

siero e siero immune, affermando che con tale sistema si evita in pieno la comparsa dei fenomeni di malattia da siero. Le nostre esperienze non possono confermare questa affermazione del Voss ma all'incontro ci dicono (e questo torna a riprova della ipotesi avanzata) che l'azione delle iniezioni protettive di sangue o di siero riesce tanto più efficace quanto più vicino nel tempo è il trattamento allo scoppio dei fenomeni della malattia da siero, mentre scarsa o nessuna azione hanno a fenomeni conclamati.

Questa osservazione, non essendo dato di stabilire con certezza il momento di insorgenza della malattia da siero, ci ha indotti ad adottare anche in questo caso la tecnica della terapia ritmica: iniettare cioè il siero od il sangue sistematicamente ogni giorno, o meglio due volte al giorno, nella dose di 10 cc. a partire dal terzo giorno dopo l'ultima iniezione di

siero immune. E di questa tecnica non possiamo che vantare la superiorità.

Concludendo questa lunga lezione, forse di un sapore più teorico che pratico in quanto gli insegnamenti che ne potete trarre non possono essere da voi applicati nella pratica privata, si può affermare: la malattia da siero, che in grado maggiore o minore segue sempre alla iniezione di sieri immuni a scopo terapeutico, può essere attenuata nella sua importanza con iniezioni di siero, o meglio di sangue in toto, di soggetti convalescenti di detta malattia da siero prelevato al 9° giorno dallo scoppio della malattia da siero.

L'optimum di azione si ottiene iniettando il siero, o meglio il sangue, in modo ritmico, ogni giorno, o meglio due volte al giorno, alla dose di 10 cc. per volta.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Medica Generale dell'Univ. di Genova
Direttore: Prof. G. SABATINI

La dosimetria in terapia con onde corte

Dosimetry in short wave therapy
Prof. PIETRO CIGNOLINI
Capo del Reparto radiologico

Per bene inquadrare le questioni pertinenti la dosimetria in terapia con onde corte giova ricordare le condizioni dosimetriche in diatermia con onde medie e lunghe.

La dose in diatermia si stabilisce esattamente con 3 fattori: 1) intensità della corrente; 2) superficie dell'elettrodo minore; 3) tempo. I due primi fattori (intensità e superficie dell'elettrodo minore) sono riuniti in uno solo, densità della corrente, calcolabile in milliampères per ogni cmq. di elettrodo attivo. Per elettrodi a placca piccoli, fino a 100 cmq. di superficie la densità massima è di 10 mA per cmq.; oltre i 100 cmq. di superficie il limite scende a 8-9 mA per cmq.

A parità di indicazione terapeutica le condizioni della dose non sono soltanto strumentali; c'è da considerare la conduttività dei tessuti traversati dalle linee di forza: il pannicolo adiposo può subire delle fusioni di grasso, i piani ossei immediatamente sottostanti alla cute, come avviene nel cranio, possono limitare fortemente la conduzione sotto pena di scottature, ecc. Però, studiate queste ed altre condizioni tessutali e regionali, con la diatermia gli elementi della dose sono precisabili a priori, perchè il controllo della energia somministrata è agevole con la semplice lettura dell'amperometro.

Confrontiamo ora quanto avviene in terapia con onde corte, e prescindiamo per il momento dalle variabili del circuito biologico, del resto assai bene conosciute ormai. Osserviamo le variabili del circuito strumentale. Negli apparecchi finora in uso non abbiamo nulla di equivalente all'amperometro della diatermia: esistono degli strumenti indicatori, ma essi non hanno alcuna costanza rispetto alla effettiva energia assorbita dall'oggetto biologico. Lo si riconobbe presto per gli amperometri collocati sul

tavolo di comando; e si credette per qualche tempo che la soluzione potesse trovarsi nel collocare l'amperometro nella massima prossimità dell'elettrodo. Però l'amperometro prossimo all'elettrodo non ha una situazione costante rispetto ai nodi ed ai ventri della corrente di A. F., sicchè può dare indicazioni pari alla reale intensità della corrente A. F. in uscita, ma può anche dare valori assai minori del vero quando un nodo venga a coincidere più o meno completamente con l'amperometro stesso.

Passiamo a considerare un'altra via che si è tenuta per la dosimetria in terapia con onde corte, cioè il controllo termico.

La misura della temperatura dell'oggetto trattato non può considerarsi soddisfacente perchè l'accumulo termico sulla cute o anche in una cavità organica non è nel vivente in proporzione diretta ed unica con l'energia assorbita, in quanto lo variano condizioni regionali (caratteristiche elettriche degli strati — resistenza e costante dielettrica, eventualmente polarizzazione — loro orientamento reciproco e rispetto agli elettrodi; grandezza, forma e posizione) e condizioni generali (condizioni della termoregolazione). Di queste ultime sono esempio i casi di comportamento paradossale delle temperature in organi interni addominali per dosi medie o forti.

Impiegando dosi forti può accadere che la temperatura interna tenda a decrescere, o almeno a presentare incrementi inferiori a quelli degli strati superficiali, perchè la emoregolazione determinata dal forte stimolo porta a dissipazioni termiche periferiche alte, con bilancio in perdita assoluta o relativa per gli organi profondi.

Si verifica un fenomeno analogo a quello che io constatai in un grosso cane, durante una esperienza di assideramento mediante completa copertura dell'animale con tritume di ghiaccio. La temperatura rettale dopo i primi minuti prese rapidamente ad ascendere fino a raggiungere i 45° e 7 decimi.

Falliti l'amperometro ed il termometro, la terapia con onde corte è stata praticata finora sulla guida dei dati empirici di ogni operatore. Ogni apparecchio ha in genere uno strumento che indica la

corrente di accensione della valvola oscillatrice, giacchè la maggioranza degli apparecchi ha una regolazione di potenza basata appunto sulle variazioni di incandescenza del filamento del triodo. Le cifre leggibili sullo strumento non sono affatto in rapporto diretto con l'energia di uscita; sono in rapporto assai complessi e non costanti a seconda del circuito di utilizzazione. Ciò nonostante l'operatore prende l'abitudine di osservare lo strumento e, confrontando le sue cifre con le dichiarazioni del paziente sulle sensazioni termiche, l'operatore finisce per concludere che per quel tale soggetto e quella tale regione, elettrodi in tali condizioni, ecc., la cifra utilizzabile è, poniamo, 20. Questo 20 non corrisponde a nulla, vale per quel solo apparecchio, quella sola regione e quel solo soggetto; cambiando una qualunque delle circostanze, bisogna ricercare a caso una cifra diversa. La conclusione è che anche nei casi più favorevoli il controllo della dose deve essere lasciato alle sensazioni del malato; e se questi dice che sente poco caldo, aumentare, diminuire nel caso opposto.

Con il risultato frequente di continue variazioni nel tempo di una seduta, e con effetti terapeutici che — essendo legati alla dose in modo molto stretto — dipendono in buona parte dalla intelligenza e dall'autocontrollo del paziente che in queste condizioni è la nostra vera guida dosimetrica.

Non mi dilungo oltre su questo stato di cose, poiché se ne sono già lamentate le conseguenze in Congressi e scritti numerosi, ed è direttamente presente a chiunque abbia usato la terapia con onde corte. Era naturale che fin dal primo momento in cui entrò in rinnovata collaborazione con la Compagnia Italiana Mareoni dopo le vicende belliche, io stimolassi le ricerche di quei valorosi tecnici nella direzione del controllo integrale e diretto della dose. In circa un anno di cordiale collaborazione coll'ing. Monachesi abbiamo avuto di mira le 4 condizioni necessarie e sufficienti per la dosimetria in terapia con onde corte:

- 1) il controllo della dose deve essere continuo, contemporaneo alla applicazione;
- 2) i valori di lettura debbono corrispondere con minimo errore alla energia realmente assorbita, indipendentemente da condizioni secondarie del circuito del paziente;
- 3) latitudine di misura, da dosi minime a dosi grandi;
- 4) robustezza e semplicità, così che possa dare pieno affidamento la sorveglianza della seduta affidata a personale infermieristico.

Questi risultati sono stati ottenuti mediante un circuito oscillante a perdite estremamente basse, ed elevata stabilità, sicchè il rendimento di conversione è praticamente indipendente dal carico esterno. Anche la tensione di alimentazione è stata stabilizzata e la regolazione del circuito di uscita è stata ampliata in modo da adattarsi alle più svariate prestazioni. In queste condizioni l'energia assorbita dal paziente è direttamente misurabile.

Infatti è noto che è possibile misurare con grande precisione la energia di alimentazione e quella che durante il processo di conversione viene dissipata

nella valvola termoionica; la differenza fra i due valori misurati è la energia convertita in radiofrequenza uscente dalla valvola, ed essa si ritrova nella quasi totalità nel circuito di utilizzazione.

Uno strumento di misura disposto sulla alimentazione anodica della valvola oscillatrice designa direttamente i Watt assorbiti nel circuito di utilizzazione.

Date le caratteristiche del circuito, le variazioni di potenza coincidono con la sintonizzazione maggiore o minore dell'oggetto posto nel circuito di utilizzazione, sicchè la manovra per dare potenza è unica, e consiste nella semplice ricerca della sintonia. Una scala graduata sul condensatore di sintonia, numerata fra 0 e 100 dà un criterio sulla eventuale deficienza di capacità del complesso conduttori-elettrodi-paziente, in quanto in tale caso i Watt massimi si raggiungono girando il condensatore verso lo zero; è allora opportuno aumentare la capacità crescendo le distanze degli elettrodi oppure equilibrare diminuendo la lunghezza dei conduttori.

La taratura riportata sullo strumento wattmetrico del « Dosator » è stata ottenuta con un metodo calorimetrico e si riferisce a tutta la potenza uscente dagli elettrodi esterni dell'apparecchio; di questa potenza la massima parte viene effettivamente assorbita dal paziente, e una parte (così piccola da potersi considerare trascurabile) è assorbita e dissipata dagli elettrodi e loro involucro, nonchè dagli indumenti eventualmente interposti.

La dose così indicata ha valore normativo solo per quegli elettrodi e per quelle condizioni di applicazione; cambiando la grandezza degli elettrodi, o le loro distanze, o la forma e volume d'organo trattato, a parità di Watt indicati, la dose può essere di effetto biologico diverso, in rapporto alla variazione della densità delle linee di forza.

E' infatti evidente che è ben diverso applicare 100 Watt in placche di cmq. 100 (1 Watt per cmq.) o sul filo di una lancetta (circa 1000 Watt per cmq.).

Con questa costruzione il problema della dosimetria è risolto in modo del tutto soddisfacente. Possiamo attendere un notevole progresso della terapia con onde corte.

Riassunto. — In terapia con onde corte è mancato finora il modo di controllare la dose secondo misure costanti, dirette e riproducibili; finora guida dosimetrica prevalente erano le sensazioni termiche del paziente, fonte continua di incertezze ed errori. Studi dell'ing. A. in collaborazione con l'ing. Monachesi della Compagnia Italiana Mareoni, hanno portato alla costruzione di un circuito che permette il rigoroso controllo della dose, la quale è misurata in Watt. A questo dato di potenza assoluta si deve in ogni caso aggiungere la definizione della regione trattata e della forma e posizione degli elettrodi: ne risulta una precisa definizione in potenza complessiva ed in densità elettrica. La dose biologica risulta precisata da questo rapporto fra Watt e volume, così come in diatermia la dose è definita dal rapporto fra Ampères e superficie dell'elettrodo minore.

BERTOLOTTI M.

Lezioni di craniologia Roentgen

Prezzo del volume L. 650.

EDIZIONI MINERVA MEDICA S. A.

TORINO

Ospedale Maggiore di S. Giovanni e della Città di Torino.
Sezione medica diretta dal Prof. E. PESCI

Il dosaggio colla intradermoreazione nella vaccinoterapia antimelitense endovenosa

Prof. TABUSSO LUIGI, Aiuto

In questa nota mi propongo di accennare ai risultati ottenuti con esperienze cliniche, già iniziate alcuni anni or sono dal mio Primario ed ora riprese, dietro suo consiglio; esperienze riguardanti l'indirizzo terapeutico nei casi di febbre melitense. Questo in attesa di poter più diffusamente e con una casistica più estesa, dimostrare quanto ho voluto ora render noto in questo breve scritto.

Il metodo non ha nulla di originale, ma la nota mira a diffondere nella pratica una terapia veramente efficace. Come è noto, da principio si usava la terapia vaccinale secondo i dettami teorici di una preparazione ad anticorpi. La vaccinoterapia si praticava con dosi gradatamente crescenti. In un primo tempo furono il Di Guglielmo e la sua scuola, circa dieci anni or sono, ad occuparsi del problema terapeutico. Egli introdusse il metodo delle piccole dosi a crescendo graduale (4-8-12.000.000 di germi) basandosi su due principi informativi: 1) ci si garantiva della sicura tolleranza a fenomeni di reazione vivace; 2) ci si atteneva alla terapia desensibilizzante per le malattie allergiche.

Dopo pochi anni però la stessa Scuola e il Greppi riconoscevano che tale metodo lasciava molti casi con scarsi benefici non solo, ma talora si avevano esaltazione della malattia e la comparsa di manifestazioni di esagerata attività a carattere emorragico neurassitico o circolatorio. Così dopo aver constatato, tanto il Di Guglielmo che il Greppi, che dosi forti, talora praticate accidentalmente, erano benefiche e senza inconvenienti, introdussero la vaccinoterapia con dosi forti. Il Greppi con la sua casistica osservò che più efficaci e meno pericolose per le complicanze erano le dosi forti e a scarto rapido e a raddoppio (50-100-200.000.000 di germi); esse agiscono non solo sulla febbre e la malattia, ma sono di più sicura tolleranza: si ha elevazione termica con successiva defervescenza senza speciali disturbi o danni.

Il Di Guglielmo praticò iniezioni efficaci, capaci cioè di dare una reazione di 39°, dopo aver saggiato la reattività dell'organismo con 1-2 iniezioni di prova (1-2.000.000 di germi). Aumentava poi le dosi, distanziandole convenientemente con dosi crescenti e vide che con 3-4 iniezioni si otteneva la guarigione completa.

Ripeteva solo la stessa dose nel caso di reazione violentissima.

Ora mentre il Di Guglielmo per saggiare lo stato di reattività dell'organismo e della sensibilità specifica verso gli antigeni infettanti ricorreva ad 1-2 iniezioni di prova di 1-2.000.000 di germi prima di ricorrere a iniezioni forti, io ho cercato di saggiare tale reattività, procedendo a intradermoreazione di 1/10 di mmgr. di vaccino antimelitense. Secondo l'intensità della reazione locale manifestantesi con formazione di pomfo più o meno esteso procedevo ad iniezioni di vaccino, attenendomi ad alte dosi nelle reazioni deboli e a dosi deboli nelle reazioni imponenti.

Nella reazione forte l'organismo è fortemente sensibilizzato e perciò l'iniezione endovenosa potrebbe dare un ictus anafilattico pericoloso. Se la reazione è debole l'organismo tollererebbe forti dosi.

Ho potuto così osservare nei casi trattati sinora che potevo ricorrere a dosi subito adeguate senza alcun inconveniente e che con due e talora anche una sola iniezione massiva si otteneva la completa guarigione dell'ammalato.

Riporto appunto tre dei casi più evidenti, trattati in tale modo.

Caso I. — C. Br., cuoco. Entrato in ospedale il 12 giugno 1945, uscito il 7 luglio 1945. Nel gentilizio padre morto di cardiopatia. Nell'anamnesi remota è da notare una febbre malarica contratta nel 1942. Da un mese accusava febbre intermittente, astenia, dolori alle masse muscolari.

Esame obiettivo: Stato di nutrizione buono, sensorio libero. Nulla da rilevare a carico dei visceri toracici. A carico dei visceri addominali si nota evidente tumore di milza, duro, indolente. Nulla di patologico all'esame delle urine. Esame ematologico: globuli rossi 4.440.000; emoglobina 74; valore glob. 0,84; globuli bianchi 3600. Polso 100. Sierodiagnosi: Widal positiva per febbre malarica 1:800. Si pratica intradermoreazione di vaccino (1/10 di cc. di 200.000.000 di germi). Il 15 giugno reazione scarsamente positiva. Si agisce subito il 16 giugno con iniezione endovenosa di vaccino di 150.000.000 di germi. Dopo intenso brivido la temperatura sale a 41°,6. Il 17 ridiscende a 39°, il 18 a 37°,4. Il 20 risale a 41°,6. Il 17 ridiscende a 39°, il 18 a 37°,4. Il 20 si riprende mantenendosi intermittente tra i 38° e i 39°. Il 29 si riprende. Nuova intradermoreazione, che dà esito fortemente positivo. Si pratica nuova iniezione endovenosa di vaccino (dose di 100.000.000 di germi). La temperatura sale a 38°,5 e poi ridiscende a 37° e tale si mantiene sino al 7 luglio in cui esce dall'ospedale. L'ammalato rivisto dopo 5 mesi non ha più avuto alcun rialzo di temperatura.

Caso II. — G. L., anni 54, meccanico. Entrato il 20 febbraio, uscito il 12 aprile. Nulla da rilevare nel gentilizio e nell'anamnesi remota. Da 15 giorni accusava temperatura intermittente, astenia, cefalea, artralgia.

Esame obiettivo: Nulla da rilevare a carico del capo e dei visceri toracici. All'addome: milza palpabile, dura, indolente. Temperatura 40°. Sierodiagnosi positiva per febbre malarica 1:800. Il 28 febbraio si pratica intradermoreazione: si ha reazione discreta. Si procede ad iniezione endovenosa di 130.000.000 di germi.

La temperatura raggiunge un acme di 39°,5 - 39°,8 e si mantiene sempre elevata.

Il 11 marzo si pratica nuova intradermoreazione che dà scarsa reazione. Si pratica vaccinoterapia di 250.000.000: la temperatura da 37°,9 sale a 38°,6. Il 17 marzo intradermoreazione con reazione scarsa, seguita quindi da vaccinoterapia con 400.000.000 di germi. Si ha scarsa reazione febbrile. Il 28 marzo intradermoreazione che dà esito negativo. Si sospende la vaccinoterapia. Il 5 aprile l'ammalato si sfebbra e il 12 aprile l'ammalato esce.

Caso III. — N. L., anni 44, casalinga. Entrata il 1° ottobre 1945, uscita il 10 novembre 1945. Nel gentilizio: padre e madre morti di cardiopatia. Fu colpita lo scorso anno da influenza. Da un mese era colpita da rialzo termico, specie alla sera, anoressia, inappetenza, cefalea. Temperatura sempre intermittente.

Esame obiettivo: Nulla da rilevare ai visceri toracici. All'addome: milza palpabile, dura, indolente. Temp. 39°,6. Esame emat.: globuli rossi 4.600.000; emoglobina 70; valore globulare 0,75; globuli bianchi 3600. Sierodiagnosi: per melitense positiva 1/800. L'ammalata aveva già subito 4 iniezioni endovenose di vaccino, iniziando da 5.000.000 a dosi crescenti progressivamente senza risultati. Il 27 ottobre si pro-

cede a intradermoreazione con reazione discreta. Il 1° novembre si pratica iniezione endovenosa di vaccino di 150.000.000. La temperatura sale a 40°,4; il 2 novembre scende a 37°,6 e, mantenendosi continua il 3 e il 4, diventa poi afebrile il 5 e tale si mantiene sino all'uscita dall'ospedale. L'ammalata, rivista dopo due mesi, non ha più avuto alcun rialzo febbrile.

Dall'insieme dei casi descritti risulta evidente come veramente efficace sia stato il metodo di cura usato. Infatti nei due primi ammalati con due-quattro iniezioni di vaccino previa intradermoreazione e nell'ultimo con una sola iniezione si è ottenuto il completo sfebbramento. E questo anche quando già da qualche tempo erano sottoposti a iniezioni deboli progressivamente crescenti con scarsi risultati. Ciò però che intendo far rilevare è che tale risultato si è ottenuto in quanto ci si è potuto regolare, controllando come guida sia la reazione dell'intradermoreazione, ossia praticando subito iniezioni forti di vaccino (300.000.000 - 400.000.000) nei casi di reazioni deboli e iniezioni deboli nei casi di reazioni forti.

Infatti vi è da pensare che praticando alla cieca iniezioni modeste progressivamente crescenti si viene a desensibilizzare l'organismo, che poi più non dà reazione alle dosi, che inizialmente usate sarebbero state efficaci. Infatti quando la reazione dell'intradermoreazione è negativa, le iniezioni endovenose si mostrano inefficaci e allora non si fa che aggiungere l'intossicazione dei germi, senza averne beneficio sul decorso della malattia.

Altra causa da tener presente è che occorre praticare l'intradermoreazione prima di ogni vaccinazione e questo appunto per poter adeguare la nuova dose di vaccino da iniettare. Così infatti nel secondo caso, essendo la reazione all'intradermoreazione stata debole, si è potuto subito iniettare dosi elevatissime, mentre quando la reazione è stata negativa si è senz'altro sospesa la vaccinoterapia.

Ospedale Maggiore della Carità e Opere Pie Riunite di Novara
Sezione Pediatrica diretta dal Prof. PIERO FORNARA

La sulfadiazina, il sulfatiodiazolo e il dimetil-benzoil-sulfanilamide nella terapia delle polmoniti e broncopolmoniti infantili

Nota III

ALDO CARLO SCHIAVINI

Questo lavoro non è che la continuazione di precedenti note, già pubblicate, in cui sono stati portati a conoscenza i risultati ottenuti nella nostra sezione con i nuovi preparati sulfamidici tipo sulfadiazina, sulfatiodiazolo e irgafen, nelle varie affezioni acute. In questa breve nota abbiamo appunto raccolto i casi di forme polmonari acute ed in particolare polmoniti e broncopolmoniti trattati con questi nuovi preparati.

Possiamo osservare in particolare che da noi non risulta, se si eccettua per la sulfadiazina, essere stati resi noti i risultati ottenuti con questi nuovi prodotti nelle affezioni polmonari acute.

Già, come dissi nella prima nota, era nostra inten-

zione comunicare la casistica trattata con i nuovi prodotti; attualmente ciò torna di un certo interesse non solo nel campo teorico-scientifico, ma anche come giustamente fa osservare Conte-Marotta « per il fatto che qualcuno di questi preparati sulfamidici, messi a punto nel 1942 in poi, viene compreso nelle liste di forniture di medicinali fatte dagli anglo-americani all'Italia e messo quindi, alla portata del medico pratico senza che questi ne conosca sufficientemente le indicazioni, il dosaggio ottimale e gli eventuali inconvenienti ».

Casi curati con sulfadiazina. — Per quanto riguarda l'introduzione della sulfadiazina nella clinica, non si hanno ancora dati definitivi avendo avuto alcuni AA. risultati più soddisfacenti che con gli altri sulfamidici, altri invece risultati meno soddisfacenti; ciononostante nelle forme pneumococciche i risultati sono stati buoni e spesso migliori di quelli ottenuti con la sulfopiridina e sulfotiazolo, secondo quanto confermano i lavori di Finland e collaboratori, Browne e collaboratori, Smith; mentre per altri l'efficacia del nuovo prodotto è uguale a quello dei sulfamidici suddetti; infine Long trova che nella cura delle polmoniti pneumococciche la sulfadiazina è inferiore per efficacia al sulfatiazolo e alla sulfapiridina.

Nel campo della pediatria sono stati recentemente riferiti ottimi risultati da Torricelli, il quale ha sperimentato la sulfadiazina in 30 casi di broncopolmoniti in bambini da un mese fino a due anni di età. Egli ha avuto solo un caso di morte in un bambino che presentò ematuria, fatto questo da non interpretarsi come dovuto alla azione tossica del sulfamidico, « sia per la mancanza di cristalli di acetilsulfodiazina nelle urine, sia per il reperto autoptico di petecchie diffuse a tutti i vari organi, espressione di una fragilità vasale diffusa da ascrivere con probabilità all'azione tossica del pneumococco e ad uno stato di ipoavitaminosi C ». Dei casi guariti 20 hanno ottenuto lo sfebbramento entro le prime 10-24 ore dall'inizio della cura e gli altri entro le prime 48 ore.

Un caso era stato in precedenza trattato senza risultato con sulfametiltiazolo, la temperatura ha ceduto alla XVI ora di somministrazione della sulfadiazina. L'A. non riscontrò complicanze se si eccettua un solo caso di versamento pleurico sieroso guarito bene con sulfamidici; così pure l'A. non ebbe a verificare inconvenienti imputabili all'azione tossica del preparato.

Durante gli anni di conflitto bellico molti furono i lavori in argomento, soprattutto in America; infatti fra gli AA. che trattarono polmoniti con sulfadiazina citerò Shackman e Bullowa, i quali curarono 232 polmoniti, Peterson e Finland, Smith, Flippin Collen pure trattarono polmoniti con esito favorevole.

Janemay ha riferito risultati ottenuti in affezioni polmonari acute in bambini deducendo le seguenti conclusioni: che la sulfadiazina ha decisa azione contro i pneumococchi nei casi di polmonite; che la sua azione è superiore agli altri sulfamidici con una tossicità inferiore; in un ulteriore lavoro l'A. ha portato modificazioni sullo schema di dosaggio, di somministrazione per diminuire i fenomeni tossici.

Accennerò ancora ai lavori comparsi recentemente su giornali americani di AA. quali Murray, Kinsman e collaboratori, agosto 1945, i quali trattarono un gruppo di polmoniti con sulfadiazina e un secondo

Glaser