

Aspectos do pneumotorax artificial

Conferencia realisada na Sociedade de Medicina de Porto Alegre
HISTORICO

Dr. Renato Barbosa.

A perfuração pulmonar, com relativa frequência observada na evolução da tuberculose, não só demonstrou a influencia favoravel da evolução do mal, em determinados casos, pela compressão resultante, como também lesões francamente correlativas regressavam, chegando-se dest'arte não raro á expontanea curabilidade.

Tinha bem razão Woilly quando refutou em memoravel trabalho as asserções de Saussier, pela these que publicára em 1841.

Béhier e Herard acceitaram como verdadeiro o criterio de Woilly, sendo que no congresso de Alger em 1881, ficou demonstrado que as lesões tuberculosas de primeiro e segundo gráo eram reprimidas pela compressão do pulmão, cuja actividade funcional se achava assim reduzida, assim como a acção mechanica, accolando as ulceras ou cavidades, favorecia a sua cicatrisação.

Potain em 1888 praticava de modo systematico insuflações de ar nos tuberculosos atacados de hydropneumothorax, para manter a acção mechanica compressiva, evitando assim que de novo se abrisse a fistula pleuro-bronchica obliterada e também o despertar dos tuberculos pulmonares comprimidos, phenome frequente quando se praticava a simples thoracentese.

Em 1812 Carson concluiu de suas pesquisas que a demora de cicatrisação das lesões pulmonares é devida á elasticidade do tecido deste órgão, dahi a mobilidade constante de suas partes alteradas, achando que a producção de um colapso pulmonar, supprimindo esta elasticidade, favoreceria á cicatrisação (Leon Bernard).

Em 1885 Coyley tentou o pneumothorax para dominar uma hemoptyse grave e só em 1894 Forlanini introduz o pneumothorax artificial, no tratamento curativo da tuberculose, tendo já ha alguns annos antes formulado indicações theoricas.

A acção reparadora exercida sobre as lesões tuberculosas pela compressão pulmonar tem a sua interpretação complexa.

Ha um duplo mechanismo: de um lado a immobilisação pelo desaparecimento do vacuo pleural, por outro a expressão de focos e cavidades, descongestionando aquelles e estabelecendo para estes a eliminação dos exsudatos cavitarios. Verificações anatomo-pathologicas demonstram o enkistamento dos nodulos de caseificação e o desenvolvimento de uma esclerose cicatricial diffusa. Consecutivamente ao pneumothorax, nos casos de cura, ou se restabelece integralmente a mobilidade pleural, ou tem-se a formação de uma symphese extensa com elevação diaphragmatica e retracção thoraxica. Aos derrames succedem sempre adherencias.

Logo ás primeiras insuflações constata-se clara melhora, pela temperatura que cede, pela expectoração, que diminue, pelo resurgimento do estado geral, que se pronuncia.

Mas nem sempre, a despeito da elasticidade pulmonar, se consegue immobilisalo e restringuir a actividade de suas lesões.

O que se procura conseguir com o pneumothorax, quando se o pratica com o fim curativo, é a immobilidade constante, contrariando dest'arte uma de suas principaes condições physiologicas — a mobilidade.

Na interpretação de seu mechanismo viu-se muito nas modificações circulatorias, pelo seu retardamento, (a hyperemia), dizem-se mesmo que isto determinava uma condição favoravel á defeza do tecido pulmonar contra o baccillo de Koch.

A estase lymphatica retardaria a reabsorpção de toxinas originadas in loco. . . Este modo de julgar, diz Leon Bernard, nos leva a concluir que, para termos o maior proveito é necessario que a immobilisação e retracção do pulmão sejam completas. Muitas vezes, e acredito mesmo que na generalidade dos casos isto não seja possivel.

Praticando o pneumothorax já ha 14 annos, excepcionalmente consegui esta compressão e esta immobilidade. Lesões de esclerose, pontos infiltrados de mate-

rias neoformadas, lacunas circumscripitas por tecido fibroso compromettem a elasticidade do parenchyma, difficultando ou impossibilitando mesmo o colapso do órgão.

A minha experiencia, devo confessal-o, accusa uma retracção incompleta e uma immobildade relativa.

No entanto, a despeito de não me ter sido possivel conseguir na generalidade dos casos aquellas condições, tenho para mim o criterio que dentro das suas indicações, póde-se conseguir o maximo sem que a ellas se tenha chegado.

Cito uma observação para demonstrarvos que é possivel o que affirmo:

1915					
Insuflações	Mez	Dia	Azoto	Pressão	Manometrica
1.º	Setembro	1	470 cc	— 13	— 6
2.º	"	5	1000 "	— 9	— 3
3.º	"	15	1150 "	— 10	— 13
4.º	Outubro	10	1250 "	— 8	+ 0
5.º	Novembro	15	450 "	— 6	+ 0
6.º	"	21	500 "	— 5	+ 3

Quando foi possivel um exame clinico radiológico, chego ao diagnostico de uma tuberculose pulmonar de forma fibro-caseosa congestiva.

— Signaes cavitarios na região infra-clavicular esquerda; estado congestivo, interessando o pulmão esquerdo até sua parte media.

Pulmão direito — ausencia completa de signaes adventicios. Estado geral máo.

Logo depois das primeiras insuflações desaparece quasi por completo o estado congestivo. No dia 4 de Setembro teve pequena hemoptyse, sendo reinsuflado a 5ª.

O exame radioscopico após a 3ª insuflação accusou uma compressão pulmonar. Houve pequeno derrame.

Vive até hoje e acredito que tenha saude relativa.

Neste caso não me foi possivel conseguir uma compressão completa, persistindo, embora attenuada, a mobilidade pulmonar, e nem por isso deixou de ser excellento o resultado obtido.

Commentamos as estatisticas combinadas de Dumarest, Persch e Brauer.

Baseiam-se em 100 casos.

13 são considerados curados.

L. P. 22 annos, estudante. Paes vivos e fortes. Antecedentes individuaes sem importancia. Emmagrecimento, tosse, temperatura á tarde. Koch positivo. Repetidas gripes e pequenas hemoptyses, que o obrigavam a ficar cinco a oito dias de cama. Medicado, passava a crise, voltando á actividade, máo grado os conselhos de seu medico e as apprehensões dos seus paes, até que uma tarde, após um exercicio de tiro, sou chamado. Fiz o que foi possivel sem conseguir vencer a hemorragia, sendo obrigado a comprimir o pulmão direito pelo pneumothorax. Pulso 120. Temperatura maxima 39,5.

7 o resultado é bom, equivalendo a uma cura.

27 acham-se em estado satisfactorio.

23 em que o processo evolutivo parece ter parado, porém não se póde affirmar si a melhora se mantem.

7, não poude ser estabelecido pelas adherencias.

21, que morreram.

Os 7 casos cujo resultado equivale a uma cura correspondem a antigos cavitarios que puderam retomar as suas occupações e que são mantidos ainda em tratamento por prudencia, pois pela auscultação ainda accusam alguns extortores, o que reforça de certo módo o criterio adquirido de que a compressão e a immobildade absolutas sejam condições essenciaes á eficiencia do methodo, para um restitucio ad-integrum.

27, em estado muito satisfactorio, comprehendem os que se achavam de cama, febris, e apresentavam signaes cavitarios em evolução. Augmentaram de peso, conservaram-se sem febre e suor e fazem suas excursões. Expectoração minima, com poucos bacillos e sem fibras elasticas. Deixando a insuflação por algumas semanas, a tosse e o catarrho augmentam. São

os portadores de adherencias pleuro-pulmonares e nos quaes o colapso completo não poudo ser obtido.

Dois morreram pela activação das lesões do lado opposto.

Nenhum dos casos de insuccesso derivou de accidentes do methodo.

Spengler publica uma estatistica baseada em 40 casos, divididos em 5 categorias.

1.º) Resultado muito bom — 18 ou 45% das observações.

2.º) Resultado bom — 7 ou 17½%.

3.º) Resultado mediocre — 6 ou 15%.

4.º) Successo momentaneo — 6 ou 15%.

5.º) Insuccesso completo — 3 casos 7½%, havendo um caso de tuberculose de marcha aguda, que continuou a evoluir; no segundo a morte sobrevem pela evolução da tuberculose no pulmão opposto e o terceiro, morte durante a insuflação, que foi praticada pelo proprio Spengler.

Estatistica de Piery sobre 17 casos:

Em 2, foram máos os resultados.

Em 2, nenhum resultado.

Em 2, algumas melhoras.

Em 2, foram mediocres.

Em 2, sufficientemente bons.

Em 3, bons.

Em 4, excellentes.

Parece-me que bem melhor seria o resultado destas estatisticas si houvesse mais rigor nas indicações, pois comprehendem ellas casos de lesões duplas em evolução, o que constitue hoje seria contra-indicação ao methodo. Estes trabalhos são commentados pelo prof. Castaigne que se não exime de citar a brilhante observação de Brauer, exemplificadora de um caso typico de cura.

Une jeune fille de seize ans est prise, en Mars 1906, de toux, de fièvre et de suers nocturnes; elle est soignée, chez elle, sans succès. Le 6 Juillet, elle a un aspect misérable, toussé et crache abondamment; elle a maigri; on lui trouve une caverne en voie de formation. Le 9 Juillet on lui fait une première injection d'agote et dans le mois août, la malade si promenne dans le jardin; est bien; em 1908, elle vague aux soins du ménage, n'a plus ni toux, ni fièvre, ni crachat; on entend, a la auscultation, aucun râle au niveau de l'ancien foyer. Le 1910, son état est absolument florissant.

O que se consegue com o pneumotorax? Estancar a marcha evolutiva, o que attesta a regressão de todos os phenomenos activos.

Ha uma verdadeira desintoxicação, pela febre que desaparece, pelo appetite, que resurge, pelo peso, que augmenta, pelo estado geral que se reanima. A dispnea, na mór parte dos casos sendo consequencia de uma impregnação toxica dos centros nervosos, se extingue.

Quanto aos resultados tardios, necropsias feitas em tuberculosos curados pelo pneumotorax e que succumbiram victimados por affecções intercorrentes, mostram velhas lesões reduzidas a um bloco fibroso e compacto, marco indelevel de uma batalha vencida.

A regressão das lesões deriva do repouso do organo pela redução dos seus movimentos, que embaraçam o processo de cicatrização, ao mesmo tempo que a limpeza ou expressão das cavidades reduz ou anula a reabsorção de productos toxicos, ficando pelo mesmo mechanismo embaraçadas as infecções secundarias.

O retardar das circulações sanguineas e lymphaticas favorece o desenvolvimento do tecido conjunctivo cicatricial, pela acção esclerogenica do azoto. Nessas condições diz Dumarest, comprehende-se bem ser a cura das lesões tuberculosas e seu enkistamento obra do tempo, dahi a necessidade de se manter uma compressão constante, o que muitas vezes não querem comprehender os doentes.

As indicações do methodo

Constituia até bem pouco um dos mais serios problemas que se apresentava ao clinico. Si por um lado ainda se não estabeleceram leis que regulem com fixidez porque e quando delle devemos nos soccorrer, por outro algo se tem conseguido, graças ao senso clinico, que se foi esclarecendo.

A principio soffreu o pneumotorax do mal inicial de todos os novos methodos. Eram de tal ordem os primeiros resultados colhidos que nomes de responsabilidade na sciencia praticavam-no quasi indistinctamente. Assim, agindo á mercê de incertezas occasionaes, operou-se pela verificação de insuccessos e applicações aleatorias um retrahimento da parte de uns, que veio reforçar o pessimismo de outros, e tão verdade é o que digo que houve mes-

mo quem o condemnasse. A verdade também tem muitas vezes os seus precalços e em sciencia não raro se occulta para que a acção do tempo desfaça sombras, erros e mystificações, mostrando-a eloquente e soberba nas suas linhas eternas.

Longe de mim tentar aqui convencer-vos daquillo que melhor do que eu poderia juigar. Não é este o meu objectivo. Também tive as minhas vacillações, felizmente hoje dissipadas, por uma experiencia de 14 annos de trabalho.

Não devemos esquecer nunca que o methodo tem os seus perigos e que começado, elle deve proseguir durante mezes e até annos. São excepçionaes os casos de Brauer e o que vos descrevi de minha observação.

Compreende-se bem que nas lesões tuberculosas isoladas de apice tendentes á cura expontanea é sempre preferivel recorrer-mos aos processos de therapeutica clinica, tão preciosos quando indicados com oportunidade. Os tratamentos especiaes e as curas climathericas são utilissimos recursos que se não substituem. E' formal a contraindicação nos casos de tuberculose dupla.

— Quando existem vastas adherencias ou sympheses, pela impossibilidade material de uma efficiente ccmpressão.

Actualmente procura-se resolver esta impossibilidade, como vereis pelo caso seguinte:

Rist e Küss propuzeram a um tuberculoso, portador de uma vasta caverna no lobulo superior direito e no qual haviam tentado o pneumothorax sem resultado, uma intervenção cirurgica com o fim de crear na pleura uma *bule d'amorce* (Castaigne).

„O doente, homem corajoso e inteligente, submetteu-se á intervenção praticada por Lacène, que fez a incisão quasi horizontal da parede thoraxica, lateralmente, ressecção sub-periostica da setima e sexta costella, incisão da pleura parietal, introdução de um instrumento rombo no espaço pleural, descollamento sob um raio de dez a doze centimetros de todas as adherencias não resistentes, creação de uma abertura sufficientemente larga, sutura plano por plano, sem drenagsm.

Esta intervenção foi feita sob anesthesia local (novocaina) sem haver a menor dor durante a operação. Sicatização

por primeira intenção e antes de serem retirados os fios, Rist fez com o appparelho de Küss a insuflação de um litro de azoto. Outras adherencias desappareceram pela acção da pressão positiva mantida na pleura. O lobulo inferior direito se deixou completamente comprimir. As paredes da caverna, de tensas que eram, tornaram-se flacidas, o que se poude verificar pela radioscopia. A expectoração diminuiu em proporções consideraveis. O doente sahia do leito para a chaise-longue e poude retomar as suas occupações, e empreender mesmo trabalhos penosos. Sensações más, devidas ás suas adherencias, desappareceram. Podia agora deitar-se do lado direito, o que não acontecia ha alguns annos. Em uma palavra, sua existencia se transformou, desde que, graças a uma operação cirurgica benigna e bem supportada, poude aproveitar de todas as vantagens de um pneumothorax artificial.“

As grandes indicações do methodo especialisam-se de modo claro nos pneumonicos caseosos a na tuberculose galopante, quando unilateraes. Nas formas congestivas, erecticas e na tuberculose ulcerosa commum.

E' de conhecimento vulgar hoje em clinica medica a acção benefica exercida pelo pneumothorax artificial na pneumonia caseosa. E' providencial a sua acção.

Todos conhecem o caracter particularmente máo desta forma de evolução anatomo-clinica da tuberculose e como lhes são indifferentes todos os methodos therapeuticos.

Constata-se sempre a melhora dos symptomas funcçionaes (tosse e expectoração) e dos phenomenos geraes — queda da temperatura, appetite e peso; além dos resultados posteriores denunciaram a reparação das lesões.

Castaigne affirma que estes resultados felizes estão infelizmente longe de se verificarem em todos os casos, mas si compararmos os casos de pneumonia e broncho-pneumonia, melhorados pelo pneumothorax, com os resultados obtidos pelos outros methodos therapeuticos, chegaremos á conclusão de que para os casos deste genero, o pneumothorax artificial é o melhor recurso therapeutico que possuímos.

Sendo assim, nada justifica a pratica e tentativas innuteis em face de uma pneumonia ou broncho-pneumonia caseosa. Urge a prescrição do pneumothorax, por

ser o unico methodo efficaz, que poderá jugular uma das formas mais graves de evolução da tuberculose.

Observação

P. C., 19 annos, deste Estado. Ha quasi um anno — tosse, febre, emmagrecimento. Koch positivo. 3 mezes em Caxias, de onde volta melhor. Passados 20 dias o seu estado se agrava. Temperatura maxima 40°. Pulso 130. Dispneia. Bloco de pneumonia caseosa na base do lobulo superior esquerdo. Com difficuldade consigo um exame de Raio X. Submette-se ao pneumothorax, tendo feito oito insuflações em 3 mezes. Boa compressão pelo descollamento completo da pleura. Hoje, vem seguidamente ao consultorio, sem temperatura, tendo desaparecido a tosse e em condições muito boas.

Francamente não vejo como se poderia conseguir esse resultado por outro qualquer processo.

Ha cinco dias sou chamado por um collega para ver si era possivel fazer o pneumothorax num caso grave. Tratava-se de uma forma broncho-pneumonica congestiva, esquerda, com altas temperaturas diarias (39° maxima), dispneia, pulso 120 e repetidas hemophyses que se procediam durante o periodo menstrual.

Ha dias fiz a compressão, injectando 900 cc. de ar filtrado e oxygeneo. No quarto dia após a insuflação a temperatura minima foi de 36,8°, sendo que a maxima foi de 37,6° no segundo dia, fiz a segunda insuflação de 900 cmc de azoto.

A tuberculose ulcerosa commum pode curar sem que se tenha necessidade do pneumothorax, porem desde que não seja possivel dominal-a, podemos collocar o doente em condições que embarcem seriamente a compressão pelo desenvolvimento de adherencias ou da propagação do processo ao pulmão opposto, o que é bem peor, pois achamo-nos assim em face da mais formal contraindicação. Ficamos deste modo impossibilitados de appellar para um recurso que teria sido efficaz.

Desde que se proceda a uma observação constante do doente, pode-se em pouco opinar com relativa segurança pelo bom caminho a seguir. Se as lesões ficarem estacionarias, os signaes funcçionaes se attenuarem, melhorando o estado geral, tudo indica que se deve proseguir na therapeutica prescripta. Porém quando as le-

sões progridem ou após um periodo de calmas recrudecem, nada justifica a nossa indecisão.

Penso que se deve observar, como condição indispensavel, a unilateralidade das lesões, ou que uão hajam signaes no pulmão opposto de um processo activo, alem do que não devemos esquecer que nos individuos submettidos ao pneumothorax, qualquer affecção aguda ou cronica do pulmão livre assume proporções de justificado alarme.

Quando em 1918 visitamos o serviço de molestias pulmonares do Hospital Laennec, em Paris, tivemos occasião de ver em companhia de nosso grande Mestre Rist, um caso de excepcional resistencia.

Tratava-se de uma senhora portadora de um pneumothorax á esquerda, e que vinha de vencer uma pneumonia do lobulo inferior direito.

Tenho para mim como indicação optima a tuberculose ulcerada circumscripta ao lobulo superior, conservada a integridade da base, a inexistencia de adherencias e normalidade do pulmão opposto.

Nestas condições não existem methodo que o substitua.

Nos cavitarios verifica-se uma tendencia natural ao isolamento das lesões. Talvez isto explique a maior frequencia da unilateralidade das lesões nestes casos.

A integridade da base é rara. Pelo menos encontramos com frequencia adherencias, diafragmaticas ou costaes. Estas cedem muitas vezes, permitindo um decollamento e uma compressão que pódem influir favoravelmente. Nestas condições a pressão conserva-se positiva e desde que se mantenha por insuflações repetidas esta pressão, consegue-se não raro vencel-a, tornando-a negativa. Vastas adherencias, que tornam o methodo impraticavel, estão sendo actualmente destruidas pela decor-ticação pulmonar parcial.

E' o caso de Rist e Lecène.

Si as formas cavitarias localizadas figuram em primeiro plano no quadro das indicações não vejo porque d'elle eliminarmos todos os processos da mesma natureza em actividade, principalmente as formas congestivas cuja frequencia e intensidade criam situações desesperadoras.

Tenho algumas observações que me dão segurança no que affirmo. Vejamos uma dellas: M. F. — 18 annos. Alumno da Complementar. Emmagrecimento, tos-

se, gripes repetidas invalidaram-na para os seus labores escolares. Submette-se a um tratamento medico com resultados pouco satisfactorios. Passa um verão na campanha, o que consente a familia depois do exame bacteriologico positivo. Volta a insistir nos seus estudos que são interrompidos por uma hemophyse. Esta se repete, sendo eu chamado. Na impossibilidade de um exame clinico rigoroso, limito-me a combater a hemophyse, na esperança de poder fazer uma radioscopia. O estado congestivo longe de se attenuar agrava-se. Trez vezes sou chamado durante a noite, até que pela manhã propuz a compressão pulmonar. Era uma verdadeira ligadura do pulmão que pretendia fazer. Disseram-me que eu fizesse o que entendesse, tão grave é a situação.

Hoje, seis mezes decorridos, vem cáda 20 dias ao consultorio para que eu não deixe o seu pneumothorax desapparecer antes de sua cura.

Não tem febre, augmentou 6 kilos, havendo apenas a tosse, sem expectoração, e que no entretanto o encommode. Teve um pequeno derrame que dispensou a thoracentese.

O exame radioscopico deste caso mostra pequenos focos não congestivos do pulmão livre. Pela ausculta não existem signaes funcçionaes adventicios.

Parece-me aqui se ter verificado o criterio de Forlanini que diz — si a immobilização absoluta do pulmão é um embaraço á progressão das lesões tuberculosas já em pleno desenvolvimento, o inverso se observa para os processos anatomo-pathologicos *preparatorios* do processo destruidor, donde se conclue que um pneumothorax lateral (diz Bard) é capaz de exercer sobre as lesões em via de desenvolvimento no pulmão opposto uma influencia favoravel indirecta, pelo augmento de sua ventilação. Além do que a melhora que se admite para o estado geral, consequencia da acção do pneumothorax sobre as lesões principaes, proporciona a resolução do processo pouco extenso do pulmão opposto.

Gwerder — de Davos, fez-se partidario mesmo do pneumothorax de descanso ou de acção paliativa ou puramente symptomatica. Contenta-se com pequenas insuflações, destinadas a obter uma reduzida compressão. Considera esta applicação paliativa indicada nos casos mesmo desesperados, com grossas lesões bi-late-

raes, pois attenua os symptomas peniveis. Justifica ainda o seu emprego em doentes sem febre, sem expectoração e cujo estado se agrava por uma intoxicação que se modifica sensivelmente pelo pneumothorax.

Bem se vê, que a acceitarmos o criterio de Gwerder teremos amplamente desenvolvido á funcção das insuflações no tratamento da tuberculose.

Elle pode ser tentado com prudencia fóra mesmo das suas mais radicaes indicações, não se justificando que nos obstemos em fazel-o systematicamente.

Algumas palavras sobre as hemophyses de compressão e os focos evolutivos no pulmão comprimido.

Como vedes, o assumpto é interessante pela feição paradoxal que o seu titulo encerra. Piquet e Giraud, de Leysen publicam na Presse deste anno, N.º 31 de Abril importante trabalho.

„Preconizado em França por Dimorest, o pneumothorax artificial hemostativo age como o faria uma ligadura.“

Piquet e Giraud declaram que certos factos parecem provar, que, sob a influencia de causas ainda mal conhecidas sobre as quaes se emittem opiniões, o „colapsus do pulmão, longe de contribuir para parar a hemophyse, é capaz em certos casos de mantel-a ou provocal-a.“ Citam duas observações, soccorrendo-se de estudos anatomo-pathologicos de Sessen, Bard, Bezançon e Long.

Nas formas ulcerosas hemoptoicas, o pneumothorax pode provocar hemophyses ininterruptas, o que acontece quando uma caverna de paredes espessas não se deixa comprimir. Ha extase mais intensa e ruptura de vaso. Nestes casos a pressão deve-se manter baixa ou negativa, combatendo a hemophyse pela digitalis, parecendo ser indicada a pituitrina. Sessen diz ter casos assim e que puderam continuar a sua cura.

Dumarest diz que as hemophyses aggravadas pelo pneumothorax se verificam practicamente e são theoreticamente acceitaveis. Ellas se reduzem geralmente nos pneumothorax parciaes, onde as adherencias parietaes exercem tracção nas proximidades das lesões ulcerativas, distribuindo tecidos vascularisados.

Quanto ao foco evolutivo do pulmão comprimido, resta citar-vos a observação de Hervé, transcripta no citado artigo.

Verificou num pulmão comprimido durante annos a eclosão de uma nova cavidade suppurante e visível ao Raio X.

Conclue que a infecção tuberculosa pode despertar após um longo periodo de cura clinica em pulmões perfeitamente comprimidos e livres de qualquer adherencia.

Com a citação desse interessante trabalho, encerro a minha modesta palestra, attendendo deste modo a vontade do Illustre Prof. de Clinica Medica, Presidente desta nobre Sociedade.

Termino dizendo mais para mim do que para vós, que a prudencia, sendo uma das qualidades essenciaes da clinica, deve ser para nós uma virtude, a nos mostrar perigos e a nos afastar de erros.

Armados della praticaremos o que convem em nossa conducta profissional.

Todos nós nos sentimos bem quando reunidos nesta Sociedade, procuramos resolver questões de sciencia, no ensinamento da nossa grande arte.

A observação clinica que decorre da experimentação dos preciosos methodos com que nos arma a therapeutica moderna, constitue rica fonte donde nos socorremos, afim de bem podermos estabelecer o nosso criterio e o nosso senso profissional.

Esta multiplicidade de recursos, si por um lado facilita a acção do medico, por outro embaraça-o sobremodo, pois as mais das vezes está na sua escolha a sorte do doente que tratamos.

A tuberculose, o mal social por excellencia, vem nos mostrando diariamente a inappellavel necessidade de bem meditarmos sobre as indicações que fizemos.

Vômitos habituais do lactante, por J. R. MENDILAHARZU y R. KRENTZER. — *Archivos Latino-Americanos de Pediatria*. N.º 12. 1927. (Transcripto da Rev. Lisboa Médica n.º 5. — Maio de 1928.)

Menezes.

Estudo de conjunto sobre os vômitos habituais, compreendendo a história, o estudo clinico, decurso, duração e fim, anatomia patológica, etiologia e patogénia, diagnóstico e tratamento. Esta última parte é desenvolvida especialmente, e como

é a que mais nos interessa aqui se resume: numa criança com vômitos habituais e apresentando sinais de sífilis, deve-se instituir o tratamento pelo lactato de mercúrio combinado com injeções de leite; no caso de intolerância, substituir o mercúrio pelo bismuto ou arsénico; na ausência de sinais de sífilis, se a criança apresenta sinais de hiper-excitabilidade, diarreia, agitação da cabeça, etc., as injeções de leite dão excelentes resultados. Em todos os casos, quer haja ou não sífilis, o tratamento será completado por um regimen conveniente e pelas medicações anti-heméticas vulgares.

Tais são os resultados que concluímos das observações reunidas pelos AA.



O melhor substituto do leite materno. Recomendado com grande sucesso pelas autoridades medicas de todo o mundo.



Amostras e literaturas

C.^{ia} Nestlé

Caixa postal 602

PORTO ALEGRE