Quando se sente ameaçada de hemicrania augmenta até para o dobro a dóse de bicarbonato e toma 6 comprimidos de guarafeno ou 4 de atophan. Assim tem passado até 4 mezes sem o accesso e quando não o consegue dominar, diminue-lhe a intensidade e a duração que é de seis a 8 horas. Desappareceram as irregularidades de volição e emotividade durante as raras crises.

# REVISTA DAS REVISTAS

**A. Lavenant — Da epididymo-vaginalite blenorrhagica (bacteriologia, pathogenia e clinica). — Journal d'Urologie — Tomo XII — n.º 4, Outubro 1921.**

Conclusões: As infecções secundarias ou associadas ao gonococcos apparecem em um quarto dos casos de blennorrhagia e as epididymo-vaginalites surgem em 20 á 30 %, isto é, em proporção equivalente. As epididymites se produzem quando as infecções secundarias ou associadas são nitidamente verificadas na urethra. Existe uma relação constante entre os microbios associados ao gono na urethra e os encontrados no epididymo e no liquido da vaginalite. O liquido contido na vaginal é pouco toxico para os animaes e trata-se de uma infecção attenuada, o que explica os casos raros de suppuração. A infecção se faz principalmente por via canalicular, mas tambem por via lymphatica. Existem differenças clinicas nitidas entre as formas de epididymo-vaginalite.

**G. Marion — A pyelotomia larga. — Journal d'Urologie, Tomo XIII, n.º I.**

Mostra a differença que existe nas intervenções por calculos renaes entre a nephrotomia e a pyelotomia, a primeira, expondo o doente a uma série de riscos que tornam-na perigosa, a segunda extremamente facil, benigna não lesando o rim, não expondo o doente a hemorrhagias nem sendo, na grande maioria das vezes, seguida de fistula. Considerando a benignidade da pyelotomia procurou este auctor retirar por este processo calculos renaes que até então só seriam retirados pela nephrotomia. Porem, para attingir este fim é preciso augmentar mais ou menos a incisão operatoria, dahi o nome de pyelotomia larga. Apresenta varias photographias e radiographias de volumosos calculos retirados de accôrdo com esta technica. Um méde 8 cm. de altura total, apresentando em sua maior largura, ahi comprehendidos os seus ramos renaes, a dimensão de 7 centimetros.

Como dados de technica aconselha o A. praticar a technica commum da pyelotomia apenas prolongando a incisão classica do bassinete (para baixo e para dentro) para cima e para fóra, penetrando, si necessario fôr, em pleno tecido renal que, como já fez, póde ser incisado em duas direcções de modo a apresentar a forma de Y em que o ramo vertical representa a incisão do bassinete e as duas incisões divergentes, as secções do tecido renal.

O criterio a seguir na direcção das incisões é tirado da fórma e posição do calculo, dadas pela radiographia e pela palpação no momento da intervenção. Retirado o calculo sutura as incisões renaes, não suturando a do bassinete. Drena em alguns casos, em outros não. A hemostasia é simples. A secção da arteria retropyelica, muito temida por alguns cirurgiões e inevitavel julga de nenhum inconveniente. As ligaduras deste vaso não tem difficuldades. Julga esta operação indicada nos calculos do bassinete que se prolongam ao rim, algumas vezes muito longos, porem seguindo uma unica direcção.

Acha que ella tambem póde ser indicada nos casos de calculos coralliformes que não penetram no rim a grande profundidade. Para indicação desta technica é indispensavel uma radiographia que demonstre nitidamente os caractéres do calculo e que não deixe nenhuma duvida sobre sua forma e sua direcção. Acha que a incisão ou incisões renaes na pyelotomia larga tem que ser consideradas menos traumatisantes para o rim do que a incisão unica da nephrotomia que divide o orgão em duas metades.

**Wolbarst. — Processo dos cinco copos, com catheter, para a determinação da origem do pús, dos filamentos e do sangue na urina do homem. — Journal d'Urologie, Tomo XIII, n.º I.**

O doente deve se apresentar com a bexiga cheia de urina, de quatro á cinco horas ou mais si possivel. O meato é limpo para tirar toda a secreção adherente possivel e o doente é deitado sobre a meza de exame. Irriga-se a urethra anterior com agua boricada ou agua esterilisada recebendo-se o liquido da lavagem em um copo collocado entre as suas pernas. Uma pequena seringa de 7 a 8 cc. presta-se bem a esta operação. 50 a 60 cc. são sufficientes para a lavagem. Todo este liquido é derramado em um copo (copo n.º 1). Para termos certeza de que a urethra anterior está perfeitamente limpa repetimos a lavagem, recolhendo este liquido em um segundo copo (copo de verificação) que deve sempre ser limpido. Então introduz-se na bexiga uma sonda fina de borracha e retira-se 30 á 40 cc. de urina em um copo que será o copo n.º 3. Esta é urina vesical que quando normal, affirma que a bexiga, os uretéres e os rins não são responsaveis pelos elementos extranhos que eram encontrados na urina de micções anteriores.

Em seguida retira-se a sonda e o doente deve urinar mais 30 a 40 cc. em um copo que será o n.º 4. Pús, filamentos ou sangue contidos nesta urina, affirma o A., devem provir da urethra posterior. Si a urethra posterior fôr normal a urina deste copo 4 será limpida, normal.

Para ultimar o exame faz-se depois uma massagem da prostata mandando a seguir o doente urinar em outro copo, este o n.º 5. Quando ahi a urina é clara ou ligeiramente turva, a prostata é normal, quando purulenta ou sangrenta, a prostata está infectada.

Ainda é possivel, si bem que na maioria casos difficil, massar separadamente cada uma das vesiculas fazendo após o doente urinar em dois copos, o 6 e 7, que informarão sobre o estado destes orgãos.

Quando fôr turva a urina do copo n.º 3, a bexiga deve ser completamente esvasiada pela sonda e cheia com agua boricada de modo que torne-se limpido o conteúdo vesical afim de com confiança podermos executar as provas posteriores.

**Murat Willis. — Valor relativo da „cholecystotomia ideal", cholecystectomia e cholecystostomia. — Surgery Gynecology and Obstetrics. Fevereiro, 1922.**

Para o auctor a cholecystostomia é um processo de grande valor em certos casos, mas acarreta frequentes decepções ao cirurgião quando empregado em casos improprios.

Do mesmo modo a cholecystectomia é uma operação de grande valor algumas vezes, mas a tendencia a tirar toda a vesicula biliar capaz de ser removida, acarreta o sacrificio de orgãos de valor, quando não invalida um certo numero de pacientes por traumatismo dos canaes biliares ou acarreta a morte prematura de outros. Advoga a operação "ideal" em alguns casos não sómente por considerações theoricas. Os resultados que obteve encorajam-no a considerar esta operação como tendo um valor definido na cirurgia da vesicula biliar.

**Blackford. — Thyrotoxicose. — Surgery, Gynecology and Obstetrics. — Fevereiro, 1922.**

Chama a attenção para a importancia do diagnostico primario de modo a podermos obter uma cura pela remoção cirurgica, antes que a intoxicação tenha acarretado um prejuizo permanente para o paciente.

A mortalidade operatoria dos bocios não toxicos ou medianamente toxicos é quasi igual a zero, em mãos competentes, e os resultados são tão satisfactorios quanto podemos desejar. Perturbações cardiacas adstrictas a intoxicação de origem thyroidéa não contraindicam a acção cirurgica. Praticamente falando, a reserva cardiaca do paciente é quasi sempre sufficientemente bôa para poder ser melhorada por um tratamento préoperatorio. Os máos resultados das operações de bocio se verificam em individuos extremamente intoxicados e não são observados nos cardiopathas graves. Como resultado pòst-operatorio tem verificado a cura relativamente notavel da insufficiencia cardiaca.

**Morley Hitzrot. — O tratamento cirurgico da anemia perniciosa. — Annals of Surgery — Janeiro, 1922.**

Tres fórmas de tratamento da anemia perniciosa, diz o A., interessam o cirurgião, a extirpação de fócos de infecção, a transfusão de sangue e a esplenectomia. Ainda se discute hoje sobre a quantidade de sangue a transfudir, uns preferem pequenas dóses repetidas, admittindo que o sangue do fornecedor vae estimular os orgãos hematopoieticos, outros, julgando que o sangue injectado possúe a propriedade de inhibir a acção de um agente destruidor existente no sangue do doente, preferem dóses mais elevadas, variaveis, no emtanto, com as suas condições. O A. diz que nos casos que observou as pequenas transfusões produzem o mesmo resultado das grandes, si bem que as primeiras sejam menos capazes de determinar reacções desagradaveis, quer no fornecedor, quer no doente.

Quanto á extirpação de fócos de infecção localisada, julga talvez de pouco resultado, si bem que necessaria todas as vezes que taes fócos forem verificados.

Nos seus sete casos, as culturas do tecido dos baços extirpados foram negativas, e sómente em um caso, como fóco de infecção localisada, foi descoberto um dente, um pouco suspeito.

A esplenectomia acha indicada, produzindo rezultados de valor: 1.°) nos individuos de menos de quarenta e cinco annos, com crises de destruição sanguinea, seguidas de periodos de remissão; 2.°) quando o baço é palpavel; em seis casos, tres eram palpaveis, dois duvidosamente sentidos e dois não eram sentidos; 3.°) quando o numero de cellulas reticuladas é vizinho do normal, pois quando baixo deve-se procurar eleval-o antes pela transfusão para que depois a esplenectomia produza todo o seu resultado; 4.°) quando o numero de plaquetas sanguineas é vizinho do normal; 5.°) quando o doente consegue melhorar por uma transfusão, sem que em seguida volte a attingir o mesmo nivel anterior a sua curva sanguinea; 6.°) quando a resistencia globular é diminuida, achando que em seus casos, quanto mais baixa era a resistencia, melhor foi o prognostico.

Acha a esplenectomia contraindicada nos individuos velhos, nos casos aplasticos, e nos casos com symptomatologia medullo-espinhal.

Nos outros, acha com Perey, que a transfusão, a extirpação de fócos de infecção e a esplenectomia são valiosos auxiliares da nossa therapeutica actual.

**Meyerding. — Sarcoma dos ossos longos. — Surgery, Gynecology and Obstetrics. — Março de 1922, pag. 321.**

Trinta e cinco por cento dos pacientes eram inoperaveis ou recusavam operação. Em alguns casos, indubitavelmente, um diaprostico estabelecido a tempo teria dado aos doentes a probabilidade de cura. Trinta e dois dos trinta e cinco pacientes que morreram tinham sido amputados. A duração media da molestia no tempo do exame era 7,34 mezes e viveram em media 14,5 mezes após a operação. Um paciente que tinha um fibrosarcoma foi examinado nove mezes depois da operação, a mais longa duração de vida naquelles em que a morte seguiu a amputação. Em uma série de trinta e dois sarcomas os mais malignos eram os osteo-sarcomas. Em oito destes doentes o começo dos symptomas era em média 2,5 mezes antes do exame e viviam sete mezes após a operação. 31,8 por cento dos casos que soffreram amputação morreram de metastase pulmonar. O diagnostico deve ser feito depois de cuidadoso exame clinico, physico e radiographico e até, si necessario fôr, pequena intervenção exploradora pode ser indicada afim de se poder ter o diagnostico microscopico de tumor e sua especie. Os principaes pontos a decidir antes de intervenção são a malignidade, as metastases, e a extensão de osso atacado. Excluindo-se os pacientes com metastase, fazendo-se o diagnostico precoce e extirpando-se o tumor deve-se esperar um prolongamento da vida, mais certo naquelles que applicarem radium, raio X e toxina de Coley após a operação.

**Davis e Poynter — Occlusão intestinal congenita. Surgery, Gynecology and Obstetrics. — Janeiro 1922.**

A occlusão congenita póde occorrer em qualquer ponto do intestino. Em 15 por cento dos casos relatados ella é multipla. E' excessivamente rara, occorre uma vez em cerca de vinte mil crianças. Os factores etiologicos variam podendo ser reduzidos aos seguintes principaes: anomalias de desenvolvimento, accidentes de dsenvolvimnto e molestias fetaes. O prognostico é máo; o tratamento deve ser praticado o mais cedo possivel e consiste em uma entero-anastomose.