dos casos. (Quadro XII). Não foi referida qualquer repercussão desfavorável sobre a pressão arterial.

Não podemos ainda deixar de acentuar a baixa frequência de efeitos colaterais cutâneos (0,46 %), sobretudo se a compararmos com a que se pode observar quando se empregam outros anti-inflamatórios não esteróides (Quadro XIII).

Os efeitos colaterais indesejáveis urinários foram de aparecimento excepcional (Quadro XIV). Não são significativos quanto à frequência nem o foram quanto à gravidade.

Nenhum investigador português observou reacções acessórias já referidas por outros autores dos foros otorrinolaringológico (1) oftalmológico (1,28) ou psiquiátrico. Também não foram referidas perturbações endócrinas (51,65) ou agravamento da patologia associada. Também não houve referências a perturbações broncopulmonares ou da crase sanguínea.

Finalmente, devemos acentuar que não foram feitas referências a efeitos secundários mortais ou mesmo graves, o que, aliás, está de acordo com a grande maioria dos trabalhos publicados.

**Para os testes qualitativos
e quantitativos**

Reagentes Reumatológicos

do Instituto Behring

**Para o diagnóstico
das doenças Reumáticas**

INSTITUTO BEHRING

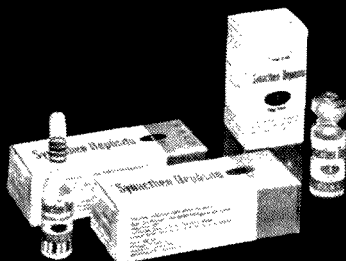
E. Behring



Corticoterapia fisiológica

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

Corticoterapia moderna
mais fisiológica
mais completa
mais segura
mais eficaz



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

Synacthen Depósito CIBA

Embora discretos, foram ainda referidos pelos investigadores outros efeitos colaterais (Quadro XV).

CONCLUSÕES

1. — Durante 90 dias, realizou-se um ensaio cooperativo multicêntrico com o SULINDAC na população portuguesa, que envolveu clínicos gerais de todo o continente português.

2. — Obtiveram-se 1.090 fichas correspondentes ao mesmo número de doentes a quem foi administrado o SULINDAC na dose de 200-400 mg/d., e através das quais se estudou clinicamente a tolerância do fármaco.

3. — Detectaram-se efeitos colaterais em 144 doentes, os quais representam uma baixa percentagem de 13,21 %.

4. — A baixa frequência dos efeitos colaterais permite-nos afirmar que o SULINDAC é uma nova e eficaz droga que, nas doses aconselháveis, é muito bem tolerada.

RÉSUMÉ

1.090 malades souffrant de différentes affections rhumatismales ont été observés, médicamentés avec SULINDAC, en dosages de 200 à 400 mg. par jour, et cliniquement contrôllés par un étude multicentrique accompli en Portugal et qui a eu la participation de 432 médecins.

On a vérifié l'occurrence d'effets accessoires seulement en 144 malades (13,21 %), comprenant 114 (10,46%) ayant des perturbations gastrointestinales, 12 (1,10%) des phénomènes neurologiques, 5 (0,46%) des alterations dermatologiques, 3 (0,28%) des problèmes circulatoires, 1 (0,09%) avec retention hydro-saline et 10 (0,91%) ayant d'autres effets.

On a conclu que, pas seulement par son activité thérapeutique, SULINDAC est une substance très bien tolérée.

ABSTRACT

A thousand patients involving several different rheumatological conditions were observed and treated with SULINDAC, with dosages of 200 to 400 mg. a day being clinically controlled by a multicentre study that took place in Portugal involving participation of 432 clinicians.

We have observed the occurrence of side effects only in 144 patients (13,21%), including 114 (10,46%) with gastro-intestinal effects, 12 (1,10%) neurological problems, 5 (0,46%) dermatological effects, 3 (0,28%) circulatory problems, 1 (0,09%) with hydro-salin retention and 10 (0,9%) with other effects.

Our conclusion is that SULINDAC not only by its therapeutic actions is a very well tolerated substance.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDRADE, L.; FERNANDEZ, A. — *Cliniril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 49, Reven Press, New York, 1976.
2. BAHOVIS, L.; MULLER, W. — *Rheumatol.*, 3: 75, 1975.
3. BALLABIO, C.B.; COLOMBO, B. — *Scand. J. Rheumatol.*, 4 (Suppl. 8): Abstr. S04-03, 1975.
4. BALLABIO, C.B.; COLOMBO, B. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
5. BALLABIO, C.B.; COLOMBO, B. — *VIII Congr. Europ. de Rheumatol.*, «Resumos de Trabalhos», Lisboa, 1975.

6. BALLABIO, C.B.; GIGANTE, D.; PIPITONE, V.; SCHIAVETTI, L.; CARUSO, I.; CARRATELLI, L.; SERIO, A.; TNZLI, T. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 87, Raven Press, New York, 1976.
7. BENEDEK, T.G.; BENNAHUM, D.A.; BLASCHE, J.A.; BOWER, R.J.; CALABRO, J.J.; CALDWELL, J.R.; COLLINS, R.L.; FELT, J.; HAMATY, D.; JIMENEZ, C.V.; UMBENHAUER, E.R.; WILKENS, R.F. — *Arthr. & Rheum.*, 18:411, 1975.
8. BERNETT, P.; PROKSCH, G.; BRAUN, H. — *Scand J. Rheumatol.*, 4 (Supp. 8) Abstr. S02-07, 1975.
9. BERNETT, P.; PROKSCHA, G.; BRAUN, H. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
10. BERNETT, P.; PROKSHA, G.; BRAUN, H. — *VIII Congr. Europ. de Reumatol.*, «Resumos de Trabalhos», M.S.D. Lisboa, 1975.
11. BERNETT, P.; PROKSCHA, G.W.; BRAUN, H. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 141, Reven Press, New York, 1976.
12. BRAZ NOGUEIRA, — *Acta Reuma. Port.*, 4 (1): 67, 1976.
13. BROLL, H.; EBERL, R.; PARTSCH, G.; TAUSCH, G.; SOCHOR, H. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 123, Raven Press, New York, 1976.
14. CALABRO, J.J.; ANDELMAN, S.; BOWER, R.; CALDWELL, J.; HAMATY, D.; KAPLAN, H.; MALTZ, B.; SVILLE, P.; UMBENHAUER, E. — *Clin. Pharmacol. Ther.*, 17: 230, 1975.
15. CALABRO, J.J.; KHOURY, M.I.; SMYTH, C.J. — *Acta Reuma. Port.*, 2: 163, 1974.
16. CASH, J.A. — *J. do Méd.*, 88: 319, 1975.
17. CHAHADE, W.H.; FEDERICO, W.A. — *Scand. J. Rheumatol.*, 4 (supp. 8), Abstract SOZ-03, 1975.
18. CHAHADE, W.H.; FEDERICO, W.A. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
19. CHAHADE W.H.; FEDERICO, W.A. — *VIII Congr. Europ. Reumatol.*, «Resumos de Trabalhos». M.S.D., Lisboa, 1975.
20. CHAHADE W.H.; FEDERICO, W.A. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 69, Raven Press, New York, 1976.
22. COHEN, A. — *Clin. Pharm. Ther.*, 20 (2): 38, 1976.
23. DEMETRIDES, P.; SEITANIDES, V.; VEZYROGLOU, G.; MITSEAS, C.; KONTOMERKOS, A. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
24. DEMETRIDES, P.; SEITANIDES, V.; VEZYROGLOU, G.; MITSEAS, C.; KONTOMERKOS, A. — *VIII Congr. Europ. de Reumatol.*, «Resumos de Trabalhos», M.S.D., Lisboa, 1975.
25. DEMETRIDES, P.; SEITANIDES, V.; VEZYROGLOU, G.; MITSEAS, C.; KONTOMERKOS, A. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 37, Raven Press, New York, 1976.
27. DUDLEY HART, F. — *Brit. Med. J.*, 4: 191, 1975.
28. DUGGAN, D.E. — *Merk Institute for Therapeutic Research. West Point. Pennsylvania, 1948.*
29. EBERL, R. — *Scand. J. Rheumatol.*, 4 (Suppl. T); Abstr. S04-05, 1975.
30. EBERL, E. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
31. EBERL, E. — *VIII Congr. Europ. de Reumatol.*, «Resumos de Trabalhos», M.S.D., Lisboa, 1975.
32. FIGUEIRINHAS, J. — *Acta Reuma. Port.*, IV (1-2): 23, 1976.
33. FIGUEIRINHAS, J. — *Acta Reuma. Port.* IV (3-4): 1976.
34. FRANCHIMOT, P.; CAUWEMBERGE, H.; VERHAEST, L. — *Table Ronde sur les Anti-inflammatoires non Stéroïdiens, tenue lors du XIII^e Congrès de la Ligue Internationale Contre le Rhumatisme*, pg. 79, «R» Paris, 1975.
35. GADOMSKI, M.; SINGGER-BAKKER, H.; BRAUN, H.D. — *Scand J. Rheumatol.*, 4 (Supp. 8): Abstr. S02-05, 1975.
36. GADOMSKI, M.; SINGER-BAKKER, H.; BRAUN, H.D. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Author's Rahway, 1975.
37. GADOMSKI, M.; SINGER-BAKKER, H.; BRAUN, H.D. — *VIII Congr. Europ. de Reumatol.*, «Resumo de Trabalhos», M.S.D., Lisboa, 1975.
38. GADOMSKI, M.; SINGER-BAKKER, H.; BRAUN, H.D. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 133, Raven Press, New York, 1976.
39. GIGANTE, D. — *Scand. J. Rheumatol.*, 4 (Supp. 8): Abstr. S02-08, 1975.
40. GIGANTE, D. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
41. GIBANTE, D. — *VIII Congr. Europ. de Reumatol.*, «Resumo de Trabalhos», M.S.D., Lisboa, 1975.
42. GIGANTE, D.; ZORZIN, L.; CARRATELLI, L. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 151, Raven Press, New York, 1976.
43. GRIBNAU, F.W.; LISSONE, D.A. — *Dutch Medical Journal (NTvG)*, 119: 1135, 1975.
44. HERCUS, V.M. — *Scand J. Rheumatol.*, 4 (Supp. 8): Abstr. S04-02, 1975.
45. HERCUS, V.M. — *Scand J. Rheumatol.*, 4 (Supp. 8) Abstr. S04-06, 1975.
46. HERCUS, V.M. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», 1975.
47. HERCUS, V.M.; *VIII Congr. Europ. de Reumatol.* «Resumos de Trabalhos», M.S.D., Lisboa, 1975.
48. HERCUS, V.M.; LIHMANN, W.W.; SNOODY Jr., C.S.; WALFORD, G.L. — *VIII Congr. Europ. de Reumatol.*, «Resumos de Trabalhos», M.S.D., Lisboa, 1975.
49. HERCUC, V.M.; LOHMANN; SNOODY, Jr. C.C.; WALFORD, G.L. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
50. HERCUS, V.M.; BOWER, R. J. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 183, Raven Press, New York, 1976.
51. HIGHTON, T.C.; JEREMY, R. — *Scand J. Rheumatol.*, 4 (Supp. 8): Abstr. S02-06, 1975.
52. HIGHTON, T.C.; JEREMY, R. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.* «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
53. HIGHTON, T.C.; JEREMY, R. — *VIII Congr. Europ. de Reumatol.*, «Resumos de Trabalhos», M.S.D., Lisboa, 1975.
54. HIGHTON, T.C.; JREMY, R. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 99, Raven Press, New York, 1976.
55. HOLOPAINEN, O.; INBERG, L. — *Scand J. Rheumatol.*, 4 (Suppl. 8): Abstr. S02-02, 1975.
56. HOLOPAINEN, O.; INBERG, L. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
57. HOLOPAINEN, O.; INBERG, L. — *VIII Congr. Europ. de Reumatol.*, «Resumos de Trabalhos», M.S.D., Lisboa, 1975.
58. HUCKER, H.B.; STAUFFER, S.C.; BOWER, R.J.; UMBENHAUER, E.R.; McMAHON, F.C. — *Fed. Proc.*, 31: 577, 1972.

59. HUCKER, H.B.; STAUFFER, S.C.; WHITE, S.D.; RHODES, R.E.; ARISON, B.H.; UMBENHAUER, E.R.; BOWER, R.J.; McMAHON, F.G. — *Drug. Metab. Disp.*, 1: 721 1973.
60. HUSKISSON, E.C.; FRANCHIMONT, P. — *Clinoril in the treatment of Rheumatic Disorders*, pg. V, Raven Press, New York, 1976.
61. INBERG, L.; HOLOPAINEN, O. — *Clinoril in the treatment of Rheumatic Disorders*, ppg. 50, Raven Press, New York, 1976.
62. LIEBLING, M.R.; ALTMAN, R.D.; BENEDEK, T.G.; BENNAHIM, D.A.; BLACKIE, J.A.; BOWER, R.J.; CALABRO, J.J.; CALDWELL, J.R.; COLLINS, R.L.; FELT, J.; HAMATY, D.; JIMENEZ, C.V.; UMBENHAUER, E.R.; WILKENS, R.F. — *Arth. & Rheum.*, 18: 411, 1975.
63. MEZEY, K.C.; VAN ARMAN, C.G.; RISLEY, E.A.; NUSS, G.W. — *Proc. Congr. Rheumatol.*, Excerpta Medica International Congress Series, N^o 299; pg. 255, 1973.
64. MEZEY, K.C.; VAN ARMAN, C.G.; HUCKER, H.B.; RISLEY, E.A.; NUSS, G.W.; BOWER, R.J.; UMBENHAUER, E.R. — *Table Ronde sur les Anti-Inflammatoires non Steroïdiens, tenue lors du XIII^e Congrès de la Ligue Internationale Contre le Rhumatisme*, pg. 67, «R», Paris, 1975.
65. MINISTÉRIO DAS CORPORAÇÕES E PREVIDÊNCIA SOCIAL — *Classificação Nacional das Profissões*, Fundo de Desenvolvimento da Mão-de-obra, Lisboa, 1968.
66. MULLER, W.; BAHOVY, L. — *Table Ronde sur les Anti-Inflammatoires non Steroïdiens, tenue lors du XIII^e Congrès de la Ligue Internationale Contre le Rhumatisme*, pg. 75, «R», Paris, 1975.
67. NISSILA, M.; KOOTA, K. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
68. NISSILA, M.; KOOTA, K. — *VIII Congr. Europ. de Reumatol.*, «Resumos de Trabalhos», M.S.D., Lisboa, 1975.
69. NISSILA, M.; KOOTA, K. — *Clinoril in the treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 113, Raven Press, New York, 1976.
70. PINES, S.; CZAJA, R.; ABRAMSON, N. — *J. Org. Chem.*, 40: 1920, 1975.
71. ROSEKRANS, P.M.; STOYANOVA, M.; CATS, A.; STEINER, F.J.F. — *Table Ronde sur les Anti-Inflammatoires non Steroïdiens, tenue lors du XIII^e Congrès de la Ligue Internationale Contre le Rhumatisme*, pg. 81 «R», Paris, 1975.
72. SHEN, T.Y. — *Angew. Chem.*, 11: 460, 1972.
73. SHEN, T.Y. — *Scand J. Rheumatol.*, 4 (Supp. 8): Abstr. S02-01, 1975.
74. SHEN, T.Y. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
75. SHEN, T.Y. — *VIII Congr. Europ. de Reumatol.*, «Resumos de Trabalhos», M.S.D., Lisboa, 1975.
76. SHEN, T.Y. — *Clinoril in the treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 1, Raven Press, New York, 1976.
77. SHEN, T.Y.; WITZEL, B.E.; JONES, H.; LINN, B.O.; McPHERSON, J.; GREENWALD, R.; FORDICE, M.; JACOBS, A. — *Fed. Proc.*, 577, 1972.
78. SIMON, F.; GERY, A. de; MENKES, C.J.; DELBARRE, F. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 77, Raven Press, New York, 1976.
79. SOARES, A. de O. — *Acta Reuma. Port.*, 4 (3-4), 1976.
80. VAN ARMAN, C.G.; RISLEY, E.A.; NUSS, G.W. — *Fed. Proc.* 31: 577, 1972.
81. VAN ARMAN, C.G.; RISLEY, E.A.; NUSS, G.W.; DUGGAN, D.E.; HUCKER, H.B. — *Scand J. Rheumatol.*, 4 (Supp. 8): Abstr. S04-01, 1975.
82. VAN ARMAN, C.G.; RISLEY, E.A.; NUSS, G.W.; DUGGAN, D.E.; HUCKER, H.B. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
83. VAN ARMAN, C.G.; RISLEY, E.A.; NUSS, G.W.; DUGGAN, D.E.; HUCKER, H.B. — *VIII Congr. Europ. de Reumatol.*, «Resumos de Trabalhos», M.S.D., Lisboa, 1975.
84. VAN ARMAN, C.G.; RISLEY, E.A.; NUSS, G.W.; HUCKER, H.B.; DUGGAN, D.E. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 9, Raven Press, New York, 1976.
85. VILLIAUMEY, J. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
86. VILLIAUMEY, J. — *VIII Congr. Europ. de Reumatol.*, «Resumos de Trabalhos», M.S.D., Lisboa, 1975.
87. VILLIAUMEY, J.; Di MENZA C. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 161, Raven Press, New York, 1976.
88. Von BAUMGARTNER, H. — *Méd. et teyg.*, 34: 2023, 1976.
89. WORTHINGTON, W.W. — *Scand J. Rheumatol.*, 4 (Supp. 8): Abstr. S02-04, 1975.
90. WORTHINGTON, W.W. — *VIII Europ. Rheumatol. Congr.*, «Authors' Abstracts», Rahway, 1975.
91. WORTHINGTON, W.W. — *VIII Congr. Europ. de Reumatol.*, «Resumos de Trabalhos», M.S.D., Lisboa, 1975.
92. WORTHINGTON, W.W. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders* pg. 167, Raven Press, New York, 1976.
93. ZOUNER, N.; ADAM, O.; WOLFRAM, G. — *Clinoril in the Treatment of Rheumatic Disorders*, pg. 175, Raven Press, New York, 1976.

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

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

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

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

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

Apresentação:

Embalagem de 35 cápsulas a 200 mg

LABORATÓRIOS VITÓRIA — VENDA NOVA — AMADORA

LYSARTROSI®

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

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

(1) como hemisuccinato

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

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

Agora 2 apresentações: Caixas com 6 e 24 ampolas

Hubber   Biofarma

ÉTUDE DE L'ÉFICACITÉ DU G.P. 45 840 (VOLTAREN®) DANS UN CAS DE A.R. PENDANT DIX MOIS (*)

MARIA ADELAIDE VAHIA CARNEIRO (**)

Résumé: *Après un traitement prolongé avec G.P. 45 840 VOLTAREN® du point de vue clinique nous avons obtenu une certaine amélioration de la capacité fonctionnelle et de l'état actuel de la malade, au niveau des petites articulations surtout des mains et des pieds.*

Elle peut faire maintenant des travaux qu'elle ne pouvait pas faire auparavant.

Les grandes articulations, sauf les épaules, sont plus ou moins inchangées.

La vitesse de sédimentation n'a pas changé non plus.

Au moment actuel, nous avons essayé pendant 10 mois et demi le produit G.P. 45 840 Voltaren dans un cas d'arthrite rhumatoïde débuté en 1963 et suivi par moi en clinique privée après Avril 1970.

Il s'agit d'une malade âgée de 46 ans avec une arthrite rhumatoïde sero-positive active, touchant toutes les articulations périphériques sauf les hanches, légèrement la colonne cervicale, lombaire et les articulations temporo-maxillaires.

Elle présente une ankylose presque totale des poignets qui sont en dos de chameau et une raisonnable limitation de la marche et pour les travaux manuels.

Comme il s'agit d'une malade de clinique privée et avec de grandes difficultés économiques nous avons fait seulement l'observation clinique en envisageant plusieurs paramètres, et des examens analytiques avant le début du traitement et après, à peu près tous les quinze jours et, plus tard, tous les mois.

(*) Communication présenté au VIIIème Congrès Européen de Rhumatologie (Helsinki, 1-7 de Junho de 1975).

(**) Membre Titulaire de la Société Portugaise de Rhumatologie.

Nous avons étudié:

1. La durée de la rigidité matinale.
Avant le traitement elle restait pendant a peu près deux heures.
Quinze jours après le début du traitement elle restait seulement pendant une demi heure.

Un mois après elle était complètement disparue.

2. Le degré de sensibilité douloureuse à la préssion (Méthode de Glasgow).

Dans le tableau suivant nous avons fait le résumé de toutes les observations.

L'interprétation est la suivante:

- 0 — pas de douleur
- 1 — très légère
- 2 — moyenne
- 3 — forte
- 4 — très forte

TABLEAU I

S.P. 48.040

Dr. Maria Adelaide Vahia Carneiro

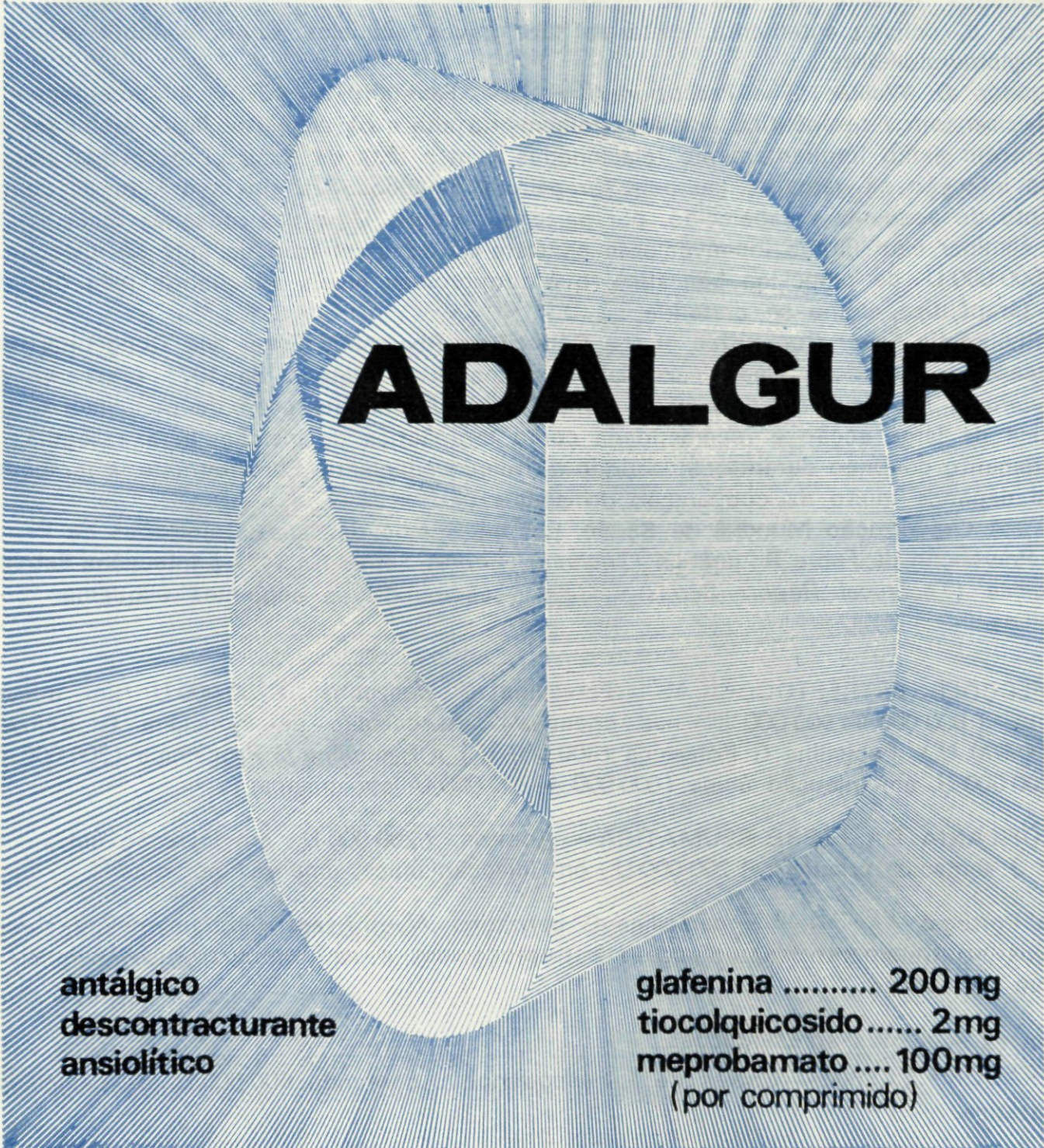
Médecin: H.S.R.

Porto

DEGRÉ DE SENSIBILITÉ DOLoureuse ARTICULAIRE (MÉTHODE DE GLASGOW)

Articulations	26/7/74	30/7/74	03/8/74	07/8/74	11/8/74	15/8/74	19/8/74	23/8/74	27/8/74	31/8/74	04/9/74	08/9/74	12/9/74
Temporo-mandibulaire	2	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
Col. Cervicale	1	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1
Sterno-claviculaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Acromio-claviculaire	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Épaule													
Dte.	1	1	0	0	0	0	1	2	1	0	1	1	1
G.	2	2	1	1	0	0	1	2	2	0	1	1	1
Coude													
Dte.	2	3	2	2	3	2	3	3	3	4	2	3	2
G.	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3
Doigt													
Dte.	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	1	3	1
G.	2	3	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1
Métacarpophalangienne													
Dte.	2	2	1	2	1	0	0	0	2	1	1	1	0
G.	2	2	2	2	1	0	0	0	1	1	1	1	0
Interphalangienne													
Dte.	2	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0
G.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Genou													
Dte.	3	3	2	4	3	2	3	3	3	4	2	2	3
G.	3	4	1	2	2	1	1	0	1	2	1	1	2
Tarso-Tarsien													
Dte.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
G.	0	2	2	2	0	1	0	0	0	2	0	0	0
Métatarsien													
Dte.	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G.	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Métacarpophalangienne													
Dte.	3	3	2	1	2	2	0	1	2	2	0	0	1
G.	3	1	2	2	2	2	1	1	3	2	1	0	2
Talon													
Dte.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	38	40	24	27	22	16	18	21	23	28	13	17	18

DOR • CONTRACTURA • ANSIEDADE



ADALGUR

**antálgico
descontracturante
ansiolítico**

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

caixas com 12 e 24 comprimidos drageificados

ROUSSEL

LABORATÓRIOS ROUSSEL, LDA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tem as seguintes apresentações:

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

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

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

* Marca registada.

Il nous semble que d'une façon générale nous avons obtenu une amélioration positive au niveau des petites articulations. Par exemple, les déformations au niveau des mains et d'une façon moins importante des pieds, ont diminué de telle sorte que la marche et les mouvements des mains sont devenus plus faciles et moins douloureux.

Il lui a été possible de mettre de nouvelles chaussures ce qui n'était pas viable auparavant.

3. Nous avons déterminé, chaque fois, la force des mains en millimètres de mercure, en poussant la poire de caoutchouc d'une manomètre (trois essais, chaque fois).

Aussi nous avons fait, chaque fois, déterminations angulaires de l'amplitude articulaire au niveau des poignets.

TABLEAUX II ET III

ESTUDO DA EFICACIA DO G.P. 45.840
 MEDIDA DA FORÇA DAS MÃOS EM MILÍMETROS DE MERCÚRIO
 MEDIDA DA FLEXÃO E DA EXTENSÃO DOS POIGNETS

Nome	28/7/76	8/1/77	28/7/77	2/10/77	31/10/77	30/11/77	28/12/77	25/1/78	22/2/78	20/3/78	18/4/78	16/5/78	14/6/78
Força das mãos em mmHg	60	58	56	66	58	74	63	63	64	60	57	70	74
Milímetros de mercúrio 5°	10	10	10	10	14	12	10	10	10	10	12	13	13
Poignet II - Extensão	17	13	14	14	14	15	15	16	16	16	14	14	16
Poignet II - Flexão	30	27	19	17	14	14	10	14	14	14	14	14	12
Poignet I - Extensão	19	7	10	14	14	10	12	13	13	13	10	14	13
Poignet I - Flexão	12	14	14	14	14	10	14	12	11	14	14	14	14

Nome	28/7/76	8/1/77	28/7/77	2/10/77	31/10/77	30/11/77	28/12/77	25/1/78	22/2/78	20/3/78	18/4/78	16/5/78	14/6/78
Capacidade funcionalidade	7	7	1,2	1,7	1,7	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1
Capacidade funcionalidade	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Capacidade funcionalidade	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Força das mãos (mmHg)	60	58	56	66	58	74	63	63	64	60	57	70	74
Tempo de determinação	10	10	10	10	14	12	10	10	10	10	12	13	13
Amplitude de movimentação	60	58	56	66	58	74	63	63	64	60	57	70	74

1.2 - Extensão - 1.2 - 1.2 - 1.2 - 1.2
 1 - Não pode fazer os trabalhos
 2 - Não pode fazer os trabalhos
 3 - Não pode fazer os trabalhos
 4 - Não pode fazer os trabalhos
 5 - Não pode fazer os trabalhos
 6 - Não pode fazer os trabalhos
 7 - Não pode fazer os trabalhos
 8 - Não pode fazer os trabalhos
 9 - Não pode fazer os trabalhos
 10 - Não pode fazer os trabalhos
 11 - Não pode fazer os trabalhos
 12 - Não pode fazer os trabalhos
 13 - Não pode fazer os trabalhos
 14 - Não pode fazer os trabalhos
 15 - Não pode fazer os trabalhos
 16 - Não pode fazer os trabalhos
 17 - Não pode fazer os trabalhos
 18 - Não pode fazer os trabalhos
 19 - Não pode fazer os trabalhos
 20 - Não pode fazer os trabalhos
 21 - Não pode fazer os trabalhos
 22 - Não pode fazer os trabalhos
 23 - Não pode fazer os trabalhos
 24 - Não pode fazer os trabalhos
 25 - Não pode fazer os trabalhos
 26 - Não pode fazer os trabalhos
 27 - Não pode fazer os trabalhos
 28 - Não pode fazer os trabalhos
 29 - Não pode fazer os trabalhos
 30 - Não pode fazer os trabalhos
 31 - Não pode fazer os trabalhos
 32 - Não pode fazer os trabalhos
 33 - Não pode fazer os trabalhos
 34 - Não pode fazer os trabalhos
 35 - Não pode fazer os trabalhos
 36 - Não pode fazer os trabalhos
 37 - Não pode fazer os trabalhos
 38 - Não pode fazer os trabalhos
 39 - Não pode fazer os trabalhos
 40 - Não pode fazer os trabalhos
 41 - Não pode fazer os trabalhos
 42 - Não pode fazer os trabalhos
 43 - Não pode fazer os trabalhos
 44 - Não pode fazer os trabalhos
 45 - Não pode fazer os trabalhos
 46 - Não pode fazer os trabalhos
 47 - Não pode fazer os trabalhos
 48 - Não pode fazer os trabalhos
 49 - Não pode fazer os trabalhos
 50 - Não pode fazer os trabalhos
 51 - Não pode fazer os trabalhos
 52 - Não pode fazer os trabalhos
 53 - Não pode fazer os trabalhos
 54 - Não pode fazer os trabalhos
 55 - Não pode fazer os trabalhos
 56 - Não pode fazer os trabalhos
 57 - Não pode fazer os trabalhos
 58 - Não pode fazer os trabalhos
 59 - Não pode fazer os trabalhos
 60 - Não pode fazer os trabalhos
 61 - Não pode fazer os trabalhos
 62 - Não pode fazer os trabalhos
 63 - Não pode fazer os trabalhos
 64 - Não pode fazer os trabalhos
 65 - Não pode fazer os trabalhos
 66 - Não pode fazer os trabalhos
 67 - Não pode fazer os trabalhos
 68 - Não pode fazer os trabalhos
 69 - Não pode fazer os trabalhos
 70 - Não pode fazer os trabalhos
 71 - Não pode fazer os trabalhos
 72 - Não pode fazer os trabalhos
 73 - Não pode fazer os trabalhos
 74 - Não pode fazer os trabalhos
 75 - Não pode fazer os trabalhos
 76 - Não pode fazer os trabalhos
 77 - Não pode fazer os trabalhos
 78 - Não pode fazer os trabalhos
 79 - Não pode fazer os trabalhos
 80 - Não pode fazer os trabalhos
 81 - Não pode fazer os trabalhos
 82 - Não pode fazer os trabalhos
 83 - Não pode fazer os trabalhos
 84 - Não pode fazer os trabalhos
 85 - Não pode fazer os trabalhos
 86 - Não pode fazer os trabalhos
 87 - Não pode fazer os trabalhos
 88 - Não pode fazer os trabalhos
 89 - Não pode fazer os trabalhos
 90 - Não pode fazer os trabalhos
 91 - Não pode fazer os trabalhos
 92 - Não pode fazer os trabalhos
 93 - Não pode fazer os trabalhos
 94 - Não pode fazer os trabalhos
 95 - Não pode fazer os trabalhos
 96 - Não pode fazer os trabalhos
 97 - Não pode fazer os trabalhos
 98 - Não pode fazer os trabalhos
 99 - Não pode fazer os trabalhos
 100 - Não pode fazer os trabalhos

La force a augmenté d'une façon générale progressivement.
 L'amplitude articulaire n'a pas changée à cause de l'ankylose de ces articulations.

4. Nous avons fait l'avaliation, chaque fois, de la capacité fonctionnelle que nous avons classifié en quatre degrés:

- 0 — la malade peu faire tous les travaux journaliers sans grande difficulté;
- 1 — la malade peu faire les travaux journaliers, avec quelque difficulté et légère diminution de l'amplitude d'une ou plusieurs articulations;
- 2 — la malade peu faire seulement les petits travaux journaliers surtout personnels;

3 — alitée ou dans une chaise sans possibilité de faire même les soins personnels de toilette;

5. L'étude de l'état actuel de la malade par rapport, chaque fois, à la dernière observation:

- 1 — bien pire
- 2 — pire
- 3 — pareil
- 4 — meilleur
- 5 — bien meilleur

6. Avaliation de l'état actuel — avis du médecin, de la même façon, chaque fois, par rapport à la dernière observation.

Pour avoir plus facilement une vision d'ensemble nous avons fait le tableau suivant:

TABLEAU IV

M.G.R.

MAIN GAUCHE

Date	Métronage	Annulaire	Majeur	Index	Pouce	100/100 Soleur
29/6/74	44,5	48+	52	53-	54,5	38
16/7/74	44,5	48	52	53	54,5	40
30/7/74	44	48,5	53	52+	53,5	24
21/8/74	44,5	47,5	52	52	53	27
21/8/74	44,5	47,5	52	52	53	22
3/11/74	44,5	47,5	52	52	53,5	16
11/11/74	43,5	47	50,5	52-	53	18
3/2/74	43,5	47,5	51,5	51	53	21
9/2/75	43	47,5	51,5	51	53	25
6/7/75	41,5	47	52	52,5+	54	28
27/75	44	47-	51,5+	52	52,5	13
7/4/75	43,5	47	51,5	52	51,5	17
9/5/75	43	47	50,5	51	53,5	18

Dans ce tableau avec la détermination de la capacité fonctionnelle, de l'état actuel envisagé par la malade et par le médecin, nous avons mis chaque fois le dosage de G.P. 45 840 (voltaren) et de l'analgésique paracetamol et encore les valeurs de la vitesse de sédimentation.

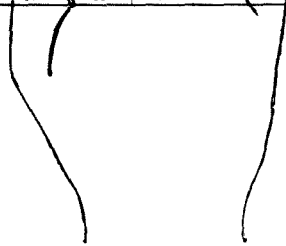
7. Nous avons fait aussi, chaque fois, la détermination de la circonférence de l'articulation de la première avec la deuxième phalange des différents doigts des mains.

TABLEAU V

Circunferencia das articulações dos dedos

	MAIN DROITE	
Malade	M. E. R.	

Dois	Pouce	Index	Majeur	Annulaire	Auriculaire	Peri articulaire
29/6/74	59	58	61,5	55	51,5	38
16/7/74	60	59,5	66,5	56,5	54	40
30/7/74	58,5	59,5	62,5	57,5	53,5	24
21/8/74	58,5	58,5	64,5	57,5	53,5	27
21/8/74	56	56,5	61	53	50	22
5/11/74	57	57	60	54	51	16
31/11/74	56	55,5	60	53,5	49,5	18
3/12/74	57,5	57	62	53,5	50,5	21
9/1/75	56+	56	62,5	53,5	50,5	25
4/2/75	58	58,5	64	55	50,5	28
8/3/75	58+	55,5	59+	52,5+	50,5+	13
9/4/75	58,5+	54+	60,5	52,5	50	17
8/5/75	57	56	61	54	51	18



D'une façon générale il y a une réduction progressive par rapport à l'amélioration, de la circonférence articulaire.

En conclusion:

Après un traitement prolongé avec G.P. 45 840 Voltaren du point de vue clinique nous avons obtenu une certaine amélioration de la capacité fonctionnelle et de l'état actuel de la malade, au niveau des petites articulations surtout des mains et des pieds.

Elle peut faire maintenant des travaux qu'elle ne pouvait pas faire auparavant.

Les grandes articulations, sauf les épaules, sont plus ou moins inchangées.

La vitesse de sédimentation n'a pas changé non plus.

RESUMO

Após um tratamento prolongado com G.P. 45 840 (VOLTAREN®) nós obtivemos, do ponto de vista clínico, uma certa melhoria da capacidade funcional e do estado actual de uma doente, ao nível das pequenas articulações, sobretudo das mãos e dos pés.

Actualmente ela pode fazer trabalhos que, anteriormente, eram impossíveis.

As grandes articulações, excepto os ombros, não sofreram alterações sensíveis.

A velocidade de sedimentação também não se alterou.

SUMMARY

After a long-term treatment with GP 45 840 (VOLTAREN®) a certain clinical improvement of the functional capacity and of the state of rheumatic condition of a patient was achieved at the level of the small joints, especially of the hands and feet.

Presently she is able to do works that were impossible prior to the treatment.

The large joints, except those of the shoulders, did not show any appreciable changes.

The E.S.R. was neither influenced.

Corticoterápia
na
Reumatologia

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

- URBASON RETARD 8 mg
- tratamento inicial
até 6 drageias por dia
durante 6 dias
 - tratamento de manutenção
2 drageias por dia

- URBASON RETARD MITE 4 mg
- nos casos mais favoráveis e em
crianças
 - tratamento de manutenção mais
maneável

URBASON®
6-metilprednisolona



OHB₁₂

HIDROXICOBALAMINA

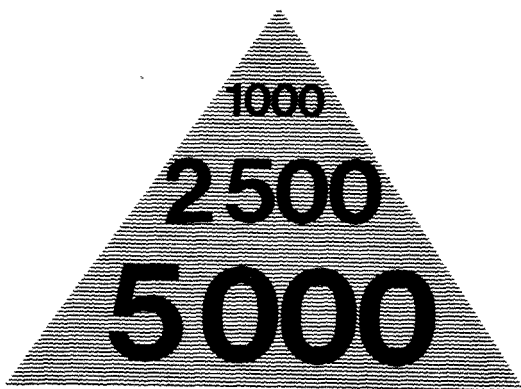
10 000

5 000

2 500

AMPOLAS LIOFILIZADAS

1 000



OHB₁₂B₁

HIDROXICOBALAMINA
+
MONOFOSFATO TIAMINA



REUMATISMO E TRABALHO NO VELHO (*)

ROBERT PEREIRA MARTINS (**)

— A velhice é, fisiologicamente, o estágio da vida que se estabelece por uma gradual e progressiva perda, mais ou menos global, dos mecanismos reguladores das funções orgânicas e uma alteração, maior ou menor, da capacidade de adaptação e do comportamento do indivíduo. Daí, ser difícil determinar-lhe o início etário.

— No entanto e para efeitos sócio-laborais é aceite que o seu início corresponde aos 65 anos.

— Na população portuguesa, cerca de 10 % têm mais de 65 anos.

— Com a idade vai ocorrendo uma perda gradual da capacidade laboral.

— Por «reumatismo» entende-se, genericamente, um vasto e complexo conjunto de doenças e síndromes, caracterizados por inflamação ou degenerescência do mesênquima, de forma difusa ou não, quase sempre crónicas, atingindo exclusiva ou preferencialmente o aparelho locomotor e, em geral, de etiologia desconhecida e de patogénia multifactorial.

— E sendo doenças sociais por excelência, os reumatismos constituem um dos mais graves problemas médico-sociais e sócio-económicos do nosso tempo, atingindo, segundo estatísticas, embora parcelares e não síncronas, de 4 % a 10 % da população do mundo e onerando, pesadamente, o orçamento familiar e público nos diferentes países — cuidados médicos, subsídios de doença, pensões de invalidez, recuperação clínica e sócio-profissional, paralisação ou redução de rendimento do trabalho.

— Embora de elevada morbilidade (até 25% do total) e invalidez (15 a 25% do total) a generalidade das doenças reumáticas, não só degenerativas como até inflamatórias, têm baixo índice de mortalidade, pelo que

(*) Esquema da intervenção no Painel «Medicina do Trabalho — Trabalhador Idoso» organizado pela Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho nas 1.^{as} Jornadas de Gerontologia Social (Lisboa, 6-10-XII-1976).

(**) Médico graduado do Instituto Português de Reumatologia. Membro titular da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

as encontramos, ou pelo menos às suas sequelas, com grande frequência nas pessoas idosas (em cerca de 70 % das pessoas com mais de 60 anos).

— Na génese das artropatias degenerativas — os reumatismos mais frequentes — participam factores constitucionais, endócrino-metabólicos, ambientais e mecânicos (alterações estáticas da coluna e dos membros inferiores, dimorfias osteoarticulares, erros da postura, fadiga músculo-ligamentar, excesso de peso, traumatismos).

— O trabalho pode também concorrer, em presença de um conjunto de factores, como factor reumatogénico, para o estabelecimento dos reumatismos, sobretudo das artropatias degenerativas, e uma vez estes estabelecidos, pode agravá-los.

— As doenças reumáticas, mormente as de tipo degenerativo, antecipam a senescência fisiológica do aparelho locomotor, o qual é fundamental à generalidade das actividades laborais, daí reduzindo estas.

— A generalidade dos reumatismos pode, pois, comportar-se e, infelizmente, em geral comporta-se, como factor perturbador do trabalho, reduzindo (absentismo) ou inibindo mesmo (reforma antecipada) a capacidade laboral.

— Assim, os reumatismos representam, na generalidade dos países, a primeira causa de absentismo laboral (10 % a 20 % do total), tendo 0,5 % a 3% da população de abandonar o trabalho ou exercê-lo de forma marcadamente deficiente e cifrando-se em milhões os dias de trabalho perdido por ano devido às doenças reumáticas.

— Nos doentes reumáticos, e muito particularmente nos idosos, em que coexistem outros desvios orgânicos, o trabalho deve ser adaptado, na qualidade e quantidade, à capacidade laboral ainda existente no aparelho locomotor.

— A tríade clínica — dor, deformação e limitação da mobilidade — quase comum a todos os tipos de reumopatias, obriga, muitas vezes, a uma reclassificação profissional.

— Nem sempre, e particularmente nos reumatismos de tipo degenerativo, há correspondência sistemática entre a extensão das alterações anatómicas, reveladas radiologicamente, e a gravidade clínica.

— Muitas das alterações anatómicas, radiologicamente reveladas, ou são lesões cicatriciais já sem significado clínico e sem repercussões sócio-laborais ou meros sinais de degradação fisiológica sem que coexista patologia reumatismal.

— Há, portanto, que, pelo esclarecimento do reumatologista ou da equipa médica, obstar à tendência, hoje infelizmente tão corrente, para o «absentismo laboral» ou para a reforma precoce por ter «doenças reumáticas degenerativas», com base no mero achado radiológico de sequelas sem significado clínico ou no simples facto de se ser portador da doença em fase incipiente ou com evolução lenta e benigna.

— Para procurar reduzir a taxa de absentismo determinado, de facto, pelas doenças reumáticas, impõe-se, se possível, uma prevenção sistemá-

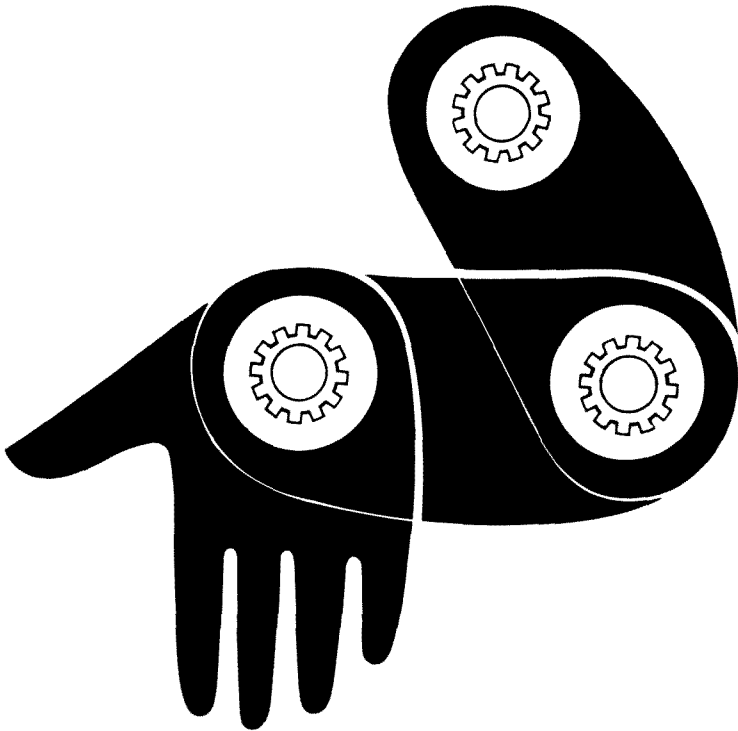
tica e, sempre, um tratamento especializado, cuidadoso e precoce do trabalhador.

— No programa de recuperação clínica e sócio-profissional integral do reumático, sobretudo quando idoso, há que «criar» um estado de confiança física e psíquica, por um equilíbrio harmonioso entre a prescrição médica, as normas higieno-dietéticas, o movimento reeducador, o trabalho possível — habitual ou substitutivo — sempre psiquicamente benéfico e uma actividade lúdica ocupacional, manual ou mental.

— Por isso, em doentes reumáticos com formas clínicas exigindo, para a sua recuperação, repouso prolongado ou actividade laboral substitutiva ou moderada, é de combater, inteligentemente, a tendência para o «presentismo», tão frequente em trabalhadores idosos, que timbram em não ter uma falta ao trabalho, autêntico título de orgulho.

— Nos portadores de doenças reumatismais, idosos ou não, mas sobretudo naqueles, incumbe ao reumatologista colaborar com o médico de trabalho e o clínico assistente na definição correcta dos diferentes casos clínicos: os com capacidade total ou parcial para o trabalho habitual; os carecendo de reclassificação profissional; os que são susceptíveis de recuperação clínica e laboral, com a dispensa médica temporária, prolongada ou não, do seu trabalho habitual; por fim, aqueles onde se impõe a reforma antecipada já que a actividade laboral, aliás com marcado deficit de rendimento, é obtida à custa do agravamento da doença e do sofrimento físico e psíquico do doente.

— Finalmente, há que incutir nos trabalhadores idosos, reumáticos ou não, a «consciência» de que a reforma é muito mais um prémio pela actividade laboral desenvolvida ao longo de uma vida na sociedade em que se insere do que um direito laboral adquirido por aquele que a jurisprudência de trabalho considerou como já não rentável ou inválido.



DEXAMOVIRENE

O anti-reumatismal
potencializado e seguro

Actividade terapêutica poderosa

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

Campo de indicações específicas

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

Efeitos secundários mínimos

Apresentação na dose óptima

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



DIVISÃO FARMACÉUTICA

Bruxelas

Bélgica

Norgesic

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

Norgesic

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

Composição

Cada comprimido de **NORGESIC** contém:

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

Posologia

Dois comprimidos, três vezes ao dia.

RIKER LABORATORIES **3M**
LOUGHBOROUGH ENGLAND

RESUMOS



RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES
DOS AUTORES PORTUGUESES APRESENTADAS AO
«II CONGRESSO LATINO DE REUMATOLOGIA»

(BUCARESTE, 22-24 DE SETEMBRO DE 1976)

ULTRASTRUCTURE ET CYTOCHIMIE DES
LIPIDES INTRACELLULAIRES DANS LES LEUCOCYTES DU
LIQUIDE SYNOVIAL RHUMATOÏDE

VAZ, A. L.
Porto — Portugal

Des frottis du culot du liquide articulaire, fixés par les vapeurs d'osmium ou de formol, ont été colorés par le noir de soudan B, l'oil redo, la méthode du cuivre — acide rubéanique pour les acides gras d'après Holecinger, la méthode du Tétroxyde d'osmium-naphtokinone pour le cholestérol et encore par l'hématine acide. Pour l'étude au microscope électronique, le culot, fixé dans le glutaraldéhyde — osmium a été inclus dans l'Epon. Des inclusions intracellulaires ont apparu, constamment colorées par le noir de soudan B, l'oil redo et la méthode d'Adams et rarement par l'hémateine acide. L'étude au microscope électronique a révélé qu'elles étaient constituées par un produit clair et homogène habituellement dépourvues d'unité de membrane et que, par comparaison entre les coupes de 1 µm colorés par le noir de soudan B et les coupes ultrafines adjacentes correspondaient aux inclusions soudanophiles. Ces résultats permettent d'appuyer la nature triglycéridique de la plupart des inclusions. Elles semblent être la conséquence de la dégradation enzymatique des matériaux phagocytés par les cellules ou bien l'accumulation de triglycérides facilités par l'augmentation de glycerophosphate qui résulterait de l'activité phagocytaire.

CYTOCHIMIE ET ULTRASTRUCTURE DES CELLULES DU LIQUIDE ARTICULAIRE DANS L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

VAZ, A. L.

Porto — Portugal

Des frottis obtenus à partir du culot du liquide articulaire et soumis à des fixations diverses, ont été colorés par le fer colloïdal, d'après la méthode de Hale, ou, après fixation par le glutaraldéhyde, incubés dans un milieu de glycérophosphate pour rechercher l'activité de phosphatase acide.

Des coupes de congélation de 100 μ m ont été incluses dans l'Epon pour l'étude au microscope électronique, après incubation dans le milieu de Barka.

Des inclusions intracellulaires, avec activité de phosphatase acide, étaient plus fréquentes et plus volumineuses dans les cas d'arthrite rhumatoïde séropositive avec de graves lésions articulaires, surtout quand le titre du facteur rhumatoïde était plus élevé ou quand le titre du complément dans le liquide synovial était plus bas.

Parmi d'autres matériaux, il nous a été possible d'identifier la présence de protéoglycans à l'intérieur des inclusions.

Ces inclusions de nature lysosomiale semblent être en rapport avec la présence d'immunocomplexes et constituent un élément important de la chaîne pathogénique de l'inflammation articulaire et de la destruction du cartilage.

POLIARTRITE E MIASTENIA GRAVIS

FREITAS, S.

Porto — Portugal

É apresentada uma doente, de 35 anos de idade, que inicia os seus padecimentos pelos 30 anos com sintomatologia considerada do foro psiquiátrico (perdas momentâneas do conhecimento, quedas, movimentos convulsivos e cefaleias). Três anos e meio depois surge um quadro poliarticular com discretos sinais inflamatórios. Em Dezembro de 1975 começa a referir astenia intensa para o fim do dia e, dois meses depois torna-se evidente um quadro miasténico.

Dos exames subsidiários merecem referência valores baixos do complemento sérico total e da fração C₃, aumento da globulina gama, negatividade do factor reumatóide e de células LE, anergia cutânea. A pesquisa de anticorpos antinúcleo, anti-músculos liso foi negativa sendo positiva para anti-músculo estriado.

Recorda-se a propósito deste caso clínico, por um lado a associação frequente de doenças auto-imunes e por outro a associação destas com a patologia tímica.

SULINDAC: SA TOLERANCE À TRAVERS D'UN ÉTUDE MULTICENTRIC

FIGUEIRINHAS, J.

Lisboa — Portugal

1.090 malades souffrant de différentes affections rhumatismales ont été observés, médicamentés avec SULINDAC, en dosages de 200 à 400 mg. par jour, et cliniquement contrôllés par un étude multicentric accompli en Portugal et qui a eu la participation de 432 médecins.

On a vérifié l'occurrence d'effets accessoires seulement en 144 malades (13.21%), comprenant 114 (10.46%) ayant des perturbations gastrointestinaux, 12 (1.10%) des

phénomènes néurologiques, 5 (0,46 %) des alterations dermatologiques, 3 (0,28 %) des problèmes circulatoires, 1 (0,09 %) avec retention hydro-saline et 10 ayant d'autres effets.

On a conclu que, pas seulement par son activité thérapeutique, SULINDAC est une substance très bien tolérée.

MODIFICACIONES BIOQUÍMICAS ET CYTOLOGIQUES DANS LES MALADES TRAITÉS PAR L'IBUPROFEN

VAZ, A. L.
Porto — Portugal

Parmi plusieurs malades traités par l'Ibuprofen, on en a sélectionné dix, qui avaient un exudat articulaire, dans lequel on a effectué le dosage des protéines et l'étude cytologique du liquide synovial avant et après une période de traitement.

Dans plusieurs cas nous avons trouvé une diminution du taux des protéines et du nombre des ragocytes et des cellules du liquide articulaire après le traitement.

Le cintigramme articulaire par le technétium qui a été fait dans quelques cas a confirmé la réduction de l'activité inflammatoire.

Malgré le nombre réduit des cas, ces faits sont en faveur de l'existence d'activité inflammatoire locale due à l'Ibuprofen.

SULINDAC VERSUS IBUPROFEN NAS ARTROSES

CARVALHO, P. M.
Coimbra — Portugal

Foi feito um ensaio clínico duplamente cego envolvendo quinze doentes de ambos os sexos com osteoartrite do joelho ou da anca, seguidos em regime ambulatorio, em que se comparou a resposta clinica e açoes acessórias do Sulindac (MK-231) (administrado duas vezes por dia) e o Ibuprofen (administrado três vezes por dia). Sete dos doentes, foram, em escolha ao acaso, medicados com Sulindac e oito com Ibuprofen.

Todos os doentes tinham o diagnóstico de osteoartrite. No grupo medicado com Sulindac (MK-231), quatro sofriam de coxartrose e três de gonartrose. Dos medicados com Ibuprofen seis sofriam de coxartrose e dois de gonartrose.

O resultado terapêutico foi avaliado em todos os doentes à 8.ª semana.

Os parâmetros utilizados para fazer essa avaliação mostraram que o Sulindac e o Ibuprofen são igualmente eficazes.

Apenas em dois doentes medicados com Sulindac foram referidos efeitos colaterais que não foram considerados importantes.

Cinco doentes apresentaram alterações laboratoriais que em quatro foram consideradas como possivelmente relacionadas com a terapêutica (2 doentes medicados com Sulindac e 2 com Ibuprofen), e no quinto doente como provavelmente relacionada com o medicamento (Ibuprofen).

Neste estudo o Sulindac mostrou-se eficaz e seguro no tratamento da osteoartrite da anca e do joelho quando comparado com o Ibuprofen, assim como foi bem tolerado numa dose de 400 mg por dia.

ESTUDO MORFO-FUNCIONAL DA MUCOSA GÁSTRICA ANTES E APÓS A ADMINISTRAÇÃO DE IBUPROFEN (VIA ORAL) EM DOENTES REUMÁTICOS

TEIXEIRA, A. V.; POÇAS, L.
Porto — Portugal

(Resumo não enviado)



RESUMO DA COMUNICAÇÃO PORTUGUESA
APRESENTADA ÀS
«XII JORNADAS CHILENAS DE REUMATOLOGÍA»
E
«II JORNADAS INTERNACIONALES»

(OSORNO, 8-12 DE OUTUBRO DE 1976)

THE XERORADIOGRAPHY AND RHEUMATOID ARTHRITIS

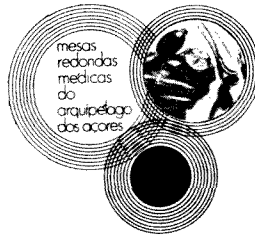
FIGUEIRINHAS, J.; QUEIRÓS, M. V.

Lisbon — Portugal

The intent of this study is to analyse and to discuss the advantages and the disadvantages of this technic in several rheumatic diseases, and compare the Xeroradiography with the conventional roentgenography.

The authors present the results of a study carried out in patients with Rheumatoid Arthritis.

This study suport the concept that Xeroradiography must be considered as a routine technic in the study of the peripheral joints, despite its possibilities of improvement being far from end.



RESUMOS DE COMUNICAÇÕES APRESENTADAS
ÀS
«V MESAS REDONDAS MÉDICAS DOS AÇORES»

(PONTA DELGADA, 25-27 DE MARÇO DE 1977)

ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES (ANE)

FIGUEIRINHAS, J.

Lisboa — Portugal

Depois de se focar a importância da inflamação na patologia humana recorda-se o empirismo inicial que rodeou a utilização dos primeiros antiflogísticos. Seguidamente,

os estudos que levaram à descoberta de novas substâncias em direcção à meta ideal a atingir: máxima actividade com nula toxicidade.

Lembra-se seguidamente que para uma substância ser útil na clínica deve opor-se às diferentes fases da reacção inflamatória que são descritas.

Referindo-se aos limites éticos a observar na experimentação humana, o A. menciona seguidamente as substâncias-padrão mais vulgarmente utilizadas nesses estudos como termos de comparação (Fenilbutazona, Indometacina, Aspirina e Ibuprofen). A avaliação global da substância deverá ser feita através do estudo da actividade, da potência, da selectividade e da tolerância.

Entrando depois no estudo dos ANE, o A. nomeia as principais características do grupo (acção analgésica, acção antipirética, acção anti-inflamatória e acção inibidora da aglutinação plaquetária).

Depois de focar diversos critérios de classificação dos ANE (constituição química, forma de aplicação, rapidez de actividade, potência, selectividade, etc.), o A. decide-se pela adopção de um critério misto, embora baseado fundamentalmente na composição química.

TERAPÊUTICA DA ARTRITE REUMATÓIDE (A.R.) COM ANTIPALÚDICOS DE SÍNTESE

FIGUEIRINHAS, J.
Lisboa — Portugal

Embora empregando muito mais frequentemente os sais de ouro no tratamento de fundo da A.R., o A. tem utilizado outros medicamentos com o mesmo objectivo, nomeadamente os imunodepressores, a D-Penicillamina e os antipalúdicos de síntese.

Neste trabalho apresentam-se os resultados obtidos com os antipalúdicos no tratamento de 54 doentes com A.R. «clássica» e «definida» diagnosticada segundo os critérios da A.R.A.

Com uma dose de manutenção de 250 mg. de difosfato de cloroquina numa única toma ou fraccionando-a em duas, em caso de intolerância digestiva, com um período de 30 dias de repouso em cada seis meses de tratamento, o A. obteve 18,5% de bons resultados, sendo os mais brilhantes quando os associava aos sais de ouro em períodos alternados de tratamento.

O A. termina chamando a atenção para as seguintes vantagens: baixo custo, comodidade de administração, doses baixas, terapêutica de alternativa. Como inconvenientes principais, são citados o tratamento por períodos prolongados exigindo curtos períodos de descanso, controle oftalmológico frequente, sobretudo no início do tratamento, ineficácia nos tratamentos de ataque.

ASPECTOS RADIOLÓGICOS NAS AFECÇÕES REUMÁTICAS

SOUSA, L.A.
Lisboa — Portugal

(Resumo não enviado)

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.

Cônsua 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 (Ligues et Centres de Rhumatologie ou alliés; Écoles de Médecine; Universités et Centres de Recherche Scientifique; Sociétés Médicales et Scientifiques; Hôpitaux et Services Cliniques; Revues et Journaux Médicaux), avec l'échange de publications et de plans de recherche et d'activité scientifique, médicale et sociale.

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

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

*

Dear Colleague(s) | Sir(s)

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

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

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

Thanking you for your cooperation, with kind regards.

DOR O SINTOMA DOMINANTE NAS DOENÇAS REUMÁTICAS



A SOLUÇÃO MAIS EFECTIVA: RESOLUÇÃO DA
INFLAMAÇÃO

dorindac^{*} Comprimidos
Supositórios

- Alivia eficazmente a dor
- Resolve a inflamação

CHIBRET LIMITADA

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



* Marca Registrada

Mobilidade com o INDOCID

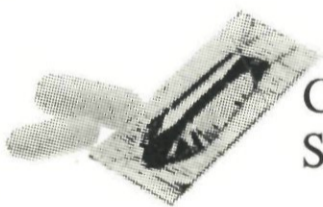
Torna-se imediatamente evidente que o simples lumbago beneficia consideravelmente com tratamento... (INDOCID); em cerca de 85% dos doentes... (verificou-se o desaparecimento total dos sintomas) ou registaram-se melhoras dentro de cerca de 10 dias.

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

Pela maioria dos critérios... subjectivos ou objectivos,

Indocid^{*}
(indometacine, MSD)

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



Cápsulas
Supositórios

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

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

MSD

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



*Marca registada