

ças ocorreram recidivas (1,1%). Duas outras crianças com o coração já severamente atacado morreram de insuficiência congestiva sem se evidenciar uma infecção estreptocócica ou período reumático ativo. Duas crianças apresentaram atividade reumática mais intensa 2 (duas) semanas após o tratamento, tendo o resto das crianças permanecido livre de infecções e surtos reumáticos.

Diante destes resultados, os AA. são de opinião que a administração de sulfanilamida nos estádios quiescentes da febre reumática deveria encontrar mais largo emprêgo, entre os grupos de pacientes muito susceptíveis.

Embora outras sulfas não tenham sido tão bem apuradas, é provável que a sulfadiazine seria igualmente eficiente e poderia ser dada numa dose diária de 0,5 Gr. para crianças e 1,0 Gr. para adolescentes e adultos.

DENISE ALTENHEIN

A CURABILIDADE DO CANCER DO INTESTINO GROSSO — Chas. Gordon Heyd, B. A.

M. M. F.A.C.S., D.M.Sc. New York.

Generalidades — A curabilidade do cancer do intestino grosso depende do diagnóstico precoce. Contudo, ainda hoje, há uma demora pelo menos de 10 meses entre o aparecimento dos sintomas de malignidade e a intervenção cirúrgica, e que mais ou menos 50% dos cacos que chegam às mãos do operador são inoperáveis do ponto de vista de uma radical ressecção do tumor.

Klemperer é de opinião que 21% dos colons humanos apresentam polipos, e 75 se localizam no colon esquerdo, sigmoide e reto, o que corresponde a percentagem da localização do cancer. O polipo adenomatoso deve pois ser considerado como um pré-cancer. Daí sua grande importância, e, tôda melena, que é um sinal comum dos polipos, requer exame proctológico.

Diagnóstico — E' estimado em 75 a 90% dos carcinomas do sigmoide e reto que podem ser diagnosticados pelo toque ou retosigmoidoscopia. Só depois é então aconselhada a radiografia do intestino grosso com enema baritado, e em seguida a radiografia do transito intestinal. Este último método apresenta a desvantagem de poder se reter acima do tumor, produzindo uma obstrução aguda, formando fecalomas muito duros, que muito elevam a mortalidade e dificultam o ato cirúrgico. Além disso o enema baritado nem sempre é suficiente para fazer o diagnóstico dos cancers do reto, sigmoide e da parede posterior do ceco defronte à válvula ileo-cecal. O autor cita que 30% dos carcinomas iniciais do colón e reto podem passar despercebidos aos melhores radiologistas.

Sintomas suspeitos — 1) Dor ou desconforto abdominal, que muitas vezes melhora com a exoneração.

2) Sangue oculto ou visível em 85%. Três exames negativos excluem Ca.

3) Mudança de ritmo intestinal, geralmente prisão de ventre rebelde

4) Perda de peso, de cor e de fôrça. O neoplasma do ceco e ascendente é geralmente acompanhado de "tell-tale anemia", a qual aparece também no Ca. gástrico, nefrite e anemia perniciosa. Os pacientes apresentam ainda falsas diarréias, evacuando 6 a 8 vezes ao dia, mas não diarréia franca.

Operabilidade — Segundo as estatísticas de Coller e Ranson, em 571 pacientes, foi possível a ressecção em 285 (56,1%), com 16,5% de mortalidade. Com o desenvolvimento da clínica hospitalar, a operabilidade passou a 75%. Segundo as estatísticas de E. Jones, em 127 casos de Ca. do reto, teve 14 mortes, isto é, 11%. Dêstes, 53% não tiveram recorrência em 5 anos. A curabilidade depende dos seguintes fatores: atividade intrínseca do tumor, potencialidade metastática, localização, duração e processos inflamatórios concomitantes.

Deve ser operado todo o paciente com Ca. do intestino grosso ou somente aqueles que tenham possibilidade de cura? Qual operação de escolha?

O autor acha que deve ser feita completa extirpação do tumor e a operação deve ser realizada mesmo na eventualidade de prováveis metástase hepática. E' de opinião que uma colostomia paliativa, sem extirpação do tumor não deve ser feita. O autor ainda descreve como deve ser mantido o anus artificial, além da dieta e da parte psicológica. Em seguida analisa os tipos operatórios, o pré e o pós-operatório. Considera que o pré-operatório bem feito, com auxílio das sulfas e transfusões sanguíneas, diminue de muito o risco cirúrgico. Finaliza com a seguinte estatística: — Em 1942 a população de New York era de 7.300.000. Nesse ano morreram 1.962 pacientes com Ca do estômago, 1.616 com Ca. do do colon e 911 do reto; portanto, 2.527 do todo o intestino grosso, isto é, 600 mais do que do estômago.

JULIO CROCE

TIURACIL — Medicina — Tomo V — n.º 2 — Janeiro — Buenos Aires, 1945

ALFREDO BIASOTTI

O autor primeiro faz um pequeno histórico de como chegou ao uso dêste e de outros derivados da uréia em casos de hipertiróidismo. Explica sua ação como sendo de impedir a formação de hormônio tireóidiano. Há primeiro uma hipofunção seguida de queda do metabolismo basal, secundariamente esta hipofunção da tireóide determinará uma hiperfunção da hipófise que trará como consequência a hiperplasia que então se observará na tireóide. De fato, demonstrara-se que a hiperplasia e hipertrofia desta glândula não se dão si falta a hipófise.

Atswood foi quem iniciou a terapêutica no homem, dando a paciente com hipertireóidismo a tiouréia entre 1 a 2 grs. diárias e o tiuracil em quantidade de 0,1 a 1 gr. diariamente, conseguiu assim remissão dos sintomas, descida marcada no metabolismo basal e volta o colesterol à cifra normal. Antes do aparecimento dos efeitos assinalados houve um período de latência de 1 a 2 semanas, os sintomas reapareceram com a suspensão da medicação.

A seguir cita autores que já experimentaram êste novo tratamento e todos com bons resultados. Segundo Rawson, Evans e Means, que trataram com sucesso 19 casos, o tiuracil impede a utilização do iodo interferindo provavelmente em algum processo enzimático, necessário para a formação do hormônio tireóideo. De baixo de sua influência não se formaria nova quantidade de hormônio, si bem que continua passando para a circulação o hormônio previamente formado e armazenado na glândula. A parada da