

pareceu e os três pacientes se curaram. Apesar do uso de outros tratamentos auxiliares, os autores acreditam que a segunda série de sulfadiazine foi responsável pela cura, prevenindo uma infecção secundária fatal. Embora isto possa ser a verdade, também é possível que a segunda série tenha contribuído para desensibilizar o doente à sulfamida, porque é agora aceito que a continuação do tratamento com as sulfamidas pode desensibilizar o doente a reações alérgicas específicas, tais como eritema medicamentoso, febre medicamentosa, etc. Outro ponto, não suficientemente apreciado, é que uma granulocitopenia, resultante de infecção bacteriana severa, não constitui, em si, uma contra-indicação à sulfamidoterapia. O tratamento, em tais casos, é, freqüentemente, seguido por um aumento marcado nos granulócitos quando a infecção tende a ficar vencida.

ANNELISE STRAUSS

GOLD THERAPY IN RHEUMATOID ARTHRITIS — George B. Stericker - Illinois Medical Journal, Julho, 1945, pg. 33.

Existem atualmente, nos Estados Unidos da America do Norte, para a terapêutica da artrite reumatoide, três sais de ouro. São os seguintes: tiomalato de sodio e ouro (Myochrysin), tioglicose-ouro (Solganol-B oleosum) e tiossulfato de sodio e ouro; os dois primeiros contêm 50% e o ultimo 37% de ouro. Todos são solúveis e largamente excretados na urina. Além desses ha outro produto, conhecido por Lauron (ouro-tioglicicoanilide) introduzido por M. J. Lewenstein, na Holanda. Este ultimo produto é menos tóxico porém seu valor terapêutico também é menor.

Como resultado dos trabalhos de Freyberg e col., na Universidade de Michigan, a tendência atual é a de se dar doses menores do ouro e, talvez, menores doses totais do que as usadas anos atrás. De acôrdo com esse autor, as doses devem começar com 5 ou 7,5 mg. de metal e ser aumentadas rapidamente, com intervalo semanal, até 25 ou, em alguns casos, até 50 mg. A dose total de ouro a ser dada é, usualmente, limitada a 500 ou 600 mg., em cada série de injeções.

Reações tóxicas provocadas pela terapeutica aurica

As mais frequentes envolvem a pele. Pode haver apenas descamação das palpebras e prurido pelo corpo, porém, isso não impede que se prossiga no tratamento.

As manifestações como herpes, foliculite, furunculose e dermatite exfoliativa, exigem suspensão temporaria, ou permanente, do tratamento.

A granulocitopenia, a trombocitopenia, as manifestações hemorragicas e a anemia aplástica são, especialmente, temidas. Lesões ulcerativas da boca e do trato intestinal, nefrite e hepatite são manifestações raras. É aconselhavel o exame cuidadoso do paciente antes de cada injeção.

A velocidade de hemossedimentação é um bom indice do estado do doente: se ela estiver muito elevada, o tratamento pode ser continuado porém, se perto dos limites normais, deve-se proceder com cautela. As reações tóxicas parecem ocorrer com menor frequencia quando a velocidade de hemossedimentação é alta.

Como as reações tóxicas, em sua frequência e severidade, manifestam-se em proporção à taxa administrada da droga, deve-se dar a menor dose terapêutica eficiente possível.

Resultados do tratamento

É difícil avaliar os resultados da terapêutica áurica na artrite reumatoide. Poucas vezes consegue-se a volta do paciente à sua vida normal.

Os doentes tratados dentro do primeiro ano de moléstia, são os mais propensos a ter bons resultados. Deve-se acentuar que os sais de ouro apenas determinam a parada do processo inflamatório, na artrite reumatóide. Eles não produzem a reparação das lesões existentes.

É aconselhável uma segunda série de injeções de ouro, dentro de 1,½ a 3 meses depois da primeira, não importando quais tenham sido os resultados desta. Às vezes, são necessárias muitas séries.

Parece entretanto, que os melhores resultados são obtidos na primeira série.

É bom lembrar que nenhum método de tratamento tem trazido tanto alívio aos doentes, como o uso dos sais de ouro. Entretanto, a parada completa do processo inflamatório, como resultado do tratamento, raras vezes ocorre.

ULYSSES A. SILVA.

DIARRÉIA, VOMITO E NÁUSEA, DE CAUSA DESCONHECIDA —

Hobart Reimann M. D. - The J. A. M. A. v. 122, n.º I - Jan. 1945.
John Hodgesi M. D.

Parece existir uma moléstia epidêmica, de causa ainda desconhecida, benigna, caracterizada por anorexia, mal-estar, enjôo, vomito e às vezes diarreia. Tem-se dado pouco valor à moléstia, que tem recebido varios diagnósticos: indigestão, influenza intestinal, hiperemesis vomito de inverno, gastro-enterite estival, moléstia de Spencer ou de Hanover, "Gypsy", etc. Quando existe sob forma epidêmica é rotulada como disenteria bacilar; quando isolada, por apresentar vômito, febre leucocitose e comumente dôr no flanco direito, tem sido diagnosticada como apendicite e o paciente é operado.

— Período de incubação: 30 horas a 7 dias. Em média: 2 dias.

— Outros sintomas: desconforto abdominal, diarreia, raramente constipação, febre 38.ºc raramente 40.ºc — garganta inflamada.

— Exames de laboratório — Quadro infeccioso (leucocitose) — Nada de peculiar.

— Os A. A. estudaram um grupo de estudantes de medicina, nos meses de Outubro e Novembro dos anos de 1943-1944. Foram atingidos 20% dos estudantes no ano de 1943 e 10% no ano de 1944.

— O agente etiológico foi sugerido ser um vírus filtravel porém a porta de entrada (ap. respiratório, digestivo ou sist. nervoso) é ainda desconhecida. Foi impossível aos A. A. transmitir a moléstia a animais ou isolar o germe (um agente filtravel) porem resultados sugestivos foram obtidos com voluntários. Acreditam que a moléstia seja transmitida pelo ar, penetra pelas