

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 diagnosticos: 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.

— Periodo de incubação: 30 horas a 7 dias. Em media: 2 dias.

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

— Exames de laboratorio — 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 etiologico foi sugerido ser um virus filtravel porém a porta de entrada (ap. respiratório, digestivo ou sist. nervoso) é ainda desconhecida. Foi impossivel 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

vias resp. ou digestivas. Acreditam que seja de alta incidência, porém pouco reconhecida.

— Na maior parte dos casos não necessitam terapêutica, a não ser para os sintomas;

**Nausea** — abstinência de alimentos ou atropina, nitrito de sódio, etc.

**Dor de diarreia:** — aplicação abdominal de calor, opio, etc.

**Dor de cabeça:** — Acido acetil salicílico, codeína.

**Dieta:** — branda-glicose na veia.

JULIO CROCE

**O TRATAMENTO DA ANGINA DE PEITO PELO PROPIONATO DE TESTOSTERONA — Maurice A. Lesser, M. D. (Boston) — New England Journal of Medicine, 226:51-54 Jan. 8, 1942.**

Somente poucos autores estudaram a ação do propionato de testosterona sobre o sistema circulatório. Efeitos benéficos foram relatados em diversos casos de afecções vasculares periféricas e angina de peito. Com o fim de verificar se o propionato de testosterona poderia influenciar a frequência ou severidade dos ataques, este medicamento foi dado a 24 pacientes com angina pectoris, dos quais 20 homens e 4 mulheres, cuja idade variava de 40 a 77 anos. Nenhuma dúvida havia quanto ao diagnóstico. Cada doente sofria, no mínimo, uma crise diária, e a maioria apresentava diversas.

As doses de propionato de testosterona foram escolhidas arbitrariamente, podendo ser diminuídas, sem nenhum inconveniente. 25 mgr. em 1cc de solução oleosa foram injetados de 3 em 3 dias, variando para cada caso individual de 5 a 25 injeções. Nenhuma complicação foi observada. Todos os doentes melhoraram com o tratamento, mas a melhora foi observada sobretudo nos homens.

Verificou-se em 2 pacientes melhora definitiva após 1 injeção; em 8 após 3; em 4 após 4; em 1 após 6. A melhora manteve-se clinicamente durante 12 meses após cessação do tratamento. Cinco pacientes receberam 6 injeções seguidas de óleo sem hormônio, antes de receberem o propionato de testosterona, assim como dois outros que haviam sofrido nova crise após a terapêutica hormonal, para servirem de comparação. Nenhum destes, entretanto, mostrou melhora apreciável, contrastando com a melhora geral observada quando se dava, somente testosterona. Esta ação foi sobretudo evidente nos dois doentes que melhoraram com a testosterona e nada com o substituto.

A maioria dos doentes apresentou baixa da tensão arterial durante a terapêutica. Exames radioscópicos, quimográficos e eletrocardiográficos não mostraram modificações resultantes desta terapêutica.

Admitindo-se que o Substratum patológico da angina de peito é constituído por uma anoxemia relativa do miocárdio, todo o esforço terapêutico tem convergido para a obtenção da melhora da circulação coronária, provocando a vaso-dilatação das artérias existentes e possível formação de vasos colaterais. A ação dos derivados nítricos e xânticos é transitória.

As anastomoses entre a coronária direita e a esquerda fazem-se com o correr dos anos e são função da maneira progressiva pela qual se constituem as oclusões das coronárias. A melhora dos doentes, após o emprego da testosterona, é progressiva e pode ser atribuída ao estabelecimento destas anastomoses.