

A própria natureza histica das vegetações permitiria prever a ação benéfica dos raios roentgen sobre elas, pois sabe-se que o tecido linfóide ocupa o primeiro lugar na escala da radiosensibilidade dos tecidos humanos.

Quanto ao segundo elemento do síndrome, a inflamação, as últimas aquisições mostraram como os estados inflamatórios, sobretudo os superficiais, são favoravelmente influenciados pelos raios em doses fracas.

Apoiado sobre dados experimentais sólidos, o tratamento radiológico mostrou-se, na pratica, eficaz.

Dizendo ter tratado com sucesso mais de 50 crianças, das quais os $\frac{3}{4}$ com menos de um ano, o A. expõe a seguir a maneira como se processa a regressão das adenoidites e cita dois casos dos mais interessantes, retirados da tese de um aluno seu, casos estes graves, de intervenção cirúrgica contraindicada.

O autor emprega doses fracas de raios medianamente penetrantes, ou mesmo penetrantes, filtrados em $\frac{1}{2}$ mm. de cobre ou o equivalente em Al.

O A. insiste, a seguir, sobre a inoquidade do método, porisso que os tecidos vizinhos, principalmente o ósseo, em pleno desenvolvimento, não sofre influência das doses empregadas, sendo sua radiosensibilidade bastante inferior à do tecido linfóide.

Finalizando, o A. resume da seguinte forma suas.

CONCLUSÕES: O tecido adenóideano, por sua própria natureza, é extremamente radiosensível. As adenoidites sendo por definição sempre infetadas, beneficiam-se também da feliz ação da radioterapia sobre o processo inflamatório — noção relativamente recente.

A intervenção cirúrgica é muitas vezes temida nas crianças por causa de complicações seticas possíveis.

As fracas doses de irradiação usadas tornam o método inofensivo e em nada complicam a intervenção, no caso de não terem trazido melhora.

Pelo contrário, a radioterapia pode trazer a cura nas recidivas operatórias.

Carlos Osório Lopes

PEDIATRIA

Robert Clement. — A Transfusão De Sangue No Lactente. — Presse Médicale — N.º 24 — 23-3-38. — Página 459.

O autor estuda a série de indicações da transfusão de sangue no lactente, citando como as mais frequentes e formais:

As hemorragias graves e mesmo pequenas, dos primeiros dias;

as hemorragias devidas à queda do cordão umbilical;

nas síndromes hemorrágicas que são a manifestação precoce duma hemofilia ou duma púrpura crônica;

a icterícia grave familiar do recém-nascido;

a icterícia grave infecciosa e a icterícia grave sifilítica que se acompanha de uma anemia severa e de hemorragias digestivas;

a icterícia hemolítica congênita;

na leucemia aguda;

na desnutrição e na hipotrofia (pequenas transfusões);

durante as moléstias infecciosas agudas e arrastadas;

nas queimaduras extensas;

nas broncopneumonias da primeira idade.

O sangue do doador deve ser do IV grupo ou de grupo igual ao do doentinho, sendo sempre preferível este último nos casos de icterícia hemolítica.

A punção das veias superficiais sendo quasi sempre difficil, o autor recomenda proceder à dissecação de uma das veias da dobra do cotovelo.

Os incidentes são raros. A transfusão deve ser lenta e, si houver cianose e alterações do ritmo cardíaco ou respiratório, recomenda fazer injeções tonicardiacas.

Baseando-se em vários autores, indica como dose máxima 30 cc por quilo de peso da criança.

Em muitas circunstâncias, conclue, uma transfusão de sangue tem indicações tão precisas e preciosas, que não se devem tomar em consideração as difficuldades de técnica.

M. Seligman

UROLOGIA

Andrew P. Peterson. — O Cateterismo Retrógrado No Diagnóstico E No Tratamento Das Vesiculites Crônicas. — *The Journal Of Urology.* — Vol. 39 — N.º 5. — Maio de 1938. — Pág. 662.

Introdução — Começa o Autor pôr salientar que a-pezar do primeiro cateterismo do ejaculador ter sido feito há já mais de meio século, sua divulgação não tem sido grande. As difficuldades técnicas e a relativa facilidade da vasotomia proposta por Belfield tem sido a seu ver, os fatores que explicam esta pouca divulgação. Considera entretanto a vasotomia um processo muito radical, assim como toda cirurgia de vesícula. Em seu artigo propõe-se a demonstrar que o cateterismo dos ejaculadores não é tão difficil como se pensa.

Literatura — Passa a seguir em longa revista toda a literatura sobre o assunto mostrando a difficuldade que quasi todos os Autores atribuem ao processo.

Etiologia e patologia das vesiculites — Aborda também este ponto mostrando que na grande maioria de seus casos o estafilococo e o micrococo catarral eram os germes responsáveis pelo processo. Alude a relativa raridade do gonococo, si bem que estas vesiculites sejam quasi sempre consequências de blenorragias. Estes resultados não estão entretanto de acôrdo com os de alguns outros autores, por exemplo, White Gradwohl que encontraram o gonococo em 80% de seus 1000 casos de vesiculites, sendo 60% em estado puro e 40% associado a outros germes.

Sintomatologia — Em geral dor no períneo, na região lombar ou no quadril. Polaquíúria, disúria, ejaculação precoce, espermatorréia e impotência são outros sintomas frequentes. Parestesias várias, como sensação de frio, de calor, ardência, pruridos, etc. em departamentos diversos do aparelho gênito-urinário. Ejaculação dolorosa e dôr depois do coito, assim como reflexos para o estado geral acompanhavam o quadro clínico muitas vezes.

Sinais objetivos: aumento da sensibilidade pelo toque, infiltração da região, pús e sangue nas secreções prostática ou vesicular obtidas por expressão, necrospemia, azoospermia, oligospermia, funiculite e epididimite.

Estende-se depois em considerações sobre o toque retal, descrevendo