

Os tumores que regridem com dose de irradiação que pouco lese os tecidos normais adjacentes, podem ser considerados radiosensíveis. Com campos habituais e RX de dureza moderada, doses até 2.500 r. provocarão a regressão de tumores radiosensíveis. Entre eles o linfoma, o angioendotelioma (de Ewing) do osso e o mieloma múltiplo. Os tumores que regridem quando sob a ação de dose moderadamente prejudicial aos tecidos adjacentes normais são denominados radio-responsíveis. As doses desta classe vão de 2.500 a 5.000 r. Entre estes tumores estão os basiliomas da pele, alguns cânceres da tireoide e do colo uterino. Os tumores que não regridem senão com doses maiores que 5.000 r. são considerados radioresistentes; não respondem melhor que os tecidos normais adjacentes, que serão muito lesados caso seja administrada a dosagem suficiente para provocar-lhes a regressão. O melanoma maligno, o ca. do reto e o ca. da mama caem neste grupo.

Tumores radiosensíveis não são necessariamente radio-curaíveis, recorrendo frequentemente em forma resistente após a regressão inicial. Cada tumor pode apresentar variações individuais na sua resposta à irradiação.

O A. analyse depois a utilização do fosforo radioativo, que se tornou o tratamento de escolha para a policitemia vera e mostrou ser paliativo em alguns casos de leucemia, sendo também utilizado no hipertireoidismo.

Discute depois os efeitos biológicos da bomba atômica que reproduzem quasi inteiramente os dos raios X.

MICHEL PINKUS RABINOVICHT.

TRATAMENTO DA LUES PRIMARIA COM PENICILINA

Sternberg e LEIFER (J. A. M. A. 133, 1, 4-1-47:1) analisam os dados obtidos pelo tratamento de 1.400 soldados com lues primaria tratados segundo o esquema do National Research Council (1944) — 2.400.000 U. O. de penicilina em 60 doses de 40.000 unidades administradas de 3 em 3 horas sem interrupção —. Estes doentes foram tratados entre Junho de 1944 e 1.º de Fevereiro de 1945. Transcrevemos do sumario dos AA.: Não foram verificadas reações tóxicas e todos os pacientes completaram o tratamento. Aproximadamente 84 % dos doentes foram observados por mais de 9 meses após o tratamento. Resultados satisfatórios foram obtidos em 94,3 % de 600 casos de lues primaria seronegativa, em 89,9 % de 564 casos de lues primaria seropositiva

e em 83,6 % de 236 casos de lues secundaria. O liquido céfalo-raquidiano foi examinado em 719 pacientes após o tratamento; foi normal em 714 e anormal em 5 (0,69 %). A alta media de resultado, 90,6 % ressaltado o curto follow-up, foi atribuida à consideravel proporção de casos de lues primaria (83,1 %) e ao fato dos pacientes serem provavelmente tratados com penicilinas de potencia satisfatoria.

A media de fracassos foi aproximadamente 5 % para os 790 pacientes brancos e 15 % para os 610 negros e os AA. discutem a diferença destes dados com relação à possibilidade de reinfeccção.

MICHEL PINKUS RABINOVICHT.

PNEUMONIA APÓS FERIMENTOS PULMONARES NÃO PENETRANTES

Edward PHILLIPS (J. A. M. A. 113, 3, 18/1/47:161) estuda observações feitas em 73 casos de pneumonia post-traumatica. Vinte e oito dos pacientes tinham o torax intato e 45 apresentavam fraturas da caixa torácica. Dos casos de pneumonia primaria observados no hospital (Permanent Foundation Hospital, Oakland, California), 2,4 % eram pneumonias post-traumáticas. Cerca de 92 % dos casos ocorreram dentro de seis dias após o ferimento. Em 54 pacientes a pneumonia desenvolveu-se do lado do traumatismo. Em 19 pacientes a pneumonia desenvolveu-se do lado oposto; 9 dos 19 apresentavam tambem pneumonia no ponto do traumatismo direto. O decurso e complicações da pneumonia post-traumática simulam os das pneumonias primarias pneumococicas leves a moderadamente severas. Os "tipos mais elevados" de pneumococos são os agentes etiologicos geralmente resposaveis.

Em consideração à patogenese da lesão púlmonar e pneumonia post-traumática e dos erros comumente verificados no tratamento dos ferimentos do torax que facilitam o desenvolvimento da pneumonia, pode-se dizer que a profilaxia da pneumonia post-traumática depende: 1) da prevenção da atelectasia pulmonar reflexa; 2) da restauração da capacidade vital; 3) da atenuação do muco bronquial espesso e tenaz; 4) da proteção do paciente dos agentes patogenicos respiratorios albergados por outros, e 5) quimioterapia profilática com doses adequadas de penicilina ou sulfadiazina.

MICHEL PINKUS RABINOVICHT.