

Um caso de fistula uretero-vaginal

89/3 ENC

Pa. o dia 11 de Outubro, pelas 11
horas da manhã

Presidente O Excmo. Sr. Antonio
d'Alencar Maia

Excmo. Sr.

Roberto Bellarmine A. Farias
João Lopes da S. Martins J.º
Alberto P.º Pinto de Aguiar
Clemente Joazeiro dos S.ºs Pinto

N.º 21 . 3
ANTONIO HENRIQUES

UM CASO
DE
FISTULA URETERO-VAGINAL

(BREVE ESTUDO)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCHOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

Typographia do «Commercio do Porto»

102—Rua do «Commercio do Porto»—112

1897

89/3 EMC

ESCHOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO DIRECTOR

Dr. Wenceslau de Souza Pereira de Lima

SECRETARIO, O ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE



CORPO DOCENTE

LENTE CATHEDRATICOS

OS ILL.^{mos} E EXC.^{mos} SNRS.

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia.....	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica....	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeuticamente externa.....	Antonio J. de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria.....	Eduardo Pereira Pimenta.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Dr. Agostinho A. do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeuticamente interna.....	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica.....	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica.....	Candido Augusto C. de Pinho.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica....	Augusto H. Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia..	Ricardo d'Almeida Jorge.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semeiologia e historia medica.....	Maximiano A. O. Lemos.
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro.

LENTE JUBILADOS

Secção medica.....	{ Dr. José Carlos Lopes.
	{ José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica.....	Pedro Augusto Dias.

LENTE SUBSTITUTOS

Secção medica.....	{ João Lopes da Silva M. Junior.
	{ Alberto Pereira P. d'Aguar.
Secção cirurgica.....	{ Roberto B. do Rosario Frias.
	{ Clemente J. dos Santos Pinto.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica ^a	Carlos A. de Lima.
-------------------------------------	--------------------

A Eschola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Eschola, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)

A MEU PREZADO TIO E AMIGO

Joaquim Henriques Tavares Bastos

E

A MINHA QUERIDA TIA E MADRINHA

D. Ignacia da Conceição Bastos

A MEU PAI E A MINHA MÃE



A MEUS IRMÃOS

A MINHA TIA

D. Anna da Conceição Bastos

A TODOS OS MEUS PARENTES, PARTICULARMENTE A MEUS PRIMOS

Antonio Tavares Bastos
Dr. Gaspar José Tavares de Castro
Raul Tavares Bastos
João Tavares de Mattos
Padre Joaquim Manoel Tavares
Camillo Tavares de Mattos

À MEMORIA DE MEU TIO
MANOEL HENRIQUES TAVARES BASTOS

À MEMORIA
DE
MEUS AVÓS MATERNOS

À MEMORIA DE MEU PADRINHO
ANTONIO TAVARES BASTOS

Aos Ill.^{mos} e Exc.^{mos} Srs.

Dr. Tilo Augusto Fontes

Dr. José Vicente d'Araujo

Padre Domingos Tavares Lages

Antonio Antunes Fernandes

Dr. Eugenio Dias Colonna

Antonio d'Araujo Serpa Pinto

AOS MEUS AMIGOS

AOS MEUS CONDÍSCIPULOS

AOS MEUS CONDÍSCIPULOS

QUE EM ESPECIAL ME DEDICARAM AS SUAS THESES

Aos meus condiscipulos, intimos amigos e companheiros de estudo

Dr. Eduardo Alves Sampaio da Silveira

Dr. Joaquim da Silva Ramalho

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

Aurelio Rodrigues Seara
Antonio Rodrigues Gomes
Alberto José Baptista
Alfredo Gomes d'Almeida
Belmiro Fernandes Braga

AO ILLUSTRE CORPO DOCENTE

DA

Eschola Medico-Cirurgica do Porto

ADS EXC.^{MOS} SNRS. PROFESSORES

Dr. José Carlos Lopes

Dr. Augusto Henrique d'Almeida Brandão

Dr. Antonio Joaquim de Moraes Caldas

Dr. Clemente J. dos Santos Pinto

Dr. Ricardo d'Almeida Jorge

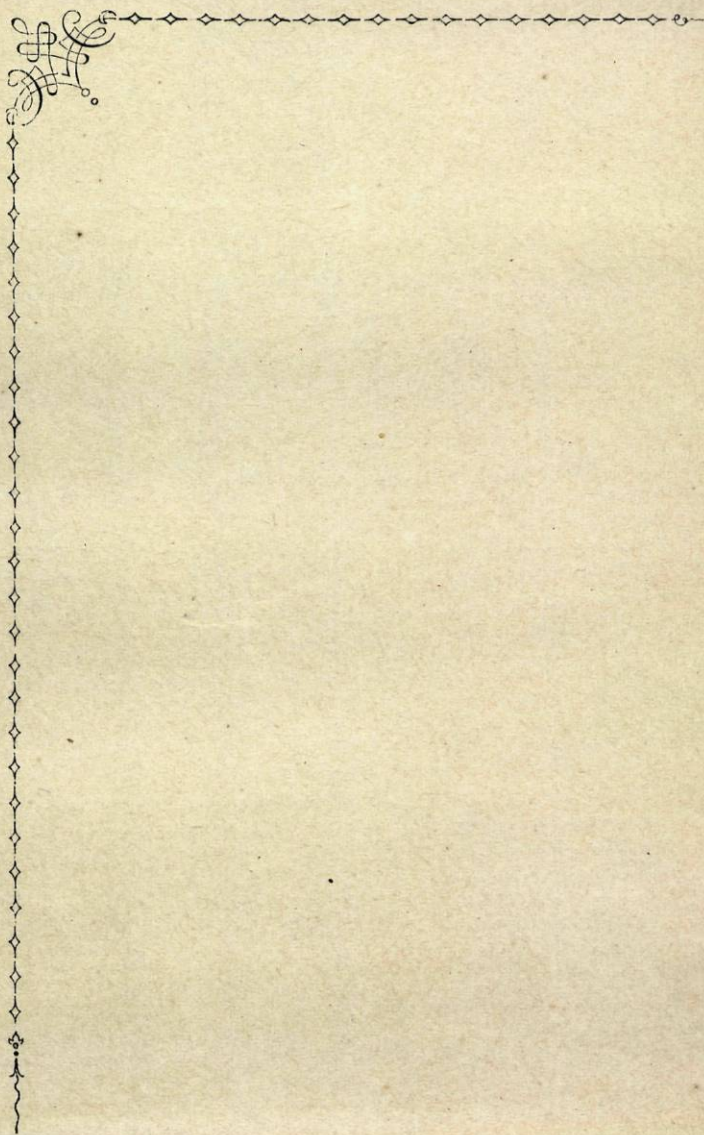
Dr. Roberto B. do Rosario Frias

Dr. Antonio J. Ferreira da Silva

Ao meu illustre presidente

o Ill.^{mo} e Exc.^{mo} Snr.

Dr. Antonio d'Azevedo Maia



*Je disere que mes juges voient en moi
non l'homme qui escrit, mais l'homme qui
est forcé d'ecrire.*

MONTESQUIEU.

Etiologia

As fistulas uretero-vaginaes e as fistulas ureteraes em geral são pouco frequentes actualmente e ainda não ha muitos annos que ellas eram rarissimas.

São as fistulas dos ureteres, em geral, devidas a feridas ou rupturas d'este canal.

Com os progressos da cirurgia abdominal e pelvica, estas fistulas adquiriram uma frequencia relativa, que, parece-nos, alguns cirurgiões téem exaggerado.

Estas fistulas não tem sido bem estudadas pelos pathologistas e por isso nós temos de lutar constantemente com difficuldades, começando estas na classificação etiologica. Classifical-as-hemos apezar d'isso, para conveniencia d'exposição, do modo seguinte:

Fistulas dos ureteres..	} adquiridas.....	} traumaticas
	} congenitas	} organicas

As fistulas uretero-vaginaes adquiridas são muito mais frequentes do que as congenitas, embora alguns pathologistas não concordem com este modo de vêr; para Fenger as fistulas congenitas são em maior numero do que

as adquiridas, encontrando este cirurgião só 10 fistulas adquiridas em 38 doentes portadoras de fistulas uretero-vaginaes.

As *fistulas congenitas* além de serem menos frequentes são também mais faceis d'operar e de curar.

Esta differença nos resultados therapeuticos é devida ao seguinte:

N'uma fistula congenita o operador trabalha no meio de tecidos normaes, ao passo que nas adquiridas ha uma perda de substancia maior ou menor no meio d'um tecido cicatricial; não ha n'estas um simples vicio de conformação dos tecidos.

Como exemplos de fistulas uretero-vaginaes congenitas podemos citar os casos de Byford, Bois d'Aurillac, Davenport, etc.

As *fistulas traumaticas* são as mais importantes e as que se encontram em maior numero n'uma estatistica de fistulas uretero-vaginaes.

Esta variedade de fistulas póde, attendendo-se ao seu modo de producção, dividir-se em dous grupos:

1.º, fistulas traumaticas propriamente ditas; 2.º, fistulas operatorias.

As *fistulas traumaticas propriamente ditas* são muito raras, devido isto ao pequeno volume dos ureteres, á sua mobilidade, á sua situação profunda e ainda á inclinação da bacia para diante. Não devemos deter-nos a descrever os casos observados por Demons ou por Holmes, porque estão fóra do nosso assumpto.

As fistulas operatorias do uretere e em especial as fistulas gynecologicas são muito mais frequentes que as anteriores e são por isso as que mais nos interessam. Sob o nome de fistulas gynecologicas comprehendemos tambem as fistulas puerperaes, embora as descrevamos á parte por commodidade.

A frequencia das fistulas operatorias tem augmentado bastante n'estes ultimos annos e devido ás operações seguintes:

1.^o—No decorrer d'uma abertura d'abcessos pelvicos pelo fundo de sacco de Douglas pôde ferir-se o uretere e formar-se assim uma fistula uretero-vaginal; Tuffier cita um caso d'esta natureza e Fenger tambem menciona dous na sua estatistica. Laroyenne (de Lyon) admite a possibilidade da formação da fistula uretero-vaginal por esta via; mas Routier pôz em duvida, na Sociedade de Cirurgia de Pariz, a existencia d'estas fistulas. Para Routier tratar-se-ha de fistulas vesicaes e não de fistulas ureteraes.

2.^o—A fistula uretero-vaginal pôde ser produzida pela pressão de um pessario, especialmente quando houver esquecimento d'elle na vagina, fixação do uretere e por conseguinte um certo grau d'inflamação do tecido conjunctivo que cerca este canal. Apenas encontramos um exemplo d'estas fistulas, que mencionamos mais adiante.

3.^o—No decorrer da operação d'uma fistula vesico-vaginal, quando se procede ao avivamento dos bordos, pôde cortar-se o uretere e formar-se assim uma fistula.

Encontramos quatro casos d'este modo de formação das fistulas uretero-vaginaes, sendo dous observados por Bandl e dous mencionados por Fenger.

4.^o—A incisão d'uma hydronephrose tambem pôde dar origem a uma fistula ureteral. Em 1875, foi Dentu chamado para vêr uma doente que tinha uma hydronephrose; Dentu fez uma incisão e immediatamente jorrou muito liquido, sahindo nos dez dias seguintes um pouco de sangue alterado; ao 11.^o dia a doente refere a Dentu que sahe urina pela ferida, em quantidade quasi igual á que sahe pela urethra (1). Só em abril de 1884 é que esta doente se curou radicalmente, fazendo-lhe Dentu a nephrectomia do rim correspondente ao uretere lesado.

5.^o—Os tumores desenvolvidos na pequena bacia são a causa mais frequente das fistulas uretero-vaginaes. Em geral estes tumores estão situados no utero e seus annexos; estão, portanto, muito perto dos ureteres, podendo estes adherir ao tumor. É devido a esta causa que a frequencia d'estas fistulas tem augmentado um pouco com a vulgarisação e diffusão da ablação do utero e seus annexos, a hysterectomia. Não nos admiramos de ser esta operação a principal causa das fistulas operatorias, attentas as relações topographicas que existem entre os ureteres e o utero (2) e em especial entre o uretere e o ligamento largo correspondente.

(1) *Archives generales de medecine*, 1884, t. 1.

(2) Para os ureteres a zona perigosa é a do collo e o tempo operatorio em que elles são mais facilmente feridos ou apanhados

Na opinião de Tuffier estas fistulas tornaram-se mais frequentes depois da vulgarisação da hysterectomia vaginal, chegando este operador a reunir 40 casos consecutivos á hysterectomia vaginal.

Em 10 casos d'estas fistulas tambem Fenger menciona 5 produzidas pela hysterectomia vaginal. Hochstetter (1) reuniu 10 casos de fistulas produzidas pela hysterectomia, sobre tudo vaginal, em 23 fistulas uretero-vaginaes.

Este modo de pensar de Tuffier, Fenger, etc., fez com que se levantassem vivas discussões, sobre a frequencia d'estas fistulas, na Sociedade de Cirurgia de Pariz em 1895. (2)

Viu-se então que Segond pensa d'um modo contrario ao de Tuffier; para aquelle gynecologista as fistulas uretero-vaginaes não são tão frequentes como se diz; em

pelas pinças, é o 1.º tempo da hysterectomia vaginal. As relações anatomicas dos ureteres com o utero foram assim resumidas por Cestan: «Convergents vers le trigone vesical, ces conduits dessinent un V oblique en bas et en arriere, au moins à l'état normal, s'enfonce un veritable coin formé par l'uterus et les anses arterielles qui logent ses bords. Le sommet de ce coin, le col, affecte avec les ureteres des rapports d'autant plus intimes que des anses arterielles uterines s'echappent et rayonnent une série de branches vasculaires qui enveloppent ces canaux etroitement. Si l'on tire sur lui pour abaisser, le col, entraîné en bas et en avant, vient, comme l'a montré Ricard, s'enclaver plus encore dans le V des ureteres,» *Gaz. hebd.*, 23-2-96.

(1) TUFFIER ET LEVI.—*Etude sur les fistules uretero-vaginales*, 1895.

(2) *Revue de Chirurgie*, 1895, pag. 454.

420 hysterectomias feitas por Segond, foram feridos os ureteres duas vezes com certeza e talvez n'uma terceira vez. N'este ultimo caso tratava-se d'uma mulher portadora d'um volumoso fibroma; foi operada e começou a urinar pela vagina no fim de tres semanas. Segond pensou n'uma fistula uretero-vaginal, mas passados oito dias a mulher deixou d'urinar pela vagina e esta scena nunca mais se reproduziu.

Routier e Richelot tambem dizem que as fistulas uretero-vaginaes consecutivas á hysterectomia são muito raras, tendo o primeiro observado só 1 caso e o segundo 2.

Richelot chegou a declarar na Sociedade de Cirurgia, em 1895, que não sabe como Tuffier pôde reunir 40 casos de fistulas uretero-vaginaes consecutivas á hysterectomia vaginal.

Poirier fez 36 hysterectomias vaginaes e julga ter pinçado, uma vez, o uretere, mas não tem a certeza d'isso; a fistula curou-se espontaneamente no fim de 20 dias.

Michaux, Reunyer, Schwartz e Quenu nunca observaram nenhuma fistula uretero-vaginal, apesar de terem feito muitas hysterectomias vaginaes; só Reunyer fez 120.

Ricard tambem nunca operou nenhuma fistula utero-vaginal consecutiva a uma hysterectomia, mas operou uma fistula vesical considerada por outros operadores como ureteral, falsa fistula utero-vaginal em que tinham sido feitas 4 tentativas de reparação sem successo. (1)

(1) *Semaine medicale*; 1895, pag. 211.

D'aqui se pôde concluir que as fistulas produzidas pela hysterectomia vaginal não são muito frequentes, tendo apezar d'isso um lugar importante na classificação das fistulas consecutivas á hysterectomia vaginal. Gallet (de Bruxellas) agrupou estas fistulas em 5 grupos: fistulas peritoneaes, vesicaes, ureteraes, intestinaes e complicadas. (1)

? Os dois ureteres são lesados com a mesma frequencia? qual é o mais vezes ferido?

É o uretere direito, que é mais vezes pinçado, «il en est ainsi huit fois sur dix», diz Tuffier. A explicação d'este facto deve ser procurada nas manobras operatorias; é preciso lembrar-nos que o lado direito da doente corresponde ao lado esquerdo do operador e que este trabalha melhor com a mão direita.

«Para collocar a pinça do lado direito, diz Tuffier, o operador abaixa o utero com a mão esquerda e deve, por isso, crusar a mão direita por cima da esquerda, posição essencialmente desfavoravel». Tal é a explicação dada por Tuffier para explicar a maior frequencia das fistulas uretero-vaginaes á direita, mas esta explicação pareceu bem extraordinaria a Richelot. Segundo este cirurgião, um ajudante deve segurar o utero e o operador deve ter as duas mãos livres; n'estas condições os dedos da mão esquerda servem de conductores e a pinça é facilmente collocada com a mão direita.

(1) *Annales de la société belge de chirurgie*; 1895, pag. 402.

Richelot bem faz a recommendação, mas elle proprio feriu os ureteres duas vezes e sempre do lado direito; é o caso de se dizer: «olha para o que eu digo e não para o que eu faço». Elle justifica-se dizendo que na 1.^a hysterectomia, por causa d'um cancro, o tumor tinha invadido o ligamento largo e que fôra preciso levar a pinça muito mais longe, para a poder fixar; na 2.^a hysterectomia, indicada por lesões peri-uterinas, havia maior numero de difficuldades operatorias á direita, e foram estas as que levaram Richelot a pinçar o uretere. Assim como este operador expõe os motivos que o levaram a pinçar sempre o uretere direito, tambem os outros os podiam expôr facilmente, unicamente para se vêr que não foi por *maladresse* e nada mais.

A hysterectomia abdominal tambem pôde dar origem a fistulas uretero-vaginaes ou uretero-cutaneas. Estas ultimas são mais frequentes nas ovariectomias e o orificio cutaneo d'estas fistulas está quasi sempre situado na cicatriz da operação; n'alguns casos o kysto está adherente ao uretere e esta adherencia deve ser uma explicação sufficiente da fistula. São os kystos para-ovaricos os que mais facilmente dão origem ás fistulas ureteraes, visto haver relações intimas entre o uretere e o ligamento largo correspondente. A hysterectomia abdominal pôde dar origem a uma fistula uretero-cutanea e ao mesmo tempo uretero-vaginal. Dizem que estas são menos frequentes na hysterectomia abdominal do que na vaginal, porque n'esta operação a mão do operador manobra um pouco

ao acaso, n'um campo operatorio muito restricto e além d'isso a vista não póde auxiliar o operador, tanto como o faz na hysterectomia abdominal.

Não podemos arranjar observações de fistulas ureterovaginaes que provassem que ellas eram mais frequentes nas hysterectomias vaginaes, por isso limitamo-nos a dizer que Segond só feriu o uretere duas ou tres vezes em 420 hysterectomias, que Reunyer, Michaux, etc., nunca feriram os ureteres. Quer se siga a via vaginal ou a via abdominal o perigo de se ferir o uretere não é muito grande, conhecidas as relações topographicas d'este canal, a não ser que elle esteja muito dilatado, sinuoso ou n'uma posição anomala.

Fistulas puerperas—Estas fistulas não formam um grupo bem distincto das anteriores: podem incluir-se muito bem nas anteriores e nós já o fizemos sob a denominação de fistulas gynecologicas. Descrevemol-as áparte, por commodidade, mas somos apoiados n'esta separação por Dechambre, que tambem a faz. N'estas fistulas puerperas, como nas outras, é preciso ligar uma certa importancia ás inflammações chronicas da pequena bacia; estas podem tornar o uretere mais fragil, fazendo-o perder a sua mobilidade. Esta falta de mobilidade, devida á fixação do uretere e por conseguinte a um certo grau de inflammação ou d'augmento d'espessura das suas paredes, impede-o de fugir diante da compressão produzida pelo feto; a inclinação anterior da bacia e a ausencia d'um ponto d'apoio sólido, que permittisse a compressão dos

ureteres pelo feto, explicam a raridade d'estas fistulas uretero-vaginaes.

No decorrer do parto o uretere póde ser lesado, diz Skene, pelo feto, pelo forceps e ainda pela mão do parteiro; parece que a sahida prematura das aguas favorece o accidente, a formação de fistulas uretero-vaginaes. (1) Estas fistulas consecutivas a partos laboriosos são na maioria dos casos uma complicação de fistula vesico-vaginal mais ou menos extensa.

O maior numero de casos publicadas de fistulas uretero-vaginaes pertence a este grupo (Dechambre) (2) é provavel que hoje não excedam em tão grande escala as fistulas operatorias.

As fistulas puerperaes parecem ser mais frequentes á esquerda do que á direita, contrariamente ao que se dá com as fistulas operatorias.

Tambem são mais frequentes nas multiparas do que nas primiparas, especialmente nas multiparas que teem tido partos laboriosos.

São estas fistulas quasi sempre consecutivas á queda d'uma escára.

Fistulas organicas—N'este grupo de fistulas a doente tem em si a razão da sua fistula ureteral; resultam quasi sempre da destruição da parede do uretere por um processo ulcerativo; teem muitas vezes para causa a en-

(1) *Annales de gynecologie*, 1891; t. 1, pag. 379.

(2) DECHAMBRE—*Dictionaire*.

globação do uretere por um tumor da visinhança, a abertura d'um foco purulento no uretere e ainda as ulcerações tuberculosas ou cancerosas d'este canal.

Para Duplay a tuberculose do uretere dá mais frequentemente origem a um aperto do que a uma fistula (1), mas Bang, citado por Dechambre, encontrou n'uma autopsia uma fistula uretero-duodenal, produzida por uma ulceração tuberculosa primitiva do uretere.

Talvez um calculo do uretere possa dar origem a uma fistula ureteral. Todos os pathologistas admittem esta probabilidade e alguns chegam a citar um caso, posto que discutivel, devido a Loethe.

(1) DUPLAY E RECLUS.

Anatomia pathologica

Embora o nosso assumpto esteja limitado ás fistulas uretero-vaginaes, nós vamos descrever a anatomia pathologica d'outras fistulas ureteraes, fistulas que estão bastante relacionadas com ellas e que o cirurgião faz artificialmente para o tratamento das uretero-vaginaes. Sob o ponto de vista da séde as fistulas ureteraes pôdem ser divididas em dous grandes grupos:

1.º—fistulas externas ou uretero-cutaneas;

2.º—fistulas internas.

No primeiro grupo de fistulas o *orificio externo* está situado na pelle e é quasi sempre unico, sendo raros os casos em que a fistula termina por dous orificios; este orificio cutaneo pôde estar situado na região lombar ou na região abdominal. O *orificio interno* está situado no uretere, que apresenta quasi sempre uma solução de continuidade completa. Estes dous orificios estão separados por um *trajecto fistuloso* mais ou menos longo, mais ou menos sinuoso, havendo ás vezes uma cavidade intermediaria que serve de receptaculo para a urina. O topo inferior ou vesical do uretere pôde ficar ás vezes alguma cousa permeavel; pelo menos durante algum tempo, como

o provam algumas observações em que esta investigação se tem feito *post-mortem*.

As fistulas internas constituem um grupo mais variado e muito maior, sendo de todas ellas as mais importantes e as mais frequentes as fistulas uretero-vaginaes e em seguida as uretero-uterinas. Este grupo de fistulas internas occupa de preferencia e quasi sempre a parte inferior do uretere; tem um tracto muito mais curto do que as uretero-cutaneas e sem apresentar diverticulos. São muito excepçoes as fistulas internas que fazem communicar o uretere com uma porção qualquer do intestino, mas nós fallamos n'ellas porque constituem um dos variados meios de tratamento das fistulas uretero-vaginaes: a terminação dos ureteres no intestino, iniciada por Chaput ha perto de quatro annos.

As fistulas uretero-vaginaes de que nós já conhecemos a sua predilecção para o lado direito (excepto nas puerperaes), o seu curto tracto, abrem-se quasi directamente na vagina; os dous orificios estão de tal fórma aproximados que as mucosas vaginal e ureteral parecem continuar-se. O orificio vaginal está situado no fundo da vagina e quando é facilmente visivel tem a fórma d'uma fenda obliqua.

O outro orificio da fistula, o ureteral, está situado a uma pequena distancia da terminação do uretere no baixo fundo da bexiga. Este orificio póde ser devido a uma secção completa ou incompleta do uretere. No primeiro caso a secção é mais ou menos transversal e ha sempre

afastamento dos dous topos ureteraes, que pôde ser de tal modo pronunciado que a sua approximação não possa effectuar-se sem uma certa tensão das partes separadas (Duplay).

No segundo caso, quando a secção fôr incompleta, não ha afastamento dos dois topos e o orificio ureteral pôde ser devido a uma secção longitudinal, transversal incompleta ou então a uma perda de substancia lateral do utere. Esta pôde ser produzida pelo bisturi do operador ou então pela queda d'uma escára, que é o caso mais frequente.

Estas fistulas incompletas são para Tuffier as mais frequentes e são ellas que nos dão a explicação de certas curas espontaneas. Será verdade que ellas se curem espontaneamente, mas a sua existencia ainda está sujeita a controversias.

Admittem-nas Tuffier e Poirier como consecutivas ao pinçamento lateral do uretere, na maioria dos casos. Para Routier estas fistulas parecem devidas mais á extensão e queda da escára do que ao ser o uretere apanhado lateralmente pelas pinças hemostaticas. Gallet tambem se referiu a estas fistulas na Sociedade de Cirurgia belga e admite-as.

Pelo contrario, outros operadores, ao lado dos quaes está o importante gynecologista Segond, pensam que uma fistula incompleta d'um canal tão estreito como é o uretere, não é muito para acreditar; alem d'isso a cura espontanea d'estas fistulas uretero-vaginaes dá-lhes um ca-

racter inteiramente opposto ao das fistulas ureteraes, sendo a cura d'estas muitas vezes difficil, apesar da habilidade dos operadores e das operações engenhosas que se téem praticado.

Na opinião de Richelot e d'outros operadores tractar-se-ha de pequenas fistulas vesicaes de tracto tortuoso e de diagnostico difficil; porque é impossivel, diz Richelot, que o uretere fique permeavel «quand il este saisi par une pince ou entamé par une eschare».

Estas fistulas são talvez devidas a uma escára que interessou o baixo fundo da bexiga. É provavel que estas fistulas incompletas e lateraes do uretere se produzam nos casos em que o uretere esteja sinuoso e dilatado acima d'um aperto qualquer, mas não se conhece, diz Baigne (1), nenhum facto que confirme esta asserção de Poirier.

Um facto importante da anatomia pathologica das fistulas uretero-vaginaes é o aperto que as complica, aperto que arrasta consigo a impossibilidade de se fazer o catheterismo do uretere lesado e alem d'isso, a dilatação consideravel d'este canal, observada em quasi todas as laparotomias feitas com o fim de curar estas fistulas (por um dos processos adiante mencionados).

O uretere dilatado tem o aspecto d'um canal sinuoso, esbranquiçado ou azulado, parecendo-se mais com uma ansa intestinal retrahida ou com uma veia do que com o uretere normal.

(1) BAIGNE—*Traitement des fistules uretero-vaginales*, 1895

N'uma das doentes de Tuffier gastaram-se alguns minutos para separar o uretere da veia iliaca, porque á superficie da arteria iliaca primitiva e dos seus dois ramos estava um grosso cordão azulado, de forma, volume, côr e relações topographicas parecidas com as da veia iliaca.

Notou-se, é verdade, que esta pretendida veia descia mais verticalmente do que o costuma fazer a veia iliaca e que exercendo sobre este cordão uma certa tracção parecia estar adherente á vagina. Para confirmar ou infirmar esta adherencia á vagina ordenou Tuffier que um dos seus ajudantes fizesse o toque vaginal, emquanto que elle fazia tracções sobre o cordão azulado; o ajudante de Tuffier declarou que pelo toque vaginal se reconhecia que os movimentos eram facilmente communicados ao fundo de sacco vaginal lateral direito. Em vista d'isto, diz Tuffier, não póde haver duvidas; o cordão azulado encontrado não é senão o uretere.

Dissemos que o aperto tornava o catheterismo impossivel pelo orificio fistuloso; mas elle é tambem difficil e ás vezes impossivel pelo interior da bexiga, mesmo a ceu aberto, quando se tenha descoberto a bexiga pela incisão hypogastrica. Emfim tem-se notado adherencias epiploicas e intestinaes ao nivel da cicatriz vaginal, subindo mais ou menos no abdomen e não permittindo facilmente fazer-se o isolamento do uretere (Tuffier).

Para terminar a anatomia pathologica diremos que as

fistulas uretero-vaginaes completas podem ser divididas em dois grupos:

- 1.^o—fistulas completas peritoneaes;
- 2.^o—fistulas completas infra-peritoneaes.

No primeiro caso o peritoneu tem sido apanhado pela pinça e aberto, podendo a urina por consequencia accumular-se no abdomen e ao mesmo tempo sahir pela vagina.

No segundo caso o peritoneu não tem sido aberto, está intacto, e por isso a urina só pôde escorrer pela vagina. São estas, diz Galet, as fistulas uretero-vaginaes mais frequentes.

Symptomatologia

Os symptomas principaes d'estas fistulas são os seguintes: incontinencia de urina, persistencia de micções voluntarias pela urethra, e só excepcionalmente, quando haja complicações renaes, febre, mal-estar geral e calafrios; como meios physicos da investigação da lesão, temos: a injeccção de liquidos corados na bexiga, a exploração com o estylete, o speculo e mesmo a exploração digital.

1.º *Incontinencia d'urina* — O escoamento da urina pela vagina é quasi sempre continuo, constante e permanente, como o dizem a maior parte dos physiologistas; Deroubaix não a viu sahir gotta a gotta, mas por intermittencias (como sob a impulsão d'uma contracção intermittente). Alguns pathologistas negam esta sahida da urina d'uma maneira intermittente. Tuffier fez varias experiencias em cães e concluiu que todos os pathologistas dizem a verdade, e todas as contradicções dependem da séde da fistula no uretere. A sahida da urina, diz elle, póde ser intermittente, por ejaculação, se o orificio ureteral estiver no terço inferior d'este canal e se fôr de pequena abertura. O escoamento da urina é continuo se o orificio estiver na parte superior do uretere.

Em geral o orificio está na parte inferior do uretere, nas fistulas uretero-vaginaes, e por isso é mais frequente vêr-se a urina sahir d'um modo intermittente pelo orificio vaginal. A incontinençia não pôde mudar com os diversos movimentos ou attitudes que a mulher tome, o que levou Freund a insistir sobre este modo d'incontinençia. Estes caracteres da incontinençia são menos façeis d'apreciar quando as fistulas uretero-vaginaes forem complicadas por uma fistula vesico-vaginal.

Veremos mais adiante que a incontinençia d'estas fistulas pôde variar, em certas condições, com a attitude da doente. A urina que sahe pela fistula é em quantidade proximamente igual á que sahe pela urethra, clara, limpida, transparente e de fraca densidade. Estes caracteres physicòs da urina não escaparam ao primeiro observador d'estas fistulas, a Berard, em 1841; tambem foram verificadas por Landau em 1877.

A primeira analyse chimica da urina que se fez foi em 1845. Tractava-se d'uma fistula uretero-uterina consecutiva a um parto laborioso; o dr. Trifet mandou analysar a urina d'esta doente a Bouchardat. Este notou que a urina proveniente da fistula tinha menos residuo e 12^{gr},20 d'urêa por litro, ao passo que a urina que sahia pela urethra continha mais residuo e 23^{gr},30 d'urêa por litro. (1)

(1) *Archives de medecine*; 1846, pag. 226.

Em 1875, Dentu observou uma fistula ureteral consecutiva á incisão d'uma hydronephrose e tambem mandou analysar a urina. Eis os resultados da analyse:

<i>Urina da bexiga</i>	<i>Urina da fistula</i>
Não tem deposito	Deposito
Reacção acida	Reacção alcalina
Densidade 1015	Densidade 1040
Não tem albumina	Tem albumina
Urêa 8,426	Urêa 7,686
Acido urico 0,301	Acido urico—vestigios
Materias fixas 32	Materias fixas 48

D'esta analyse se conclue que a densidade da urina que sahe pela fistula ureteral é superior á da urina que sahe pela urethra.

Esta analyse está portanto em contradicção com o que dissemos atraz, isto é, que a urina que sahe da fistula é menos densa do que a que sahe pela urethra; mas esta é a opinião mais seguida. É isto o que diz Dechambre; foi a conclusão a que chegou Landau n'um artigo sobre fistulas dos ureteres, em 1877.

Temos uma observação mais recente sobre a densidade da urina; é a que escreveu Schatz. (1) Uma mulher de 33 annos tem uma fistula ureteral consecutiva a um parto laborioso. N'esta doente a densidade da urina da fistula variava entre 1003 a 1006, ao passo que a urina proveniente da bexiga tinha uma densidade comprehendida entre 1030 a 1040. Tambem havia n'esta doente

(1) *Annales de gynécologie*, 1891

diferença na côr, sendo a urina da bexiga de côr mais carregada, mais escura. Estas diferenças na côr e densidade conservavam-se, segundo Schatz, quando a doente estava no decubito lateral ou dorsal, quando andava ou estava sentada e tambem não dependiam da quantidade do liquido ingerido pela doente. O emprego dos diureticos e d'outros medicamentos façeis de reconhecer na urina tambem não fizeram mudar a composição da urina da fístula, nem alteraram a diferença na côr ou na densidade. Seria este augmento de densidade devido á absorção, pela bexiga, da parte aquosa da urina? Não pôde ser. A prova d'isto está no seguinte: Schatz deixou estar permanentemente na bexiga uma sonda, durante algumas horas; a urina não permanecia na bexiga e apezar d'isso a diferença na densidade conservou-se.

A urina das fistulas uretero-vaginaes contem ás vezes vestígios d'albumina, podendo esta ser devida a infecções secundarias, feitas pelo orificio vaginal da fistula. N'outros casos a albumina, sómente vestígios, pôde ser devida á passagem da urina pela vagina.

Deviamos pôr ponto na incontinençia da urina, mas a communicação feita por Lavisé na Sociedade de Cirurgia de Bruxelias ⁽¹⁾ é tão curiosa que eu não posso furtar-me a fazer um resumo d'ella.

Foi uma doente a quem Lavisé fez a hysterectomia em 1894, sahindo depois da operação quasi toda a urina

(1) *Annales de la société belge de chirurgie*; 1894, pag. 296.

pela vagina; de tempos a tempos escapava uma pequena quantidade pelo canal da urethra.

A quantidade que sahia pela urethra era tão variavel que levou Lavisé a medir diariamente essa urina:

Datas	Quantidades	Datas	Quantidades
2-9-94.....	175 cc	21	750
3	25	22	1300
4	0	23	1300
5	0	24	1695
6	0	25	675
7	25	26	800
8	0	27	300
9	25	28	125
10	0	29	95
11	0	30	0
12	0	1-10-94.....	25
13	50	2	50
14	500	3	25
15	700	4	50
16	800	5	0
17	950	6	15
18	800	7	250
19	850	3	200
20	900	Comunicação.	

Eis um caso em que a urina que sahe pela urethra não é proximamente igual á que sahe pela fistula; tambem se não póde notar relação absolutamente nenhuma. Esta doente ainda estava em observação na occasião em que Lavisé fez a comunicação. «Eu cito este facto sem

o commentar, diz elle, porque eu não encontro nenhuma hypothese plausivel para explicar as variações na quantidade d'urina emittida pela bexiga.»

Sendo estas fistulas uretero-vaginaes, n'alguns casos, consecutivas a operações praticadas na bacia, convem saber-se quantos dias depois da operação começa a sahida da urina pela vagina. Apparece na vagina no fim d'um tempo muito variavel; appareceu no fim de tres dias nas doentes de Novaro, Boeckel e Tuffier; 22 dias depois da operação n'um caso citado por Routier. Na maioria dos casos começa n'um periodo comprehendido entre 3 e 22 dias depois da operação.

A incontinençia da urina faz com que as mulheres andem constantemente molhadas, exhalando um cheiro ammoniacal excessivamente desagradavel e nauseabundo; é o sufficiente para as doentes andarem um pouco afastadas do seio da sociedade. Além d'este soffrimento moral ha o soffrimento physico, a irritação que provoca a urina na visinhança da vulva, na parte superior e interna das coxas, etc.

2.^o *Persistencia das micções voluntarias*—É um dos symptomas mais importantes d'estas fistulas, apesar de se poder encontrar n'algumas fistulas vesico-vaginaes; o numero das micções é menor porque a urina que sahe pela urethra é só a segregada pelo rim não correspondente ao uretere fistuloso.

Certas doentes atacadas de fistulas vesico-vaginaes, de tracto estreito e sinuoso, tambem possuem a facul-

dade de guardar uma certa quantidade d'urina na bexiga. Se a conservam na bexiga tambem a pódem expellir voluntariamente pela urethra. N'algumas fistulas vesico-vaginaes as doentes só pódem conservar a urina na bexiga em certas e determinadas attitudes, ao passo que nas fistulas uretero-vaginaes conservam-na sempre.

3.^o *Injecção d'um liquido corado na bexiga*—Se se fizer uma injecção de leite, ou liquidos corados, não deve refluir nada pelo orificio fistuloso; no caso contrario a fistula é vesico-vaginal. Tambem póde a fistula ser vesico-vaginal sem refluir nenhum liquido. Quasi sempre fazem-se as injecções com leite, mas tem-se empregado alguns liquidos córados; Verneuil servia-se d'uma solução diluida de tinta d'escrever e Nelaton introduzia na vagina um tampão embebido em cyaneto de potassio, injectando em seguida na bexiga a solução d'um sal de resqui-oxydo de ferro.

Se a fistula fôr ureteral o tampão não muda de côr, ao passo que elle toma a côr violeta se a fistula fôr vesico-vaginal.

A injecção de liquidos córados na bexiga é fundada em que os liquidos contidos na bexiga não pódem passar para o uretere. Não se poderá admittir a possibilidade d'esta passagem? Vejamos:

Admittia-se que o conteúdo vesical não podia refluir nos ureteres, ainda que houvesse um obstaculo á sua evacuação pela urethra; porém Lewin e Goldschmidt não concordaram com esta asserção e fizeram numerosas ex-

perencias em coelhos. Estes experimentadores injectavam na bexiga dos coelhos um volume de liquido córado, comprehendido entre 10 a 80 cmc., notando que o refluxo era bastante frequente. No fim de 82 d'estas experiencias já tinha havido o refluxo em 40 coelhos.

Mais tarde as experiencias de Jean F. Guyon e Denis Courtade (1) déram resultados parecidos aos das experiencias anteriores. As substancias injectadas penetram n'um ou nos dois ureteres e o refluxo não depende da força com que se dá a injeção, nem da quantidade do liquido injectado, mas sim do grau de tonicidade das paredes vesicaes. Todas as vezes que as paredes vesicaes se deixem dístender passivamente pelo volume do liquido injectado não ha refluxo, embora se injectem 100 a 120 grammas de liquido; mas ha-o quando as paredes vesicaes resistam desde o começo da injeção, ainda que se tenham injectado só 10 a 15 gr. Poderão estes dados, fornecidos pelo coelho, applicar-se á pathologia humana?

Antes de responder a esta pergunta fizeram Guyon e Denis Courtade experiencias em animaes de bexiga mais bem musculada, mais parecida com a do homem, em cães. Os resultados obtidos n'estas experiencias afastam-se bastante dos resultados obtidos nos coelhos; é assim que em 38 cães só houve refluxo unilateral quatro vezes e bilateral uma só vez, embora o liquido estivesse na bexiga á pressão de 12 a 15^{cm} de mercurio. Estas expe-

(1) *Annales des mal. des org. gen. urin.*; 1894, pag. 561.

riencias estão de pleno accordo com as retenções d'urina produzidas experimentalmente nos animaes; n'estas condições a urina da bexiga não se mistura com a dos ureteres, porque é mais escura e contém mais urêa.

A causa de ser mais difficil obter o refluxo no cão do que no coelho é devida sem duvida ao maior numero de fibras musculares na bexiga do cão. Para explicar que as fibras musculares da bexiga concorrem mais ou menos para fechar o tracto intra-parietal dos ureteres basta seccional-as no cão, sem modificar em nada a direcção obliqua dos ureteres ou as suas relações normaes com a bexiga. N'estas condições o liquido reflue muito mais vezes, tantas como no coelho, que tem uma bexiga pouco musculada. D'estas experiencias se pôde concluir que a producção do refluxo não é regulada pelo estado do orificio ureteral propriamente dito, importando pouco que este esteja aberto ou fechado, mas sim pelo estado das fibras musculares vesicaes que estão perto do uretere.

Guyon e Denis Courtade concluem d'estas experiencias que talvez o refluxo se possa dar no homem, quando a tonicidade muscular da bexiga fôr bruscamente posta em acção sob a influencia d'uma injecção. Em vista d'isto podemos nós regeitar o diagnostico d'uma fistula ureteral nos casos em que houver refluxo?

Não pôde este meio de exploração levar-nos a um diagnostico errado?

Só queremos com isto dizer que a injecção de liquidos corados na bexiga não é um symptoma pathogno-

nico, como lhe chamou Duplay. O proprio Duplay viu que este symptoma pathognomonic, auxiliado ou corroborado pela introdução do estylete, o levou a uma conclusão errada, a tratar uma fistula vesico-vaginal n'uma doente portadora d'uma fistula uretero-vaginal. (1)

Terminaremos dizendo que é um dos melhores meios de reconhecer as fistulas uretero-vaginaes, embora falhe como os outros.

4.º *Exploração por meio de estylete*—Esta exploração é muito importante; é um symptoma pathognomonic das fistulas uretero-vaginaes, como diz Duplay. Escusado será dizer que elle ajudou a enganar Duplay, pelo que já dissemos mais acima.

Esta exploração faz-se do modo seguinte: introduz-se um estylete pelo orificio fistuloso e uma sonda pela urethra na bexiga; o estylete não deve penetrar na bexiga e portanto não deve encontrar a sonda. O estylete é conduzido forçosamente de lado e para traz; além d'isso sente-se que não chega a uma cavidade onde possa mover-se em todos os sentidos, como faz na bexiga, sendo apertado pelas paredes d'um tubo que o sustentam n'uma posição quasi fixa.

5.º *Exame por meio do especulo*—O emprego d'este instrumento é muito precioso nas doenças da vagina, do collo do utero, etc., sendo-o portanto no estudo das fistulas uretero-vaginaes. Com o auxilio d'elle já se póde

(1) *Annales de gynécologie*, 1880, t. 1, pag. 389.

vêr que a urina não sahe pelo focinho de tenca, o que já tem um certo valor de diagnose, e n'alguns casos vê-se o orificio fistuloso. Este, com apparencia d'uma fenda, tem uma séde muito elevada, estando situado no fundo da vagina e lateralmente.

Com o auxilio do especulo ha a possibilidade de se fazer o catheterismo do topo superior do uretere e ás vezes do topo inferior, que costuma estar ordinariamente obliterado. É muito mais raro, mas pôde vêr-se, a urina sahir d'um modo intermittente, sob a fórma d'uma ejaculação; n'este caso o diagnostico da fistula está feito (De-roubaix).

6.^o *Exploração digital*—A exploração digital não serve de muito; serve até de muito pouco, podendo indicarnos unicamente que a fistula tem uma séde muito elevada e tambem que a urina não sahe pelo collo uterino.

7.^o *A febre* não é um symptoma das fistulas ureterovaginaes, é antes um indicio de complicações renaes; tem-se observado depois da obliteração directa das fistulas por meio da cauterisação, e quando ha um aperto do uretere e perto da fistula um fóco de infecção, dando origem a uma infecção ascendente dos canaes excretores do rim e do proprio rim. Não é muito frequente este symptoma porque o uretere defende-se da infecção, nos seus dous terços inferiores, por meio do seu esphincter e da ejaculação; a projecção intermittente do liquido limpa a superficie do uretere. No terço superior do uretere não

ha ejaculação, e d'ahi o maior perigo da infecção quando se opéra na parte superior d'este canal.

Juntamente com a febre, que pôde attingir 40°, observam-se dôres renaes muito vivas, um mal estar geral, nauseas, vomitos, etc. Todos estes symptomas cessam rapidamente desde que se restabeleça a sahida regular da urina pela fistula.

8.º Podemos agrupar n'este grupo uma série de perturbações geraes ou localizadas, communs a muitas fistulas genitales, mas sem nenhuma relação de afinidade entre si:

a) *Influencia das fistulas sobre a saude geral*—Os effeitos geraes das fistulas pôdem muitas vezes traduzir-se por um emmagrecimento mais ou menos pronunciado, acompanhado ou não de perturbações digestivas.

As causas principaes d'estas perturbações são devidas aos soffrimentos e incommodos que determinam a irritação da pelle circumvisinha da vulva, produzida pela urina, e o pezar que lhes provoca a sequestração mais ou menos absoluta a que estão condemnadas por causa da incontinencia.

A acção d'estas causas não tem a mesma intensidade em todas as doentes, podendo até ser nulla n'algumas; depende da impressionabilidade da doente e das suas disposições moraes. Não ha nada melhor para confirmar o que acabamos de dizer do que vêr o aspecto das doentes. Umhas apresentam todas as apparencias de soffrer d'uma lesão chronica, um estado de soffrimento, d'emmagrecimento e d'esgotamento extremos; emquanto que

n'outras a sua organização não parece ter sido abalada pelo novo modo d'existencia physico e social que lhes infligiu a sua enfermidade.

Esta segunda cathegoria de doentes, em vez de de-pauperarem, parecem pelo contrario conservar todas as apparencias d'uma excellente saude, tornando-se mesmo mais fortes do que antes da sua doença e chegando algumas a adquirir insensivelmente uma obesidade excessiva.

b) *Influencia das fistulas sobre o tubo digestivo*—É sabido que n'alguns casos a constipação acompanha as fistulas uro-genitales, mas n'outros casos não ha nenhuma perturbação nas vias digestivas. Quando a constipação existe pôde gerar mais algumas perturbações digestivas e por isso não será mau procurar as suas principaes causas, para de futuro se evitar. É um pouco difficil de interpretar a etiologia d'este symptoma; é assim que Jobert pensa que a constipação depende da contracção do esphincter anal determinada pela irritação que lhe causa o contacto da urina; Freund julga que ella pôde ser attribuida ao augmento da secreção renal; Deroubaix diz ter razões sufficientes para acreditar que ella é muitas vezes a consequencia da apprehensão que téem as doentes de se entregar ao acto da defecação, por causa das dôres que lhes produz a passagem das fezes sobre as superficies excoriadas ou ulceradas. (1)

Taes são as causas apontadas para explicar a constipação; é provavel que todas concorram alguma cousa.

(1) DEROUBAIX—*Traité des fistules uro-genitales*; 1870.

c) *Influencia das fistulas urinarias sobre as funcções genitales*—Parece estar provado que as fistulas urinarias exercem uma certa influencia sobre as funcções genitales, alterando a menstruação, favorecendo o aborto, etc.

Braun, de Vienna, pretende que estas desordens nas funcções genitales, sejam tão pronunciadas que dêem origem inevitavelmente á esterilidade, matando a urina todos os espermatozoides. Ha muito exaggero em considerar a esterilidade inevitavel e para desmentir Braun basta dizer-se que algumas doentes tiveram filhos depois de estarem doentes. Simon, Freund, etc., citaram um bom numero de casos em que a prenhez teve lugar varias vezes, apezar da presença da urina na vagina.

A menstruação póde ser completamente supprimida ou tornar-se irregular, pouco abundante e até dolorosa, como o notaram Deroubaix, Freund e Simon. Uma menstruação regular é uma excepção á regra. A concepção parece ser um pouco diminuida.

A prenhez póde seguir normalmente o seu curso e o parto ser normal, mas Kroner (de Breslau), diz que a prenhez termina muitas vezes pelo aborto. (1)

O parto, diz Kroner, se fôr complicado é isto devido mais ao tecido cicatricial do que á fistula.

N'algumas doentes é impossivel verificar estas alterações nas funcções genitales; é-o sempre que a fistula fôr consecutiva a uma pan-hysterectomia.

(1) *Annales de gynécologie*; 1883, t. II, pag. 234.

Diagnostic

As fistulas uretero-vaginaes são difficeis de diagnosticar, sendo ás vezes completamente impossivel fazer o diagnostico differencial entre estas fistulas e as fistulas vesico-vaginaes; assim ellas foram confundidas com estas ultimas durante muito tempo e até desconhecidas antes de 1860.

As fistulas que mais se pôdem confundir com estas são: 1.^o vesico-vaginaes; 2.^o vesico-uterinas; 3.^o uretero-uterinas e finalmente as urethro-vaginaes.

As que primeiro podemos pôr de parte são, sem duvida, as *fistulas urethro-vaginaes*. Estas fistulas são as que menos incommodam as doentes, por estarem situadas adiante do collo vesical e não darem por isso origem á incontinencia d'urina, senão durante a micção. As doentes pôdem passar algum tempo sem reconhecer a fistula e mesmo depois de a reconhecer não consultam o medico, a não ser que o orificio fistuloso seja largo e então a sahida da urina pela vulva dê origem a alguns accidentes. Ha fistulas urethro-vaginaes em que o orificio fistuloso está disposto de tal fórma que a urina sahe quasi toda pela urethra, pelo meato urethral. A simples inspecção pôde ser sufficiente para diagnosticar estas fistulas.

Nas *fistulas vesico-uterinas* sahe a urina pelo collo do utero, como se pôde vêr com o auxilio do especulo. Nas doentes portadoras d'esta doença, observa-se a sahida da urina pela vagina e vê-se que o septo vesico-vaginal está intacto. Se fizermos uma injeccão de liquidos córados na bexiga, vêmos estes sahir pelo focinho de tenca; em vista d'isto podemos pôr de parte as fistulas vesico-uterinas.

Nas *fistulas uretero-uterinas* a urina tambem sahe pelo collo uterino, como nas precedentes, mas se injectarmos um liquido córado na bexiga não ha refluxo, isto é, não sahe pelo focinho de tenca. Um meio de diagnosticar estas fistulas consiste em obturar o collo do utero com um tampão de pau, como o fez Freund; se a fistula fôr vesico-uterina não apparecem nenhuns symptomas, ao passo que se fôr uretero-uterina apparecem dôres lombares muito vivas, febre, nauseas e vomitos. Todos estes symptomas cessam logo que se retire o tampão. O diagnostico pôde ser muito difficil entre uma *fistula uretero-vaginal* e esta variedade de que nos occupamos agora.

Um meio curioso de reconhecer estas fistulas é o que Berard empregou: mandou urinar a doente e depois fel-a collocar sobre um vaso para recolher todo o liquido que sahisse pela vagina; no fim de duas horas sondou-a e comparou a quantidade d'urina retirada pelo catheterismo com a que tinha corrido espontaneamente para o vaso; sendo estas duas quantidades iguaes, concluiu elle que vinha cada qual do seu rim.

O catheterismo do uretere, segundo o processo de

Pawlik, poderia tambem permittir que a sonda chegasse ao collo uterino; mas o contrario nada prova, porque o uretere póde não ser facilmente permeavel, por estar apertado abaixo da perfuração.

Se a fistula uretero-uterl fôr complicada, se ella fôr uretero-vesico-uterina, a injectão de liquidos córados na bexiga não tem valor, porque estes liquidos sahem pelo collo-uterino.

São as *fistulas vesico-vaginaes* muito mais frequentes do que as uretero-vaginaes e devidas a uma destruição mais ou menos larga do septo vesico-vaginal. Estas fistulas são uma das causas das uretero-vaginaes, mas podem parecer-se com estas pela sua etiologia e symptomatologia; téem ainda intervenções cirurgicas iguaes para o seu tratamento. Ambas são produzidas muitas vezes por um parto dystocico, ambas dão origem á incontinnencia d'urina e ambas se podem curar espontaneamente, pela cauterisação e até pela colpokleisis ou occlusão vaginal.

Para melhor descrevermos o diagnostico convém mencionar os principaes symptommas d'estas fistulas, symptommas communs ás duas especies de fistulas vaginaes:

1.º *Incontinnencia d'urina*—É um symptoma importante das duas variedades de fistulas; mas é preciso saber que póde haver incontinnencia sem haver fistula vaginal ou ureteral. Póde ser devida a uma paralyisia do collo vesical e n'este caso o diagnostico faz-se pelas relações do phenomeno com uma doença anterior, com um estado geral concomitante e ainda pelo seu modo de appareição. Em

certos casos a incontinencia apparece depois dos partos, como as fistulas, devida talvez á compressão do collo vesical pelo feto; esta compressão produz um certo grau de torpor do collo vesical ou melhor do esphincter vesical. Tambem se tem observado a incontinencia em seguida a um catheterismo prolongado, consecutivo a uma operação, sendo n'estas circumstancias devida á falta d'acção das fibras musculares occasionada pela sua distensão prolongada. Para o erro ser mais facil a urina não é projectada a distancia e passa adiante do orificio vaginal, molhando-o e podendo mesmo penetrar dentro da vagina nos casos em que o orificio seja bastante largo e as pré-gas vaginaes muito flaccidas. Um pouco d'atención é o sufficiente para se fazer o diagnostico d'estas duas ultimas especies de incontinencia. Este symptoma não é proximamente igual nas fistulas ureteraes e vesicaes; emquanto que a incontinencia dos ureteres é continua ou intermittente e não varia com a attitude das doentes, a das fistulas vesico-vaginaes é continua ou então varia com a attitude das doentes. Além d'isso a urina que sahe pela fistula é proximamente igual á que sahe pela urethra, nas fistulas uretero-vaginaes.

2.º *Persistencia das micções*—É um dos melhores symptomas das fistulas uretero-vaginaes, mas tambem se pôde observar nas fistulas vesico-vaginaes. Pôde observar-se quando estas fistulas tiverem um orificio estreito ou guardado d'uma especie de valvula e um trajecto muito tortuoso e sinuoso. Ha ainda outras circumstancias que fa-

zem com que uma doente portadora de fistula vesicovaginal possa reter a urina durante horas: a) quando uma pequena fistula está situada na bexiga, adiante do collo uterino, a urina pôde ser ordinariamente retida durante um certo tempo, se a mulher estiver de pé; se ella estiver deitada a incontinençia não tem interrupção; b) nas fistulas vesicaes cujo orificio está situado perto da urethra, ao nivel do collo vesical, porque n'este caso a doente pôde reter durante bastante tempo a urina, se estiver deitada ou assentada, ao passo que a não pôde reter se estiver de pé e muito menos se andar. N'estas duas variedades de fistulas vesicaes, assim como nas de trajecto sinuoso e tortuoso, a necessidade e a faculdade d'urinar voluntariamente pôdem ser conservadas. Nas fistulas uretero-vaginaes ha sempre a persistencia das micções e a incontinençia não está sujeita a nenhuma interrupção, não podendo por isso mudar com os movimentos e attitudes das doentes. Já dissemos que nem todos admittem a cura espontanea das fistulas uretero-vaginaes, pensando os que negam a existencia das fistulas incompletas dos ureteres que se trata unicamente de fistulas vesicaes. Se são vesicaes téem a mesma symptomatologia que as ureteraes. Se houver uma fistula uretero-vaginal dupla, caso rarissimo, a bexiga fica vasia e não pôde haver a persistencia das micções. Este symptoma tem alguma coisa de particular: a quantidade d'urina retida que sahe pela urethra é proximamente igual á que sahe pela fistula.

3.º *Injecção d'um liquido córado na bexiga*—É um

dos meios a que se deve attender sempre na diagnose entre as fistulas vesicaes e as ureteraes, mas não póde ser por si só decisivo; sabemos que não ha refluxo do liquido pelo orificio fistuloso. Este meio de diagnostico, mesmo auxiliado pelos outros, póde induzir-nos em erro, como seja levar-nos á conclusão de que a doente tem uma fistula vesico-vaginal, quando ella tiver uma fistula uretero-vaginal ou vice-versa.

Basta para isso, no primeiro caso, que o orificio fistuloso do uretere esteja muito perto da terminação normal do uretere na bexiga; foi isto o que aconteceu a Duplay. No segundo caso estão, para alguns cirurgiões, as pequenas fistulas vesicaes de tracto estreito e sinuoso, que se curam espontaneamente e que alguns operadores consideram como sendo fistulas incompletas dos ureteres; mas não precisamos de recorrer a estes factos duvidosos de diagnostico, porque temos factos positivos. Em duas doentes de Ricard e n'uma de Tuffier, as injeccões de liquidos córados na bexiga não déram origem á sahida de nenhum liquido pela vagina, apesar de se tratar de sinuosas e pequenas fistulas vesico-vaginaes.

4.º *Exploração por meio d'um estylete*—Nas fistulas vesico-vaginaes o estylete move-se n'uma cavidade e encontra a sonda vesical introduzida pela urethra; já vimos que é o contrario que se dá nas fistulas uretero-vaginaes. Este meio de diagnostico não é mais seguro do que o antecedente; os dois levaram Duplay a um erro de diagnostico. Duplay tratou, em virtude d'isto, a doente como

se ella tivesse uma fistula vesico-vaginal, empregando a sonda permanente e cauterisações do orificio fistuloso. A cauterisação não obliterou o uretere, porque ao fim do segundo dia já a urina corria pela vagina.

Pela autopsia d'esta doente se viu que o diagnostico estava errado, sendo a fistula uretero-vaginal e não vesico-vaginal. Tambem se notou que o orificio fistuloso do uretere estava situado muito perto do meato ureteral. (1)

Em determinadas circumstancias o orificio vesical pôde ser tão pequeno que a introducção do estylete seja sufficiente para o tapar, e n'estas circumstancias não se pôde vêr sahir a urina. A interposição d'uma pequena membrana, d'uma especie de valvula, pôde obstar a que o estylete encontre a sonda vesical e induzir-nos em erro.

5.º Ainda ha outros meios, mas menos importantes, para o diagnostico das fistulas uretero-vaginaes. Um d'elles é o indicado por G. Simon: cauterisa-se o orificio fistuloso com nitrato de prata, de modo a tapal-o momentaneamente; se a fistula fôr ureteral apparecerão os symptomas seguintes: dôres lombares muito vivas, febre, nauseas, vomitos e um mal-estar geral. Nas fistulas vesicaes não apparecem estes symptomas. Este meio de diagnostico é muito parecido com o que Freund empregou nas fistulas uretero-uterinas.

Um outro meio de diagnostico consiste no seguinte:

(1) *Ann. gyn.*, 1880, t. 1, pag. 389.

tapar o meato urethral e pedir á doente que faça esforços de micção.

Nas fistulas vesico-vaginaes vê-se a urina sahir pelo orificio fistuloso em maior quantidade, mas este processo só convém ás fistulas vesicaes de orificio muitissimo pequeno.

Nas fistulas uretero-vaginaes não ha influencia sobre a quantidade d'urina que sahe pelo orificio fistuloso, porque a urina não pôde passar da bexiga para os ureteres. A este proposito dizem Guyon e Denis Courtade, quando admittem a possibilidade da passagem de liquidos injectados na bexiga para os ureteres: não é provavel que se dê o mesmo na retenção d'urina, quando a bexiga se contrahe espontaneamente sobre o seu conteúdo, qualquer que seja a sua quantidade.

Tanto nas fistulas vesicaes como nas ureteraes é util o toque vaginal e o emprego do especulo, para se vêr a fistula e o estado das partes lesadas. Tillaux (1) dá a entender que é facil o diagnostico entre as fistulas vesico-vaginaes e as ureteraes, dizendo: «Si vous conservez des doutes sur son existence (refere-se n'isto ás fistulas vesicaes), introduisez dans la vessie une sonde de femmes et faites une injection de lait. Toutes les hesitations sont levées par la penetration du liquide dans le vagin.»

As cousas nem sempre são tão faceis e a prova d'isto está nas duas observações de Ricard, na de Tuffier e na

(1) *Traité de chirurgie clinique*; 1894, t. II, pag. 380.

de Duplay. Todas estas observações já foram mencionadas no decorrer d'este trabalho.

Pozzi diz, no seu *Tratado de gynecologia*, que em presença d'uma fistula, o cirurgião deverá suspeitar que ella é uretero-vaginal nas seguintes condições: quando o orificio estiver situado a 1 ou 2^{cm} do collo uterino e ao lado da vagina, o mais perto possível das partes lateraes do triangulo de Pawlik-e ainda quando ella tiver sido objecto de numerosas tentativas operatorias e todas sem resultado.

Pozzi viu uma doente atacada de fistula uretero-vaginal em quem já se tinham feito onze operações e sem nenhuma d'ellas dar resultado.

«Emfim, dizem Duplay e Reclus (1), a obliteração temporaria da fistula diminuindo a quantidade d'urina evacuada, o proprio exame das quantidades excretadas pelo tracto fistuloso e pela urethra, mostrando esta quantidade quasi igual» e ainda a diminuição da urêa n'uma urina clara e limpida são elementos importantes de diagnostico.

Duplay e Reclus dizem que o diagnostico deve ser completado pelo catheterismo dos ureteres.

Dissemos que Landau considerava as fistulas uretero-vaginaes, sem complicação, excepçionaes; tambem é esta a opinião de Pozzi.

Quasi sempre, dizem elles, são *fistulas vesico-uretero-*

(1) DUPLAY ET RECLUS—*Traité de chirurgie*.

vaginaes. Estas são quasi sempre uma complicação das fistulas vesico-vaginaes, mas n'alguns casos são formadas as fistulas vesico-uretero-vaginaes artificiaes pelos operadores, com o fim de curar uma fistula uretero-vaginal simples. Não são mais do que uma fistula vesico-vaginal em que se abre o uretere. É preciso um exame minucioso da doente para diagnosticar estas fistulas, que ás vezes só se revelam pelo mau resultado operatorio obtido nas fistulas vesico-vaginaes. Devem ser muito excepçoes os casos em que se possa separar, *de visu*, a urina proveniente do uretere (mais clara, limpida e menos densa) da proveniente d'origem vesical, mais turva e mais densa.

Só cirurgiões experimentados pódem fazer o catheterismo do uretere e assim notar a existencia das *duas fistulas*. A urina do uretere sahe pelo pavilhão da sonda ureteral, ao passo que a injeccção de liquidos córados na bexiga e os esforços da micção (depois de tapado o orificio urethral) põem em evidencia a fistula vesical.

Apezar de tudo isto o diagnostico das fistulas vesico-uretero-vaginaes deve ser difficil, porque sendo difficil o diagnostico entre as fistulas uretero-vaginaes e vesico-vaginaes simples, o que succederá quando ella fôr vesico-uretero-vaginal?

Não responderemos a esta pergunta, porque já o fizeram Duplay e Reclus: «Então, dizem elles, o diagnostico é (na maioria dos casos) impossivel.»

Tratamento

As fistulas ureteraes são sempre difficeis de curar, como o são todas as fistulas situadas no trajecto d'um canal excretor (Duplay). As difficuldades ainda se tornam maiores nas fistulas de que nos occupamos, porque ellas estão situadas na pequena bacia e além d'isso, diz Landau, é raro que ellas não sejam complicadas d'uma destruição mais ou menos completa da parte inferior do uretere. É por isso que nós não nos devemos admirar de encontrar os livros de pathologistas, como Follin, Duplay e Reclus, Poulet, etc., tão sobrios na descripção d'estas fistulas.

Tillaux menciona-as, sem as descrever, nas suas lições de clinica cirurgica. A conducta dos cirurgiões tem variado com os casos que se lhes apresentam e cada operador tem seguido ou modificado um processo qualquer, publicando-o em seguida nas revistas periodicas de medicina com uma série de reflexões de que é difficil tirar regras geraes, capazes de constituir um manual operatorio. É devido a isto que os processos operatorios empregados até hoje na cura das fistulas uretero-vaginaes são em grande numero, apesar d'estas ainda não serem

coñhecidas ha meio seculo! Somos ricos em processos operatorios, não ha duvida; mas somos bastante pobres no meio de tanta riqueza para debellar esta enfermidade!

Mas antes de nos embrenharmos nos processos operatorios, antes d'irmos mais longe, precisamos saber se estas fistulas se não poderão curar sem nenhum auxilio, espontaneamente. A cura espontanea das fistulas uretero-vaginaes tem sido admittida por uns e negada por outros; se se admittir a existencia de fistulas ureteraes incompletas pôde muito bem admittir-se a cura espontanea d'estas fistulas.

Já vimos no capitulo—*anatomia pathologica*—as razões que levaram alguns operadores a negar a existencia d'estas fistulas incompletas dos ureteres e a suppôr que se tratava de fistulas vesicaes de tracto sinuoso e tortuoso. A maior parte admittem-nas e por isso nós vamos citar um exemplo curiosissimo de Lavisé. Uma mulher de 30 annos, depois d'uma hysterectomia, notou que uma parte das suas urinas escorria pela vagina, cerca de 500 a 600 gr., segundo a avaliação de Lavisé. Pelo exame d'esta doente, repetido varias vezes, viu Lavisé apparecer um filete d'urina no fundo da vagina, no angulo esquerdo d'uma cicatriz delgada e flexivel; a fistula abre-se no canal vaginal no fundo d'uma especie de funil formado pela mucosa. Esta disposição da fistula fez com que Lavisé pensasse em fechal-a depois do conveniente avivamento.

Marcou-se o dia para a operação e no dia d'esta,

quando um discipulo do operador citado procedia a uma desinfecção rigorosa da vagina, rompeu a cicatriz de tal forma que o baixo-fundo da bexiga veio fazer hernia na vagina, sob a forma d'uma massa esbranquiçada e quasi translucida. Em vista d'isto adiou-se a operação para mais tarde e metteu-se-lhe unicamente um tampão de gaze iodoformada. A urina, naturalmente, continuava a escorrer enquanto que se fazia uma cicatrização regular. Desde que esta estivesse formada e desde que a disposição da fistula fosse a mesma, Lavisé tencionava executar o plano primitivamente decidido. Na manhã do dia em que se devia fazer novamente a operação, a doente declarou que não sahia urina pela vagina desde a vespera, enquanto que pelo canal da urethra emitia muito mais do que até alli. Este estado conservou-se assim, felizmente para a doente, durante um mez d'observação e a doente sahiu curada espontaneamente do hospital. Lavisé não pôde encontrar nenhuma hypothese plausivel para explicar a cura d'esta doente (1).

M. D...., mulher de 40 annos, entrou no hospital Beaujon a 16 de maio de 1893. Esta doente tinha sido operada em 17 de novembro de 1892, tendo-se-lhe feito uma hysterectomia vaginal por causa d'um fibroma. No fim de 5 dias depois da hysterectomia havia todos os signaes d'uma communição das vias urinarias com a vagina.

(1) *Annales de la Société belge de chirurgie*; 1894; n.º 6, lugar citado.

Sahiam 600 gr. d'urina pela vagina e havia a persistencia das micções, fazendo isto pensar a Tuffier n'uma fistula uretero-vaginal. Examinando a doente, viu-se no fundo e á direita da vagina, no meio d'um tecido cicatricial irregular, uma superficie d'onde sahia a urina d'um modo intermittente. Esta doente curou-se n'um periodo de tempo de 9 mezes approximadamente. Foi a pedido de Tuffier que esta doente entrou pela segunda vez no hospital, mas já completamente curada.

Gallet tambem observou uma cura espontanea de fistulas uretero-vaginaes.

Emfim, Hochstetter verificou uma cura espontanea no fim de 33 dias e accrescentou que conhecia um caso de Schatz e tres de Zweifel.

Todas estas curas espontaneas devem ser devidas a fistulas incompletas ou lateraes das ureteres, fistulas em que ha a persistencia d'uma ligação dos dois topos uretericos.

É ainda a esta disposição anatomica que nós devemos a cura das fistulas uretero-vaginaes pelo processo d'Alquié.

Dissemos no capitulo—*etiologia*—que as fistulas congenitas eram mais facéis de curar do que as adquiridas. Antes de nos explicarmos devemos dar um exemplo d'estas fistulas; seja este o de Davenport: este cirurgião operou uma doente de 29 annos que tinha incontinencia desde a sua infancia. Esta incontinencia era devida a uma anomalia do uretere que vinha, pelo septo vesico-vaginal, abrir-se muito perto do meato urethral. Fez-se a implantação do uretere na bexiga com um resultado esplendido.

N'estas fistulas deve seguir-se de preferencia a via vaginal, porque a autoplastia vaginal dá aqui melhores resultados do que nas fistulas adquiridas. A anatomia pathologica explica-nos esta differença nos resultados therapeuticos: nas fistulas congenitas os tecidos estão normaes e só ha a anomalia na terminação dos ureteres, ao passo que nas fistulas adquiridas os tecidos não estão normaes, pois ha uma perda de substancia no meio d'um tecido cicatricial, que não é dos melhores para fazer operações autoplasticas.

Vamos agora entrar no tratamento das fistulas adquiridas, as que mais nos interessam, começando por tentar fazer a historia dos diversos processos empregados até aos nossos dias.

Para haver alguma ordem temos de agrupal-os ou classiffical-os.

Pozzi agrupa todos os methodos de tratamento em dous grandes grupos:

- 1.º Processos directos ou obliteração directa.
- 2.º Processos indirectos ou obliteração indirecta.

Cada um d'elles comprehende um certo numero d'operações, como se vê no seguinte quadro:

I) *Obliteração directa*

- 1.º Operações plasticas com o fim de desviar a urina da vagina para a bexiga.

2.º Diversas variedades d'implantação dos ureteres:

- a) Terminação intestinal.
- b) Terminação cutanea.
- c) Terminação vesical.

II) *Obliteração indirecta*

- 1.º Colpocleisis.
- 2.º Nephrectomia.
- 3.º Ligadura do uretere.

Esta classificação de Pozzi foi adoptada por Tuffier e Levi, no seu livro *Estudo das fistulas uretero-vaginaes*, mas não é adoptada por todos os que se téem dedicado ao estudo d'estas fistulas.

Baigue fez uma classificação differente d'esta e que elle justifica da seguinte fôrma: «As intervenções susceptiveis de curar as fistulas uretero-vaginaes agrupam-se naturalmente do modo seguinte»:

- 1.º Nephrectomia;
- 2.º Operações feitas pela via vaginal;
- 3.º Anastomose do uretere com o intestino;
- 4.º Uretero-cysto-neostomia por via abdominal.

Nós julgamos que a classificação mais natural, que melhor se presta para fazer uma descripção, é a de Pozzi, que se resume em obliteração directa e indirecta dos ureteres. Poder-nos-hão dizer que estes dois grupos de Pozzi englobam operações muito variadas; mas não estão no mesmo caso as operações feitas pela via vaginal da

classificação de Baigue? Este auctor comprehende no segundo grupo da sua classificação as operações de Landau, Schede, etc., e a colpocleisis.

Baigue tambem podia fundir o 3.^o e 4.^o grupos da sua classificação do modo seguinte: Anastomose do uretere com o intestino ou com a bexiga. Bem sabemos que esta maneira de vêr não convinha de modo algum a Baigue, porque elle só tinha em vista pôr em relevo o processo de Bazy, a uretero-cystoneostomia.

A classificação de Pozzi parece-nos mais adequada para a nossa exposição e é por isso que tentaremos segui-la de perto. Além d'isso o facto d'ella ter sido adoptada por Tuffier, que se tem dedicado muito ao estudo d'estas fistulas, mais nos convenceu de que deviamos tambem adoptal-a.

É o que vamos fazer.

I) PROCESSOS DIRECTOS

1.^o *Processo d'Alquié ou da cauterisação do orificio fistuloso*—O processo que primeiro se empregou para o tratamento d'estas fistulas foi a cauterisação pelo nitrato de prata. Foi Alquié quem o empregou pela primeira vez em 1856.

A cauterisação da fistula fez diminuir a incontinençia da urina, mas deu origem a symptomas geraes, mais graves e mais inquietadores do que os devidos á enfer-

midade da fistula, como foram febre, nauseas, vomitos e dôres lombares muito vivas. Todos estes symptoms desapareceram quando a urina começou a sahir em maior quantidade pela fistula.

Com o fim de remediar a estes accidentes ainda Alquié se lembrou d'outros processos de cura, que não empregou, mas que descreveu assim: «É provavel, diz elle, que o uso d'uma sonda introduzida e sustentada no uretere, de modo que a sua extremidade superior se elevasse até acima da perfuração, auxiliado pela cauterisação do orificio fistuloso com nitrato de prata, fosse capaz de dar um resultado favoravel. Mas a introdução d'uma sonda atravez do collo da bexiga e do orificio vesical do uretere é muito incerta em virtude da profundidade do orificio vesical do uretere e da disposição da préga valvular que o recobre em parte, dirigida em sentido contrario á impulsão dada á sonda».

Era preciso saber se o uretere supportaria uma sonda permanente, um corpo estranho em summa, quando um simples calculo detido n'este canal determina accidentes tão dolorosos. Alquié julgou que a autoplastia era d'uma realisação incerta.

Mais tarde veremos como as ideias theoricas d'Alquié foram aproveitadas por outros cirurgiões, que fizeram d'ellas verdadeiros meios de cura das fistulas uretero-vaginaes, razão porque nós insistimos n'ellas aqui.

Outros cirurgiões se serviram da cauterisação, sendo os principaes: Duplay, Gallet, Tuffier, Laugier, etc.

Duplay ainda foi mais infeliz na cauterisação do orificio fistuloso, porque a primeira consequencia do seu tratamento foi um engrandecimento consideravel da fistula uretero-vaginal. Este resultado levou Duplay a tentar a obturação directa da fistula por meio d'alguns pontos de sutura metallica, mas a doente nada lucrou com esta segunda intervenção e morreu passados alguns dias.

O que Duplay, Laugier, etc., não conseguiram, conseguiram-n'o Gallet e Tuffier ha poucos annos.

Em 1893 curou Tuffier uma fistula uretero-vaginal, empregando a cauterisação. Este operador empregou o nitrato de prata a principio e mais tarde o chloreto de zinco; no fim de sete dias a doente estava curada, já não perdia urina pela vagina, mas Tuffier só a examinou passados vinte dias e não encontrou nenhum vestigio do orificio fistuloso. A bexiga funcionava bem, o volume da urina era normal e não havia nada d'anormal do lado do rim. O exame d'esta doente podia ter sido feito no fim do setimo dia, mas corria-se o risco de tornar a abrir a fistula.

No mesmo anno (1893) curou Gallet uma fistula uretero-vaginal, tocando o orificio fistuloso com um tampão embebido n'uma solução forte d'acido sulfurico; a doente curou-se em pouco tempo.

Conclusões: 1.^a, a cauterisação não deve ser abandonada; 2.^a, julgamos conveniente, quando as doentes se curem por este processo, fazer-lhe o exame só passados alguns dias.

Apezar de serem em maior numero os insuccessos operatorios não se pôde concluir quasi nada d'este processo e pelo seguinte: Seriam todos os casos de fistulas identicos? Não seriam devidos a secções completas dos ureteres, aquelles casos em que se não pôde obter a cura?

O proprio Tuffier diz no fim da sua observação que talvez só uma parte da circumferencia do uretere estivesse lesada, que talvez a secção fosse longitudinal ou obliqua e por isso mais facil de curar, com tendencia para a aproximação dos bordos e até para a cura espontanea.

2.^o *Processo de Simon*—Este operador observou tres casos de fistulas uretero-vaginaes, sendo dous consecutivos a partos laboriosos e o outro a uma ovariectomia, e creou um processo de cura que ainda hoje conserva o seu nome. Vejamos em que consiste este processo, quaes são as suas vantagens e os seus inconvenientes:

1.^o Forma-se uma fistula vesical (se ella não existir) de modo a transformar a fistula ureteral em vesico-ureterovaginal, comprehendendo esta o orificio fistuloso do uretere.

2.^o Faz-se o catheterismo do uretere atravez do orificio vesical formado e em seguida desbrida-se o uretere, cortando-se na mesma extensão a parede vesical situada adiante do trajecto intra-parietal d'este canal, na extensão d'um a um e meio centimetro, isto é, em todo o seu trajecto intra-vesical.

3.^o É preciso conservar afastados os bordos da incisão

feita por meio da introdução diaria d'uma sonda ou d'um estylete, para impedir a sua agglutinação e fazel-os assim cicatrisar isoladamente.

4.º Depois d'esta cicatrisação o operador tem de curar a fistula vesico vaginal artificial pelos meios ordinarios.

Esta fistula vesical está agora mais afastada da terminação dos ureteres do que no momento em que foi praticada.

Tal é em resumo o manual operatorio do processo de Simon; da leitura d'elle se deduz que elle exige as condições seguintes:

- a) Possibilidade de fender o uretere, na bexiga, acima da fistula uretero-vaginal;
- b) Que o catheterismo do uretere seja possivel além da fistula;
- c) Que a fistula esteja situada no trajecto intra-vesical do uretere.

Depois d'expostas as condições necessarias para se fazer a operação de Simon, devemos tambem expôr os seus inconvenientes ou as circumstancias em que ella se não pôde praticar. Ha casos e são talvez os mais frequentes, em que a parte do uretere lesada não está situada na porção intra-parietal d'este canal e n'estas condições já se não pôde fazer uma fistula vesico-vaginal pegada ao orificio fistuloso do uretere. Em muitas fistulas é impossivel fazer-se o catheterismo dos ureteres, como o notaram Tuffier, Gallet e Bazy; em duas obser-

vações d'este operador a sonda não penetrava mais d'um centimetro pelo orificio vaginal. Esta operação está indicada nos casos, provavelmente raros, em que a fistula esteja situada na porção intra-vesical do uretere e o catheterismo ascendente possa ser feito; mas como fazer um diagnostico firme e seguro d'estas fistulas intra-parietaes?

A proposito d'este processo diz Baigue: «Convém nos casos em que haja uma fistula vesico-vaginal, tendo interessado a porção intra-vesical do uretere, vindo portanto este canal abrir-se na perda de substancia e tornando a lesão incuravel por avivamento e sutura simples.»

3.^o *Processo de Landau*—A etiologia da fistula uretero-vaginal em que Landau empregou o seu processo é curiosa e por isso vamos mencional-a. Uma mulher portadora d'um prolapso uterino foi tratada por meio da introduccão d'um pessario na vagina; doente e medico esqueceram-se do pessario e muito tempo depois a doente queixou-se d'incontinencia d'urina. Examinada por Landau, este operador viu o pessario e diagnosticou a fistula uretero-vaginal.

Landau diz que todos os processos operatorios empregados não tem dado resultado por serem irracionaes, por não attenderem ás indicações capitaes seguintes:

- a) Evitar a compressão do uretere;
- b) Permittir o escoamento continuo da urina;
- c) Nunca se devem, no avivamento, ultrapassar os limites superiores da fistula.

Esta ultima indicação tem em vista o evitar-se qualquer lesão peritoneal, quando a fistula fôr sub-peritoneal.

O processo de Landau consiste no seguinte:

1.^o Nos casos em que os dous topos forem permeáveis e permittam o catheterismo não é preciso fazer uma fistula vesico-uretero-vaginal; basta fazer uma fenda vesico-vaginal por meio da excisão d'um retalho ovalar. Nos casos em que o topo inferior do uretere estiver obliterado é preciso fazer uma fistula vesico-uretero-vaginal, sendo ainda preciso fender longitudinalmente todo o topo vesical e a sutura transversal d'elle, depois da introdução da sonda. (1)

2.^o Procede-se ao catheterismo dos ureteres. Faz-se em primeiro lugar o catheterismo do topo inferior do uretere, retirando-se em seguida a extremidade da sonda pela urethra depois de a ter agarrado dentro da bexiga por meio d'uma pinça. Procede-se seguidamente ao catheterismo do topo renal do uretere, atravez da urethra, com a extremidade da sonda opposta á que sahiu.

3.^o Faz-se o avivamento dos bordos do orificio fistuloso do uretere e a sutura d'elles. Deixa-se a sonda dentro do uretere e só se retira mais tarde pela urethra, o que é extremamente facil. A sonda tem por fim restabelecer a continuidade do canal ureteral e impedir que os pontos de sutura apanhem a parede ureteral opposta.

Pela simples descripção d'este processo se vê que

(1) LANDAU.—*Revue de medecine*, 1877, pag. 175.

elle é bastante trabalhoso, pouco commodo para o operador e para a doente, visto que convém que a doente esteja na posição genu-peitoral.

Como no processo de Simon não se liga nenhuma importancia ao aperto do uretere e suppõe-se mesmo que elle não existe, porque o catheterismo constitue um dos tempos da operação.

Este processo foi seguido tres vezes por Bandl. Trelat, citado por Tuffier, tambem seguiu um processo analogo.

5.º *Processo de Pozzi ou do desdobraimento*—Este processo foi empregado por Pozzi n'uma doente atacada de fistula vesico-uretero-vaginal e que já tinha sido operada, sem resultado, onze vezes. Todos pensavam que a fistula era só vesical, mas este operador diagnosticou a fistula ureteral pela introducção da sonda de Pawlik no uretere; o orificio ureteral era pequeno e sómente se podia introduzir n'elle, além da sonda de Pawlik, um hysterometro.

N'este processo colloca-se a doente na posição genu-peitoral e opera-se do modo seguinte:

1.º Uma incisão transversal ao nivel da fistula, excedendo-a perto de um centimetro de cada lado, seguida d'uma incisão vertical em cada extremidade, de modo a formar uma especie de H.

2.º Dissecam-se os bordos da incisão transversal até se obterem dois pequenos retalhos pelo desdobraimento do septo, e desde que estes se levantem nota-se no centro da superficie sangrenta o pequeno orificio da fistula.

3.º Faz-se a sutura de dois retalhos transversaes adian-

te do orificio fistuloso. Depois d'esta sutura, que Pozzi fez com fios de prata, e pelo encostamento da face profunda dos retalhos, forma-se no sitio em que estava a fistula uma pequena crista saliente. Os pontos tiram-se ao 8.º dia. Este processo tem a vantagem de obrigar o uretere a terminar na bexiga, sem o receio de o comprehender na sutura. É uma imitação dos processos analogos que se empregam no tratamento das fistulas vesico-vaginaes.

No processo de Pozzi a doente é curada completamente da sua fistula, mas não do aperto ureteral; quando este exista fica com elle e sujeita a todas as suas consequencias.

Hergott de Nancy empregou em 1888 um processo que se aproxima do de Pozzi. Não o descrevemos, para não augmentar a lista das observações.

Todos os processos que temos mencionado são, como diz Fenger, muitas vezes difficeis de fazer na prática; muitas vezes somos obrigados a fazer ensaios repetidos da oclusão da fistula e em alguns casos a inflammação dos ureteres e até do proprio rim tem sido a consequencia. Apesar d'isto estas operações são, em geral, menos perigosas do que algumas de que nos vamos occupar.

Foram os pequenos resultados operatorios obtidos pelos processos anteriores que obrigaram os operadores a seguir outro caminho, a recorrer a diversas anastomoses anormaes dos ureteres e ainda á anastomose dos dous

topos uretericos. São estas que vamos descrever agora, principiando pela anastomose do uretere com o intestino:

1.^o *Terminação do uretere no intestino*—Muitos cirurgiões se tem dedicado a este modo de tratamento, fazendo grande numero d'experiencias em cães e coelhos. Esta operação já tem sido praticada diversas vezes na especie humana.

«Esta terminação dos ureteres não tem nada d'irracional, diz Chaput ⁽¹⁾; sabe-se que nas aves durante toda a vida, a urina cahe na cloaca que recebe ao mesmo tempo as materias fecaes...»

Esta operação não se tem empregado unicamente no tratamento das fistulas ureteraes; tem-se empregado tambem no tratamento de certas e determinadas doenças vesicaes (cancro, extrophia, etc.)

Podemos acrescentar que as primeiras tentativas d'este processo foram empregadas em casos de lesões vesicaes. Já em 1851 se fez esta operação n'um doente que tinha extrophia vesical e tornou a ser feita em 1879 por Thomaz Smith. Este operador fez a terminação dos dois ureteres nos colons correspondentes, com alguns dias de intervallo, n'uma creança de sete annos. Esta morreu poucos dias depois da sua intervenção.

Desde 1879 até 1881 ninguem se occupou d'este assumpto; mas n'este ultimo anno Zeller e Gluck, n'uma

(1) *Arch. gen. de medecine*; 1894, t. 1, pag. 5.

série de experiencias em cães, fizeram a terminação dos ureteres no recto.

Não foram felizes nos seus resultados, porque os cães morreram-lhe todos, podendo conseguir unicamente que um vivesse 4 dias. Cabe-lhes a honra, porém, de serem os iniciadores da terminação dos ureteres no recto.

Era mais feliz Bardenheur, que fazia experiencias na mesma occasião, mas contentava-se com a transplantação d'um unico uretere. Ainda assim se os cães não morriam formava-se um aperto ao nivel da terminação do uretere e uma hydronephrose consecutiva.

Seguem-se as experiencias de Novaro, Tuffier, Tizzoni e Pozzi, etc:

Novaro fez experiencias em tres cães e dois d'elles morreram no 3.º dia depois da operação.

As experiencias de Tuffier foram iguaes em tudo ás de Zeller.

Tizzoni e Pozzi fizeram o isolamento d'uma ansa intestinal, depois a ablação da bexiga e a terminação dos ureteres na ansa isolada, terminando a operação pela sutura d'esta ansa ao collo da bexiga.

Estas experiencias não são bem identicas ás anteriores, porque as condições são differentes: 1.º, o rim não está tão ameaçado de infecção, porque na ansa isolada não ha o foco de infecção, o conteúdo intestinal; 2.º, a eliminação faz-se pela urethra e não pelo intestino grosso.

Harvey Reed concluiu das suas experiencias que a implantação uni-lateral d'um uretere no intestino grosso

é benigna facil e praticavel; a implantação bi-lateral é bastante perigosa.

Reed fez seis implantações bilateraes e todos os animaes morreram. A presença da urina no recto não o deve irritar muito e o esphincter do anus é assaz forte para fazer do recto um reservatorio urinario, mas todo o perigo vem da tendencia que ha para a constricção ao nivel da implantação e ainda da grande facilidade da infecção do uretere e do rim pelòs microbios intestinaes.

No mesmo anno fez Morestein 24 experiencias em cães (1). A primeira operação que Morestein lhes fazia era a abertura da larynge e a extirpação das cordas vo-caes d'este orgão, com o fim de os tornar aphonos. Esta operação preliminar em nada alterava os resultados das experiencias, porque elles curavam-se muito bem d'ella.

Em dez cães fez a implantação bi-lateral dos ureteres no recto, depois d'um pouco d'asepsia d'este canal; obteve o mesmo resultado que Hervey Reed tinha obtido. Nos 14 restantes fez unicamente a ligação d'um uretere com o recto.

Das suas experiencias pôde concluir-se o seguinte: 1.º, a implantação do uretere no recto é uma operação perigosa; 2.º, a implantação bi-lateral deve ser sempre regeitada; 3.º, esta operação deve ser mais facil de fazer no homem, não só pelo seu uretere ser mais volumoso, mas tambem por se poder submitter a um regimen mais se-

(1) *Ann. des mal. des org. gen. urin.*; 1893, pag. 223.

vero, sob o ponto de vista antiseptico; 4.^o, deve-se fazer sempre a implantação do uretere com o seu meato, senão fica a porta aberta para a infecção (Tuffier). Ora, é precisamente este o facto capital, porque desde que haja infecção é facil explicar-se a nephrite ascendente. Tambem se deve temer, além d'esta infecção, a obliteração do uretere por causa dos accidentes a que póde dar lugar.

Em seguida a estas experiencias publicou Tuffier uma série d'experiencias, accompanhadas por uma série de reflexões engenhosas em que elle mostrava como o uretere se defende contra a infecção.

Já nos referimos a isto e agora só diremos que elle fazia entrar n'esta defeza o esphincter ureteral, mas na doente de Chaput o uretere estava dilatado, não havia tambem ejaculação e a doente curou-se sem haver a menor infecção.

Quasi sempre os fracos resultados obtidos pelos operadores são devidos, quer a suturas intestinaes insufficientes e o animal em experiencia morre de peritonite, quer ao ser o rim ameaçado por hydronephrose (se o orificio ureteral fôr impermeavel) ou então pela pyelonephrite septica (se o orificio ureteral fôr permeavel).

Estas conclusões de Tuffier não são applicaveis a todos os casos, como os de Novaro, Reed, etc., embora sejam verdadeiras em these geral. Chaput attribue a causa dos insuccessos operatorios, nas experiencias feitas, a factores inteiramente differentes dos de Tuffier: Em pri-

meiro lugar a rigidez das paredes intestinaes, no cão, é capaz de occasionar a secção dos tecidos do uretere quando se apertem bem as suturas; porque esta rigidez exige que as suturas sejam muito apertadas e n'estas circumstancias o uretere, delgado e pequeno, fica comprimido e estrangulado. A compressão do uretere não é devida sómente ás suturas, é tambem devida á formação de tecido cicatricial. A grande virulencia do conteúdo intestinal do cão tambem deve concorrer para diminuir os resultados da operação, porque se elle não morre de peritonite ou de hydro-nephrose, fica exposto á pyelo-nephrite septica.

D'aqui se conclue que os cães não são os melhores animaes para fazer estas experiencias; seria preferivel lançar mão d'animaes mais volumosos (diz Chaput), mas o preço elevado d'estes arrasta consigo difficuldades práticas e economicas.

Passando das experiencias á clinica, ao que mais nos interessa, vêmos que esta operação foi feita em 1882 por Simon, mas não deu resultado. Em 1891 tambem Kuster a fez, morrendo o doente de peritonite cinco dias depois da operação.

Chaput fez a implantação uni-lateral do uretere no S iliaco a uma doente portadora d'uma fistula ureterovaginal; a doente curou-se. A observação de Chaput é muito grande e por isso nós não indicaremos o manual operatorio, terminando por transcrever integralmente o fim da observação:

«Les suites de l'operation furent apyretiques et la malade guérit sans complication. L'écoulement d'urine par la vulve cessa aussitôt et s'établit par le rectum sans qu'il en resultât le moindre ennui pour la malade; elle en est quitte pour evacuer trois ou quatre fois par jour des sels de consistance liquide composées d'urine mélangée aux matières fecales, actuelement la santé est parfaite.»

N'uma segunda doente fez Chaput tambem a implantação do uretere esquerdo no S iliaco, curando-se a doente bem d'esta operação; no fim de tres mezes elle fez terminar o outro uretere no intestino e a doente morreu no proprio dia da operação, com anuria e sem febre. Emquanto que a primeira doente tinha só 3 a 4 dejeções por dia, esta teve sempre, depois da primeira operação, um numero d'ellas comprehendido entre 4 e 8. Esta ultima doente tinha contra si a existencia d'uma ureterite e d'uma pyelo-nephryte.

As conclusões que Chaput tirou d'estas duas observações foram as seguintes: 1.º, esta operação é um recurso valioso nos casos em que se não possam applicar outras intervenções, estando por isso indicada nos casos de fistulas uretero-vaginaes, ablação total da bexiga, etc.; 2.º, não é uma operação a que esteja necessariamente ligada a infecção, a pyelo-nephrite, ou o aperto do uretere, a hydronephrose; 3.º, a passagem da urina do uretere para o intestino não irrita a mucosa, nem perturba a digestão, tornando unicamente as dejeções mais frequentes, mas não são em maior numero do que as micções.

Apezar d'estas vantagens e d'outras que temos de mencionar, Bazy foi encarregado pela Academia de Pariz de estudar a primeira observação de Chaput e fez-lhe muitas objecções.

Bazy diz que o processo mais physiologico é a terminação do uretere na bexiga por um dos processos mencionados mais adiante.

Para não repetirmos as vantagens do processo indicado por Bazy, não as indicaremos aqui, dizendo desde já que elle julga indicado o processo de Chaput nas fistulas ureteraes situadas perto do rim.

As principaes objecções feitas por Bazy ao processo de Chaput, são: 1.º, supprime-se um escoamento involuntario e constante d'urina pela vagina, mas esta enfermidade é substituida por outra, pela necessidade de ter 3, 4 e 8 dejecções por dia; 2.º, o perigo da infecção é sempre para temer, embora não exista sempre; 3.º, a abertura estreita do uretere no intestino produz a estagnação da urina e favorece a infecção; 4.º, o processo mais physiologico é a terminação do uretere na bexiga. É claro que estas objecções de Bazy não deixaram de ter resposta da parte de Chaput. Este operador mostrou que o modo de vêr de Bazy não era tão racional, tão physiologico como elle pensava: 1.º, porque nas aves e ainda em parte do periodo embryonario a urina sahe pelo recto, sendo isto muito physiologico nas aves; 2.º, porque as fistulas vesico-rectaes são bem toleradas quando a passagem se faz sómente da bexiga para o intestino;

3.º, em certos casos de fistulas vesico-vaginaes só se pôde fazer a oclusão da vagina e a communição d'esta com o intestino acima da colpocleisis, tolerando bem as doentes esta operação; 4.º, a presença da urina no recto não provoca enterite ou diarrhêa propriamente dita, mas dejecções quasi liquidas de cheiro fecaloide pouco pronunciado e tendo algumas cybalas bem moldadas; 5.º, é difficil fazer suturas bem feitas no fundo da bexiga e pôr em contacto as mucosas ureteral e vesical; 6.º, a nossa observação prova á evidencia que a operação é possível e que não parece ter nenhum inconveniente, nem para o rim, nem para o intestino; 7.º, ainda podiamos formular outras objecções mencionadas por Chaput, referentes á presença do utero e annexos na bacia, obliteração do topo ureteral superior, presença da fistula muito perto do rim e ainda ao menor transtorno das micções anaes na mulher do que no homem.

Em que partes do intestino poderá ser implantado o uretere? Pôde ser implantado no recto, não sendo esta das melhores, porque o recto está bastante afastado dos ureteres; é preciso desnudar os ureteres n'uma certa extensão e as suturas são difficeis de fazer, por causa da profundidade e da estreiteza da bacia. O doente de Kuster parece vir confirmar o que dissemos, porque as suturas foram insufficientes e o doente morreu de peritonite no fim de cinco dias.

A implantação nos colons é a preferivel; foi esta a que fez Chaput.

A anastomose do uretere com o intestino delgado póde perturbar a digestão e especialmente a absorpção, devendo talvez regeitar-se em vista do que acabamos de dizer. A anastomose do uretere com uma ansa isolada, com uma especie de bexiga artificial, talvez possa evitar as dejecções tão numerosas que resultam da terminação dos dous ureteres no intestino grosso. Esta ansa intestinal isolada póde terminar ou ser suturada ao collo da bexiga, á pelle ou ainda ao colon. A terminação mais facil, diz Chaput, é esta ultima; a terminação na pelle substitue uma enfermidade por outra e finalmente a terminação no collo vesical foi a unica praticada por Tizzoni e Pozzi. A terminação do uretere n'uma ansa isolada nunca foi feita na especie humana e além d'isso exige um certo numero d'intervenções difficeis e graves. Para se recorrer a este processo seria preciso que a anastomose dos ureteres com os colons produzisse um numero muito grande de dejecções, o que ainda não está provado. Limitar-nos-hemos a dizer que esta operação se faz em dous tempos.

O processo de Chaput é de necessidade e não d'escolha no tratamento das fistulas uretero-vaginaes. Só deve ser indicado quando os outros processos, compatíveis com a integridade renal, sejam impossíveis; quando os processos d'Alquié, Simon, etc., não derem resultado e ainda seja impossivel ao operador fazer a uretero-cystoneostomia abdominal. Para Chaput este modo de tratamento das fistulas uretero-vaginaes é superior á nephre-

ctomia, porque não priva a economia d'um órgão tão importante; mas Tuffier declara que, em vista d'este processo ter falhado a maior parte das vezes e ter sido pouco empregado, será difficil saber se a nephrectomia ou a terminação dos ureteres na pelle lhe não serão preferiveis.

2.^o *Terminação cutanea dos ureteres*—Tambem foi indicada para o tratamento das fistulas uretero-vaginaes, especialmente quando houver perdas de substancia extensas, quando fôr impossivel a terminação vesical do uretere. Esta operação tem-se feito raras vezes, porque ella substitue uma enfermidade por outra; representa para o apparelho urinario o que o anus *contra-natura* representa para o apparelho digestivo.

Designaremos a terminação cutanea dos ureteres, com Dentu e Trekaki, sob o nome de meato ureteral artificial, tendo por fim esta operação suturar o uretere ás paredes lateral ou posterior do abdomen com o fim de desviar o curso das urinas.

Esta operação, que entrou no dominio da cirurgia clinica ha muito poucos annos, em 1889, conta ainda, por isso um numero muito restricto de casos.

Tem sido praticada no cadaver, no vivo e tambem se téem feito experiencias em cães; passou portanto por tres periodos: anatomico, clinico e experimental.

O *primeiro periodo, o anatomico*, tambem é um pouco recente e começou em 1881, ha 16 annos. Foi em fevereiro de 1881, que Hayes Agnew (de Philadelphia) escreveu no jornal *Philadelphia Medical Times*, um artigo

intitulado: «Tratamento do catharro da bexiga pela formação d'uma fistula urinaria».

A ideia d'este artigo foi-lhe suggerida pela observação de dois doentes portadores d'uma antiga fistula cutanea do uretere e ambos em boas condições de conservação e saude. Hayes Agnew chamava a attenção dos cirurgiões para estas duas observações e chegava á conclusão de que seria util fazer estas fistulas artificialmente nos casos em que o bom funcionamento das vias urinarias naturaes estivesse impedido. Este operador fez muitas vezes esta operação no cadaver.

Segue-se o *segundo periodo ou clinico*—É este que mais nos interessa e foi elle que nos ensinou o manual operatorio, as indicações e as contra-indicações da operação de que nos occupamos. Este periodo foi iniciado em França por Dentu e ao mesmo tempo na Italia por Laurenzi.

Foi accidentalmente que este operador feriu o uretere, no decorrer d'uma laparotomia, lembrando-se então de fixar o topo renal d'este canal á pelle do abdomen.

No congresso de cirurgia de 1889 leu Dentu a observação d'uma doente a quem elle tinha feito a terminação do uretere esquerdo no flanco correspondente. A esta doente já Dentu tinha feito a hysterectomia por causa d'um cancro uterino, mas no fim de pouco tempo a recediva cancerosa englobou as extremidades inferiores dos ureteres e impediu toda a sahida das urinas pelas vias naturaes (1).

(1) TREKAKI—*Du meat ureteral artificiel*; 1892.

Foi para abrir caminho á sahida das urinas que se fez a operação a que se referiu Dentu no congresso.

No dia da operação a excreção da urina fez-se normalmente e bem assim nos dias seguintes.

No fim de treze dias a doente morreu e pela autopsia se viu que a morte foi devida á generalisação neoplesica, sem haver lesão renal ou ureteral causada por esta generalisação.

Este feliz exito operatorio de Dentu fez com que Pozzi repetisse esta operação n'uma doente que tinha uma ruptura completa do uretere. Para curar esta fistula ureteral preferiu Pozzi esta operação á nephrectomia. A operação deu bons resultados e a fistula estava completamente constituida no fim de quinze dias; a excreção fazia-se tão normalmente como pela via natural, mas a urina da fistula tinha menos urêa, menos extracto total e menos materias córantes.

Mais tarde a doente, para se vêr livre d'esta nova enfermidade, pediu que lhe fizessem a nephrectomia.

A doente não gostava de trazer o aparelho de Lillienfeld para receber a urina da fistula; eis a razão que ella deu a Pozzi para se lhe fazer a ablação do rim.

O terceiro periodo ou periodo experimental—Trekaki fazia o meato ureteral artificial só d'um lado na primeira sessão; passados alguns dias fazia o mesmo ao uretere do lado opposto. As experiencias deram bons resultados a Trekaki, mas não a Destre, citado por Tuffier.

Gluck e Zeller, de Berlim, extirpavam a bexiga aos

cães e suturavam em seguida os dous ureteres á parede abdominal, ao nível da incisão que serviu para a extirpação vesical. As experincias de Zeller deram bons resultados.

Trekaki dizia que em todas as fistulas ureteraes, especialmente consecutivas a hysterectomias, se *devia* recorrer a esta operação. Este modo de vêr de Trekaki já não póde ser admittido tão cathegoricamente hoje (cinco annos depois!), desde que conhecemos o manual operatorio d'um processo mais physiologico e racional, a uretero-cysto-neostomia.

No processo de que nos occupamos ha a conservação do rim correspondente ao uretere lesado e é por isso que Tuffier declarou em 1895 que preferia o meato ureteral artificial á nephrectomia, nos casos em que a fistula fosse bastante elevada.

É um processo palliativo que expõe o rim a infecções e que obriga a doente a trazer um apparelho especial para receber a urina da fistula.

Não será preferivel a terminação do uretere no colon correspondente?

É pelo menos mais facilmente supportada pelas doentes esta ultima operação.

Só julgamos este processo d'alguma utilidade nos casos d'ablação total da bexiga (como no caso de Simzine) ou então quando um cancro uterino inoperavel englobe as extremidades inferiores dos ureteres.

3.º *Anastomose ou implantação do uretere na bexiga—*

Frequentemente somos obrigados a anastomosar o uretere com a bexiga, processo este que apesar de ser muito recente no tratamento das fistulas uretero-vaginaes, começando a ser empregado em 1893 por Bazy e Novaro, já conta mais de doze casos de observações favoraveis, embora as fistulas de que nos occupamos sejam muito raras. A anastomose do uretere com a bexiga pôde fazer-se pela via vaginal ou abdominal.

A) *Anastomose uretero-vesical pela vagina*—Este processo operatorio tem sido empregado por Segond, Mayo, Makenrodt, etc.

Na operação de Mayo ha duas intervenções operatorias feitas no espaço de 3 semanas. A primeira intervenção operatoria consta do seguinte: 1.º, liberação do uretere em volta da fistula uretero-vaginal; 2.º, abaixamento e fixação do uretere, depois de liberado, por alguns pontos de sutura, á parede vesico-vaginal. No fim de 15 dias a 3 semanas está feita a adherencia entre o uretere e a bexiga e procede-se immediatamente á segunda intervenção: a) aviva-se o orificio da fistula ureteral; b) fende-se a bexiga no ponto em que ella está em contacto com o orificio ureterico; c) introduz-se pela urethra uma sonda de caoutchouc que, sahindo pela fistula vesico-vaginal artificial, é levada até ao interior do uretere; 3.º, fazem-se as suturas sobre esta sonda e tiram-se os pontos no fim de 16 dias.

Tuffier tambem seguiu a via vaginal n'uma doente a quem elle tinha feito a ligadura do uretere com catgut

n.º 4, mas este tratamento só suspendeu a incontinencia durante 8 dias.

Na 2.ª intervenção operatoria examinou-se com cuidado o fundo da vagina, e viu-se que havia uma fistula vesico-vaginal ao lado do orificio ureteral. Fez-se um largo desbridamento pela fistula vesico-vaginal com o fim de mobilisar o uretere, entrando-se na cavidade peritoneal que se protegeu com uma mecha de gaze. A sutura uretero-vesical foi feita a catgut e a vaginal com crina de Florença. Deixou-se ficar uma sonda na bexiga e os pontos foram tirados ao 11.º dia.

A doente ficou curada e os ureteres a funcionar perfeitamente.

Os processos de Segond e Makenrodt, descriptos por Pozzi, são tambem interessantes.

A disseccção do uretere, anormalmente dilatado, deve ser difficil pela cicatriz da hysterectomia vaginal ou pela perda de substancia d'uma fistula vesico-vaginal, estando o operador arriscado a ferir a bexiga e as ansas intestinaes. As operações feitas pela via vaginal, diz Bazy (1), são de difficil execução e não dão nenhuma segurança sob o ponto de vista da permeabilidade ulterior do uretere; expõem particularmente á necessidade de se fazer mais tarde uma nephrectomia, porque é mais difficil evitar o aperto do uretere, e portanto a boa conservação ulterior do rim correspondente.

(1) *Bull. et mem. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1895, t. xxi.

É certo que as intervenções pela via vaginal tem dado bons resultados a Segond, Tuffier, etc.; estas intervenções são um pouco difficeis, mas teem a preciosa vantagem de deixar á parede abdominal das doentes a integridade que lhe conferiu a causa da fistula, hysterectomia vaginal ou parto laborioso. Finalmente, o methodo d'escolha para o tratamento das fistulas uretero-vaginaes, diz Tuffier, é a anastomose do uretere com a bexiga, por via vaginal.

B) *Anastomose uretero-vesical pela via abdominal ou uretero-cystoneostomia por via abdominal*—Foi para imitar a natureza e para remediar aos inconvenientes causados pela anastomose uretero-intestinal, praticada por Chaput, que Bazy propôz este processo e tambem foi elle quem o denominou—*uretero-cysto-neostomia*.

É a operação d'escolha, mas não deve recorrer-se a este processo desde logo, sem se ter empregado os processos classicos d'Alquié, Simon e Pozzi. Se estes processos são pouco seguros, pouco fieis sob o ponto de vista curativo, tem, não obstante, a vantagem de fazerem correr menos perigo ás doentes. A uretero-cystoneostomia ou melhor a anastomose do uretere com a bexiga foi aconselhada por Tuffier em 1888.

N'este mesmo anno Paoli e Busachi faziam experiencias em cães n'este sentido. Gastaram quatro cães e dous morreram, sendo um por causa d'infeção urinosa e o outro por causa d'uma pyelo-nephrite. Nos cães que morreram fez-se a talha hypogastrica e nos dous que escapa-

ram fez-se a operação sem ser preciso empregar a talha. A uretero-cysto-neostomia pôde ser extra ou intra-peritoneal.

1.^o *Anastomose uretero vesical extra-peritoneal*—Como exemplo d'esta operação só podemos citar o caso de Baumm. A doente que operou este cirurgião tinha dous ureteres do lado direito, causando um d'elles incontinencia por se vir abrir no orifício da urethra. Baumm fez uma incisão supra-pubica, praticando em seguida a abertura da bexiga no seu fundo; depois ligou o uretere accessorio á fistula vesical e ligou tambem o topo inferior do uretere. A melhor via para o tratamento d'estas fistulas congenitas é a vaginal, mas a presença do hymen impediu Baumm de a seguir. A doente cura-se e o proprio operador não recommenda a sua operação, apesar do resultado obtido.

2.^o *Anastomose uretero-vesical intra-peritoneal*—Foi em 1893 que Bazy e Novaro curaram quatro mulheres portadoras de fistulas uretero-vaginaes por meio d'este processo e seguindo um manual operatorio differente. Não nos admira que o manual operatorio seja differente, porque elles não conheciam os trabalhos um do outro. Nas duas doentes curadas por Bazy tentou este operador primeiramente fazer a operação que Baumm tinha feito um anno antes, isto é, seguir a via extra-peritoneal. O manual operatorio seguido por Bazy pôde resumir-se no seguinte: 1.^o, abertura da parede abdominal até ao peritoneu; 2.^o, investigação do uretere no estreito superior da

bacia, ponto em que elle é mais accessivel, cortando-se em seguida o peritoneu ao longo d'este canal, n'uma extensão conveniente e tendo todo o cuidado na dissecção d'esta serosa de cada lado do uretere; 3.º, introducção na bexiga d'um trocate curvo, de modo que a sua extremidade vá terminar o mais perto possivel do baixo-fundo da bexiga e incisão d'esta sobre o trocate na extensão d'um centimetro; 4.º, introducção d'uma sonda de Nelaton n.º 14 ou 15, sem ponta, no uretere; 5.º, sutura a catgut de modo a interessar toda a espessura das paredes ureteral e vesical, mas tendo em vista que é preciso fazer-se o affrontamento das duas mucosas; 6.º, sutura do peritoneu e do abdomen. As sondas ureteral e vesical pôdem ser fixadas por um ponto de sutura aos pequenos labios da vulva e retiram-se no fim de seis a sete dias depois da operação. A sonda ureteral tem por fim conduzir para o exterior, mesmo durante a operação a urina do uretere dividido. Basta lêr a observação de Bazy (1) para se vêr que desde que houve a introducção da sonda molle nò uretere não cahiu no peritoneu nem mais uma gotta d'urina, apezar da sonda não obliterar completamente o uretere. Talvez o peso das ansas intestinaes fosse sufficiente para applicar o uretere á sonda.

A sonda ureteral ainda tem mais as seguintes vantagens: *a)* torna mais faceis as suturas; *b)* protege estas contra o contacto um pouco irritante da urina e ás vezes

(1) *Ann. des mal. des org. gen. urin.*; 1894, pag. 484.

mesmo septico; c) conserva ao uretere o seu calibre e a sua fórma durante o trabalho da cicatrisação. A dissecação cuidadosa do peritoneu tem em vista recobrir a anastomose vesico-ureteral com os retalhos peritoneaes. Este *modus faciendi* faz com que o trabalho de reparação se faça fóra do peritoneu, de modo que se houver infecção esta seja extra-peritoneal. É verdade que a infecção póde romper a barreira formada pela sutura dos retalhos peritoneaes, mas só nos casos um pouco intensos. Este *modus-faciendi* ainda é vantajoso nos casos em que o uretere esteja inflammado e dê passagem a urina purulenta. No processo operatorio seguido por Novaro tambem o uretere fica fóra do peritoneu e portanto subtrahe-se este canal ás adherencias intestinaes que poderiam apertal-o; outros operadores deixam o uretere dentro do peritoneu, na visinhança da bexiga. Bazy ainda indicou outro processo operatorio, differente do descripto, quando foi encarregado de dar parecer a respeito da operação de Chaput, sobre a anastomose uretero-intestinal. Este processo consiste no seguinte: 1.º, fazer a talha hypogastrica; 2.º, introduzir uma sonda canula no uretere; 3.º, cortar a bexiga sobre esta sonda até ao nivel do ponto obliterado, até se chegar acima do aperto ureterico; 4.º, fender o uretere na extensão d'um centimetro, pelo menos, e suturar os labios da incisão vesical aos da incisão ureteral, depois de se ter reseccado o orificio fistuloso. Era a este processo que se devia recorrer em primeiro lugar e se se verificasse que havia uma cer-

ta distancia entre o orificio ureterico e a bexiga recorria-se então ao primeiro processo. Foi o proprio Bazy que regeitou este segundo processo e pelos motivos seguintes: porque se não pôde medir bem a distancia do orificio ureteral á bexiga; porque não é muito grave a laparotomia; finalmente a certeza de se fazer uma operação em pouco tempo e de pequeno traumatismo são razões que militam a favor do primeiro processo operatorio de Bazy.

Como em todos os outros processos operatorios, convém saber quaes são as vantagens e as objecções inherentes á anastomose uretero-vesical. Essas vantagens, são: 1.º, é uma operação muito racional e physiologica, porque se pôde dizer que se restabelece o uretere; 2.º, conserva o rim e o seu funcionamento physiologico; 3.º, cura uma enfermidade sem a substituir por outra; 4.º, constitue um novo tratamento da hydronephrose, podendo curar as doentes portadoras de fistulas uretero-vaginaes e hydro-nephrose; 5.º, tem dado sempre bons resultados a todos os operadores que a empregaram, sendo os principaes Bazy, Novaro, Routier, Krug (de Philadelphia), Rouffart (de Bruxellas), etc. Estes operadores fizeram pelo menos 10 uretero-cysto-neostomias e todas as doentes se curaram, deixando o hospital no fim de 15 a 29 dias (Novaro). Este cirurgião examinou uma das suas doentes no fim de 6 mezés e meio e a outra no fim de 10 mezés, verificando que o estado local estava perfeito, que ellas tinham uma excellente saude e nenhum vestigio de lesão renal.

Convém, todavia, que a anastomose do uretere com a bexiga se faça de modo que este canal não forme uma especie d'ansa extra-vesical de concavidade superior, que se oppõe ao escoamento livre da urina na bexiga. É então de preferencia do lado do baixo fundo vesical que se deve fazer a anastomose do uretere; mas no caso de Penrose (de Philadelphia) foi preciso fazer-se a anastomose do uretere na parte mais elevada da bexiga por causa da perda de substancia d'este canal, não havendo nada de notavel e sabindo a doente curada no fim de 20 dias.

Vejamos agora quaes são os inconvenientes apontados á operação de Bazy, á uretero-cysto-neostomia. São os seguintes: *a)* não se póde empregar quando a fistula ureteral estiver muito elevada, muito perto do rim, como o diz o proprio Bazy; *b)* não deve ser empregada senão quando o uretere e o rim estejam sãos; *c)* a grande difficuldade de se fazer esta operação quando o utero e annexos estejam na bacia, como acontece nas fistulas congenitas, consecutivas a partos laboriosos, etc. N'uma doente n'estas circumstancias ou se devem destruir os numerosos vasos dos ligamentos largos ou então seguir o uretere até ao bordo superior do ligamento largo para o implantar na bexiga; mas este modo de proceder arrastaria consigo o inconveniente de se desnudar o uretere n'uma certa extensão e além d'isso seria facil a desunião das suturas vesico-ureteraes por causa do repuxamento occasionado pela evacuação completa da bexiga. A 2.^a objecção não tem grande valor, porque já Bazy operou uma doente em

que havia hydronephrose e outra em que havia pyelonephrite, curando-se estas doentes perfeitamente bem.

Podemos, em vista dos resultados obtidos por Bazy, tental-a nos casos em que seja preciso desinfectar o uretere e o bassinete; sobretudo quando se tenha em vista fazer a nephrectomia; é uma experiencia que se faz e de que o peor resultado será a sua inutilidade. Póde objectar-se a isto que se opera no meio de tecidos septicos e que se corre o risco de sobreviver á operação accidentes infecciosos, mas parece-nos que os inconvenientes não serão maiores do que quando se faz a nephrectomia d'um rim infectado. Bazy prefere a via abdominal por causa das razões já apresentadas, mas Tuffier emprega esta via unicamente quando a vaginal fôr impossivel. Quando empregarmos a via abdominal, por laparotomia, é preciso saber-se que esta via tambem póde ser inefficaz (Tuffier); adherencias intestinaes, na bacia, pódem não permittir liberar o uretere; a investigação d'este canal póde ser laboriosa se se não estiver prevenido do que dissemos na anatomia pathologica, isto é, das suas transformações.

A anastomose uretero-intestinal, a operação de Chaput, parece-nos inferior a este processo; a doente fica muito sugeita a perigos e os resultados experimentaes tambem não tem sido muito favoraveis. Esta operação parece-nos tanto mais justificada quanto o outro rim, em taes circumstancias, póde estar alterado por uma nephrite intersticial, tendo em taes casos a ablação do rim consequencias desastrosas.

A terminação vesical também é o unico tratamento aconselhado por Cestan.

4.^o *Uretero-ureterostomia ou anastomose dos dous topos uretericos*—Em seguida á anastomose do topo renal do uretere com a bexiga deve collocar-se o processo de que vamos agora occupar-nos.

É um processo analogo ao que se pratica no intestino sob o nome *d'entero-anastomose*, unicamente mais difficil por se tratar d'um canal mais estreito.

N'este processo ha a reconstituição do uretere e a conservação de toda a funcção renal.

Wesley Boveé (1) pôde reunir 12 casos em que esta operação foi feita, havendo só uma morte que não podia ser attribuida á operação, como se verificou pela autopsia.

Este auctor dividiu as anastomoses do uretere em 3 grupos: 1.^o, anastomose dos topos uretericos com invaginação do superior no inferior; 2.^o, anastomose lateral; 3.^o, anastomose circular.

O *primeiro processo* foi empregado uma vez por Finney, por acaso, como vamos vêr. Este operador americano estava a fazer uma hysterectomia abdominal por causa d'um volumoso myoma e notou, no decurso da operação, que um grosso vaso estava adherente ao tumor; Finney reconheceu que era o uretere dilatado e resolveu fazer a resecção de toda a porção adherente ao tumor.

Para isso collocou uma ligadura acima e outra abaixo do tumor, no uretere, e terminou a operação que estava a

(1) *Archives generales de medecine*; 1897, pag. 247.

fazer. Logo que esta terminou fez a invaginação do topo superior no inferior e a sutura competente.

A doente ainda um anno depois d'esta operação estava curada.

Antes de Finney fazer esta operação já Van Hook (de Chicago) tinha feito experiencias em cães n'este sentido, mas este operador nunca tentou as suas experiencias na especie humana.

O manual operatorio é muito differente do empregado pelo operador antecedente e constitue o *segundo processo operatorio*.

Consiste em ligar o topo vesical do uretere, a 3 ou 6 millímetros da sua extremidade livre, com um fio de seda ou catgut; em seguida faz-se na parede do topo inferior, 6 milímetros abaixo da ligadura, uma abertura longitudinal d'um comprimento duplo do diametro do uretere. E' n'esta abertura lateral que Van Hook introduz o topo superior do uretere cujo lumen tem sido préviamente alargado por uma incisão.

Por meio de finos fios de catgut reúnem-se os dous topos do uretere, os quaes devem ser collocados de fórma que, depois de bem apertados, o topo superior se introduza cerca de um centimetro no topo inferior. Van Hook terminava sempre a operação por um segundo plano de suturas cujas ansas comprehendiam unicamente a tunica externa dos dous topos ureteraes.

Não descreveríamos este processo operatorio, se elle

não tivesse ainda sido empregado na especie humana; mas elle já foi empregado tres vezes com successo.

Foi Kelly quem o empregou na especie humana pela primeira vez; este operador tinha cortado o uretere no decurso d'uma hysterectomia abdominal.

O processo da anastomose lateral tem sobre os outros as seguintes vantagens:

a) porque, no methodo lateral, o topo do uretere invaginado está menos sujeito a ser comprimido pela acção muscular da porção invaginante, visto que a força constrictiva actua ahi menos directamente do que no sitio da propria secção; b) a linha de reunião dos dous topos não representa um circulo, como nos outros processos, mas uma ellipse, de maneira que o tecido conjunctivo de nova formação não póde determinar constricção perigosa.

A operação de Van Hook, diz Wesley Bovée, tem o ligeiro inconveniente de fazer passar os fios na cavidade ureterica, favorecendo assim a formação de depositos calculosos tardios em volta d'estes corpos estranhos.

O terceiro processo operatorio, a anastomose circular dos topos uretericos, foi empregado varias vezes por Gallet em animaes. Diz Gallet que a operação que tem por fim reconstituir o uretere devia chamar-se *ureterorrhaphia circular*, em vez de uretero-ureterostomia. O processo empregado por este operador differe bastante dos dous antecedentes e para não fugirmos á historia vamos resumil o muito.

Faz-se a laparotomia sobre a linha mediana e depois

d'aberto o peritoneu repellir-se-hão para o diaphragma as ansas intestinaes por meio de compressas de gaze ou esponjas. Em seguida, mesmo por cima do peritoneu, procura-se o uretere lesado. Será facil de vêr qual d'elles é que está seccionado, se se tiver tido o cuidado de praticar o catheterismo do uretere pelo orificio fistuloso; n'alguns casos, diz Gallet, reconhece-se pela existencia d'uma pequena empola d'abcesso urinoso na séde da fistula.

Se o peritoneu estiver intacto ao nivel da fistula é preciso cortar-o parallelamente ao uretere e de modo que o meio da incisão peritoneal corresponda-á séde da fistula.

Desde que esta está posta a descoberto encontra-se com facilidade o topo renal, mas nem sempre acontece isto com o topo vesical. Procura-se, então, este, que se encontra com mais ou menos facilidade; se elle estiver apertado é preciso dilatal-o por meio de sondagens repetidas, antes de se continuar a operação.

Faz-se em seguida a sutura circular com fios de catgut, mas se a fistula fôr antiga convem fazer o avivamento antes de se proceder á sutura.

Terminada a ureterorrhaphia circular fecha-se o peritoneu por meio d'uma sutura continua e o uretere encontra-se assim fóra do peritoneu, como o faz tambem Bazy na uretero-cysto-neostomia.

Deixa-se uma sonda durante 3 dias no uretere. O

processo de Gallet é superior ao dos operadores que, como Delbet (1) seguem a via sagrada, porque nos casos em que fôr difficil encontrar-se o topo vesical pôde fazer-se a talha hypôgastrica e o catheterismo do uretere lesado torna-se assim mais facil.

Tuffier aconselha este processo sómente nos casos em que as paredes dos ureteres estiverem augmentadas d'espessura.

Glantenay (2) tambem diz que o augmento d'espessura das paredes ureteraes torna mais facil a passagem dos fios fóra do lumen ureterico e ao mesmo tempo augmenta a superficie de affrontamento dos labios da ferida. «Emfim, diz Glantenay, a dilatação do canal, habitual n'estes casos, diminue muito os receios d'um aperto ulterior.»

Não se refere a este augmento d'espessura Wesley Bovée, que nos diz ter conseguido reunir 7 casos de sutura circular, sendo um pessoal.

Tambem Tauffer fez duas vezes a anastomose dos topos uretericos; mas no 3.º caso foi impossivel fazer-se a sutura e então este operador recorreu á nephrectomia. (3)

Deviamos agora dizer alguma coisa a respeito da *resecção parcial do uretere*, mas a falta d'espaco obriga-nos a não continuarmos.

(1) LEQUEU.—*Chirurgie du rein et de l'uretère*, 1894.

(2) GLANTENAY.—*Chirurgie de l'uretère*, 1895, pag. 240.

(3) *Ann. des mal. des org. gen. urin.*, 1894, pag. 842.

II) PROCESSOS INDIRECTOS

1.º *Colpokleisis*—Este processo tem por fim crear uma barreira impermeavel á passagem incessante da urina pela vagina, obrigando-se assim este liquido a sahir pela urethra, depois de se ter previamente feito uma fistula vesico-vaginal. Este processo só tem em vista remediar a incontinençia d'urina sem se importar com a fistula.

A oclusão vaginal tem sido mais vezes empregada no tratamento de certas fistulas vesico-vaginaes do que no das fistulas uretero-vaginaes.

Sarry, citado por Double, (1) menciona na sua these uma fistula uretero-vaginal em que Verneuil empregou a *colpokheisis*.

Só mais tarde, em 1879, é que Hahn tratou uma fistula uretero-vaginal por este processo. Hahn creou primeiramente uma fistula vesico-vaginal pela qual a urina, cahida na vagina, devia entrar na bexiga; depois, a instancias do marido da doente, desuniu as paredes vaginaes.

Em 1889 empregou Kehrer este processo e mais tarde tambem o empregaram Drucker, Gusserow, Haltenbach in Iversen, etc.

Tem-se feito a *colpokleisis* de tres modos, sendo o melhor d'elles, o que tem dado melhores resultados, a *colporrhaphia*. Não a descrevemos, nem fallaremos das

(1) DOUBLE—*Kleisis génital*, 1876.

objecções que se fizeram á colpokleisis, sendo as que mais nos interessam: a) formação de calculos; b) priva a mulher das relações sexuaes; c) consequencias da passagem do sangue menstrual pela bexiga.

A falta de tempo para se fazer a impressão inibenos de desenvolvermos estas e outras objecções.

Quando se deve fazer a colpokleisis?

Em primeiro lugar devemos evitar o fazer-se esta operação n'uma mulher nova, para não haver as fistulas *marito-vaginaes* de Dupuis.

N'uma mulher nova, diz Tuffier, a nephrectomia é preferivel a esta operação.

Só se deve empregar este processo quando os outros não tenham dado resultado e haja grandes perdas de substancia ureteral e vesical, quando seja impossivel fazer-se a nephrectomia por causa do rim do lado opposto.

Com a colpokleisis não se cura a fistula, cura-se só a incontinencia; mas esta cura será definitiva?

Tem-no sido na maioria das observações; mas na doente de Bozeman a incontinencia appareceu no fim de 10 annos e nas doentes de Gusserow e Heilbrun curou-se a fistula vesico-vaginal artificial, sendo preciso intervir novamente.

A situação da doente parece apenas melhorada pela colpokleisis: a retenção d'urina assim determinada provoca quasi necessariamente a infecção (Rouffart) com todas as suas consequencias, pyelite, calculos, etc.

Martin, citado por Baigue, teve de destruir a cicatriz,

porque as doentes consideravam o estado anterior á operação muito mais supportavel.

A proposito d'este processo operatorio diz Cestan:

«... est mauvais en tous points. Il laisse intact le rétrécissement uréteral avec ses consequences rénales possibles, et substitue a une infermité une defformité plus pénible encore, souvent inacceptée d'ailleurs par l'entourage immédiat de la malade.»

2.º *Nephrectomia*—O processo de tratamento indirecto das fistulas uretero-vaginaes mais vezes empregado tem sido com certeza a ablação do rim correspondente á fistula, podendo até dizer-se que os outros dous modos de tratamento só tem sido empregados excepcionalmente.

A nephrectomia tem sido empregada não só quando os processos directos tem falhado, mas tambem quando a colpocleisis ou a ligadura do uretere não tem dado resultado satisfactorio.

A nephrectomia é a ablação do rim correspondente ao uretere fistuloso, nos casos de que nos occupamos; desde já declaramos que só temos em vista o tratamento das fistulas uretero-vaginaes, não nos importando em nada com o emprego d'esta operação nas doenças renaes.

Indicaremos em duas palavras as phases principaes porque tem passado esta operação desde que Simon d'Heidelberg ousou, pela primeira vez, tirar um rim para curar uma fistula ureteral. Desde então a cirurgia renal tomou um grande desenvolvimento e os processos operatorios tem-se simplificado cada vez mais.

A nephrectomia infra-capsular preconizada, em 1883, por Ollier veio marcar uma nova phase na historia das intervenções operatorias do rim. A operação praticada por este cirurgião simplificava d'um modo admiravel as enormes difficuldades que encontrava um operador temerario ao vêr-se em face d'um rim retido de todos os lados por adherencias variadas e multiplas. Comtudo, este aperfeiçoamento da extirpação do rim pela nephrectomia infra-capsular ainda não resolvia todas as difficuldades; em certos casos (peri-nephrite, adherencias, etc.), ainda a operação era difficil por causa d'um conjuncto de circumstancias que tornavam impossivel a extirpação em bloco do rim. Foi isto que obrigou a simplificar ainda mais a operação, a recorrer a um processo mais effcaz, actualmente recommendado por Tuffier, a nephrectomia *par morcellement*.

Como esta operação é a mais recente devemos mostrar algumas das suas indicações mais importantes. Este processo operatorio está indicado nos casos em que o rim não possa ser tirado em blóco por causa das suas adherencias ou do seu grande volume, mas estas duas condições não são inteiramente sufficientes para justificar esta operação; é preciso uma terceira que nos ponha ao abrigo das hemorragias do parenchyma renal fragmentado.

Uma outra indicação importante da nephrectomia *par morcellement* são os casos em que o rim já tenha sido a séde d'uma intervenção cirurgica, d'uma nephrectomia em especial. A's vezes esta operação dá origem a uma

fistula inexgotavel, que se eternisa, que concorre para o esgotamento e até para a cachexia das doentes. Para terminar com estas suppurações interminaveis recorre-se á nephrectomia, que é a unica operação que colloca a doente em condições possiveis de cura. Mas n'este caso encontra-se um rim e um tecido peri-renal que offerecem modificações diversas, sendo as mais importantes sob o ponto de vista operatorio as que se referem ao tecido peri-renal. Se a inflammiação d'este tecido fôr sub aguda nota-se que a atmospherá gordurosa que envolve o rim está substituida por um tecido duro e branco, havendo quasi sempre a fusão, pelo menos em certos pontos, da capsula propria do rim com a capsula gordurosa.

N'estes casos é impossivel fazer-se a enucleação do rim sem se deixarem fragmentos do seu parenchyma adherentes á face interna da capsula d'involucro.

As adherencias offerecem-nos, portanto, uma das principaes indicações d'este processo operatorio. E' claro que, por causa das suas relações anatomicas, as adherencias dos rins com órgãos collocados adiante d'elles serão antes adherencias por peritonite chronica e adhesiva (Ratynski), ao passo que as situadas ao lado ou atraz do rim serão antes scleroses, d'onde a divisão geralmente admitida em adherencias peritoneaes e não peritoneaes. Esta divisão não tem grande importancia, porque o resultado é sempre o mesmo: união accidental e mais ou menos intima d'uma ou das duas capsulas do rim com um órgão mais ou menos afastado. O que nos importa é co-

nhecer quaes são as adherencias mais frequentes entre os órgãos visinhos e o rim. Debaixo d'este ponto de vista apenas diremos que nos casos em que a capsula propria do rim estiver isolada da outra e seja possivel introduzir o dedo entre ellas, o rim póde então ser facilmente circumscripto e extrahido sem se recorrer á nephrectomia *par morcellement*; mas se as duas capsulas do rim se fundirem n'uma só, as difficuldades causadas pelas adherencias são muito grandes; tem-se classificado as adherencias, para conveniencia d'estudo em tres grandes grupos: *a)* adherencias bi-capsulo parietaes ou visceraes; *b)* adherencias bi-capsulo renaes; *c)* adherencias renó-bi-capsulo parietaes ou visceraes. (1) Não as podemos descrever porque já estamos fóra do assumpto, mas voltamos já a elle.

No tratamento das fistulas uretero-vaginaes não se tem seguido sempre a nephrectomia infra-capsular e julgamos que nunca se empregou a nephrectomia *par morcellement*, mas tem-se seguido de preferencia a via lombar á via abdominal.

Somos forçados a descrever a nephrectomia, porque foi o tratamento que se fez á nossa doente; mas descreveremos unicamente a technica d'esta operação pela via lombar.

A nephrectomia lombar classica comprehende quatro tempos:

(1) RATYNSKI—*Nephrectomie lomb. par morcellement*, 1897.

- 1.º Incisão das partes superficiaes;
- 2.º Incisão das partes profundas;
- 3.º Isolamento do rim;
- 4.º Ligadura do pediculo e ablação do rim.

Primeiro tempo—Incisão das partes superficiaes—
n'esta primeira parte da operação só se corta a pelle e o tecido cellulo-gorduroso sub-cutaneo e ha desde logo a attender á fórma e ás dimensões da incisão. As incisões tem sido tão variadas que nós devemos, a exemplo de Dentu, (2) classificar as em 4 grupos: 1.º, incisões rectas verticaes; 2.º, incisões rectas obliquas ou transversaes com relação ao eixo do corpo; 3.º, incisões curvas; 4.º, incisões combinadas.

A' frente do primeiro grupo d'incisões está a de Simon, que fazia a incisão sobre o bordo externo da massa sacro-lombar, a 7 centimetros das apophyses espinhóses das vertebrae lombares e estendia a incisão desde a 11.ª costella até ao meio do espaço comprehendido entre a crista iliaca e a duodecima costella. Nepveu quer que a incisão se estenda desde a 12.ª costella até á crista iliaca. A incisão de Simon, assim modificada, foi seguida por Dentu e é a que recommenda Tillaux.

A incisão feita por Durban parallelamente ao bordo externo do musculo quadrado dos lombos fica mais fóra do que a de Simon. Peters praticou-a a tres centimetros

(2) DENTU—*Revue de Chirurgie*, 1886.

do rachis seguindo a direcção da columna vertebral; ainda ha a incisão de Bruns ou Linsler.

Do segundo grupo d'incisões mencionaremos a de Czerny e a de Kuster; na primeira a incisão é obliqua e prolonga para fóra e para baixo a direcção da duodecima costella, na extensão necessaria para tirar o volume do tumor; a segunda é obliqua e situada a igual distancia da crista iliaca e da duodecima costella, partindo do bordo da massa sacro lombar e dirigindo-se para baixo e para fóra. Cooper tambem emprega a incisão obliqua. As incisões curvas foram empregadas por Klinenberger, Thornton, Trelat, etc. Na incisão de Klínenberger a convexidade está voltada para cima e para dentro: começa na ponta da 12.^a costella e ganha, incurvando-se, a parte inferior da massa sacro-lombar. Outros cirurgiões recorreram ás incisões combinadas, sendo os principaes Czerny, Clement Lucas, Morris, etc.

Estas incisões são quasi identicas e por isso só descreveremos a de Lucas: faz a incisão verticalmente sobre o bordo externo do quadrado dos lombos, desde a 12.^a costella até á crista iliaca; na parte superior d'esta incisão faz uma perpendicular a ella e caminhando parallelamente ao bordo inferior da 11.^a costella. Outros fazem em primeiro lugar a incisão transversal (Morris).

Na escolha da incisão não devemos ser d'um exclusivismo absoluto, porque uma incisão póde ser boa n'um caso e não o ser n'outro; é assim que as incisões verticaes anteriores não são recommendaveis senão quando o

peritoneu está já descollado por um volumoso tumor, enquanto que as incisões de Simon ou Linser não devem ser praticadas, embora tenham a vantagem de conduzir mais directamente ao hilo do rim. As incisões combinadas e ainda as curvas estão indicadas nos casos de volumosos tumores renaes.

No tratamento das fistulas uretero-veginaes servem muito bem as incisões verticaes que se estendam desde a 12.^a costella até á crista iliaca.

Segundo tempo—Incisão das partes profundas—Agora deveremos proceder com cuidado e profundar pouco a pouco a incisão e assim se pôde chegar até á capsula gordurosa sem se produzir grande hemorragia. Cortar-se-ha em primeiro lugar a aponevrose da massa sacro-lombar em toda a sua extensão, procedendo se depois á separação do citado musculo por meio de pequenos golpes e afastando-o em seguida para dentro por meio d'um afastador. Feito isto vê-se immediatamente o importante folheto medio da aponevrose do transverso que está adiante do musculo sacro-lombar. Esta aponevrose tambem se divide em toda a extensão, mas empregando a mesma technica que se costuma empregar para abrir o peritoneu n'uma autopsia. Para chegarmos ao rim só nos falta cortar o folheto anterior da aponevrose do transverso, cortando-se esta como se cortou o folheto medio. Agora pôde apalpar-se o rim atravez da capsula adiposa, pelo menos na sua parte inferior. Se se empregar o pro-

cesso infra capsular ainda é preciso pôr o rim a descoberto, fendendo-lhe a capsula.

Terceiro tempo—O isolamento do rim é o tempo mais trabalhoso e mais difficil da operação, mesmo quando o rim está normal. As difficuldades são muito maiores quando houver adherencia da capsula com os órgãos visinhos ou então quando o parenchyma renal estiver muito friavel. E' preciso empregar n'este tempo da operação os dedos de preferencia a qualquer outro instrumento e evitar o mais possivel toda a pressão forte sobre o tecido renal, porque este órgão é muito vascularizado e o seu esmagamento pôde dar origem a hemorragias muito graves; que tornem ás vezes difficillimo o terminar a operação. Tambem nos não devemos esquecer de que a camada gordurosa que separa o rim do peritoneu é, nos individuos magros, bastante delgada.

Quarto tempo—Ligadura do pediculo e ablação do rim. A ligadura pôde ser feita de modos muito variados. A ligadura em massa é a unica praticavel em certos casos: ou porque o pediculo seja muito curto ou então porque a incisão dos tegumentos foi feita muito longe da columna vertebral; na opinião de Dentu devem tentar-se sempre as ligaduras isoladas do pediculo e ligar-se tambem o uretere. A ablação do rim faz-se depois da secção do pediculo; esta deve fazer-se mais afastada da ligadura em massa do que das ligaduras isoladas.

Para terminar a operação basta lavar a ferida com uma solução d'agua phenica forte, introduzir um ou dois

grossos drenos no angulo inferior da ferida e fazer duas especies de suturas, uma profunda a catgut e outra superficial com crina de Florença.

A nephrectomia lombar é uma operação muito grave e expõe muitas vezes a doente a um desenlace fatal. A extensão e profundidade da ferida cirurgica, a sua situação na visinhança do peritoneu e das pleuras, cuja inflamação sobrevém ás vezes, e o estado geral das doentes portadores de fistulas uretero-vaginaes que muitas vezes não são operadas senão quando os outros meios de tratamento não tem dado resultado e quando a economia se encontra já muito gasta, enfraquecida, devem em muitos casos explicar-nos o mau exito d'esta operação. A friabilidade do tecido renal que obriga o operador a proceder com muito cuidado para evitar uma compressão forte que poderia lacerar o parenchyma renal; a mobilidade do rim que faz com que elle fuja facilmente e ainda a estreiteza do campo operatorio concorrem para tornar esta operação difficil.

A via lombar tem a vantagem de dar origem a menor mortalidade do que a via abdominal, de se não encontrarem vasos ou nervos importantes e ainda de dar melhor resultado no tratamento das fistulas dos ureteres do que n'uma lesão dos rins.

Apezar de ser uma operação grave tende, não obstante, a entrar cada vez mais na therapeutica dos órgãos genito-urinarios, fazendo-se mesmo a nephrectomia d'um rim são para curar uma fistula ureteral.

Mas deverá tirar-se um rim são por causa d'uma fistula uretero-vaginal?

Sabemos que as doentes portadoras de fistulas uretero-vaginaes pôdem viver durante um certo tempo, mesmo durante muito tempo, com a sua enfermidade. Todos os cirurgiões conhecem estes factos, que estão longe de ser raros.

E' claro que uma doente n'estas condições só beneficiará com a nephrectomia se esta lhe garantir uma duração longa, pelo menos tão longa como com a sua enfermidade.

Esta questão tão importante não pôde ser resolvida, porque todas as doentes têm sido perdidas de vista pelos operadores.

A nephrectomia por causa das fistulas ureteraes foi iniciada em 1869 por Simon de Heidelberg, seguindo-se-lhe Zweifel em 1878 por causa d'uma fistula uretero-uterina; empregaram-n'a no tratamento das fistulas uretero-vaginaes Czerny (1880), Boeckel (1884), Gallet, Stark, Laroynne (1893), etc.

A nephrectomia no tratamento das fistulas uretero-vaginaes tem tido defensores e adversarios. Os primeiros a regeital-a foram Guyon, Verneuil e Nepveu; Billroth escrevia em 1884: a nephrectomia d'um rim nos casos de fistulas dos ureteres, pelo menos, não é senão um processo de therapeutica provisorio e não se deve cessar de procurar outros meios de tratamento menos graves para curar estas fistulas. Tuffier, Duplay e Reclus, etc., di-

zem que a nephrectomia tende a desaparecer dos processos de tratamento das fistulas uretero-vaginaes, devendo ser unicamente empregada quando já não houver outro recurso.

Outros cirurgiões defendem a nephrectomia no tratamento das fistulas dos ureteres: para Follin o unico tratamento applicavel ás fistulas dos ureteres é a ablação do rim; é o unico meio efficaz que se impõe ao cirurgião para curar uma fistula dos ureteres (Quenu) (1). Lefort e Labbé são partidarios da nephrectomia em todas as fistulas dos ureteres, sendo Lefort o primeiro que a fez em França. Marduel, citado por Trekaki, acceita a nephrectomia só nos casos de fistulas dos ureteres. Para Dentu a nephrectomia é um meio heroico para se curar uma fistula dos ureteres, mas é preciso que não haja nenhuma contra-indicação d'esta operação.

Os principaes inconvenientes d'ella, são: *a)* grande difficuldade em se reconhecer o estado do outro rim; *b)* supressão d'um orgão importante da economia; *c)* impossibilidade absoluta de se fazer nos casos de falta congenita d'um rim; *d)* diminue a resistencia do organismo á infecção e ao envenenamento, como o provou Bonardi ha poucos annos.

Esta operação tambem tem suas vantagens, sendo as principaes:

1.º, quando o rim correspondente á fistula fôr flu-

(1) QUENU—*Arch. gen. med.*, 1882, t. II, pag. 705.

ctuante e doloroso; 2.º, quando houver infecção do uretere e rim correspondente; 3.º, quando a fistula ureteral tiver uma séde elevada e seja impossivel a uretero cystoneostomia; 4.º, quando a fistula fôr antiga e houver duvida sobre a integridade renal (Segond); 5.º, é preferivel á colpokleisis nas mulheres novas (Tuffier).

3.º.—*Ligadura do uretere*—Com este processo de tratamento tem-se em vista a atrophia do rim. Foi empregado por Tuffier, mas no fim d'oito dias a incontinenca começou novamente e elle recorreu então á anastomose do uretere com a bexiga. Ha quem diga que este processo é doloroso e mesmo perigoso nos casos d'infecção do uretere e bassinete. Tuffier diz que a ligadura não produziu nenhum accidente na doente a quem elle a fez.

Wesley Bovée diz-nos que elle é preferivel á nephrectomia, nos casos em que seja preciso sacrificar a funcção renal.

CONCLUSÕES

Taes são os processos de tratamento empregados nas fistulas uretero-vaginaes.

Para escolhermos um d'elles é preciso attender-se ás suas indicações e contra-indicações, e além d'isso é preciso uma certa prática operatoria, porque alguns d'estes processos são difficeis de executar.

No emtanto nós diremos duas palavras sobre o assumpto, para assim terminarmos estes breves apontamentos, feitos unicamente para cumprir a lei que nos obriga a fazer uma dissertação no fim do curso.

Em primeiro lugar convém saber-se se o operador deve intervir: as estatisticas são muito favoraveis á intervenção cirurgica e os casos de cura espontanea são rarissimos.

Em segundo lugar qual é o melhor processo, qual o que devemos escolher?

Um dos elementos a que o medico deve attender é ao estado do rim correspondente á fistula, tanto mais que nós sabemos que uma fistula uretero-vaginal pôde exercer uma certa influencia sobre a secrecção renal. Já

vimos que isto se dava com a doente de Schatz de Rostock e o mesmo observou Bandl.

Para explicar esta influencia julga-se que se trata d'uma infecção de micro-organismos vindos pêla vagina; mas a interpretação d'este facto é difficil; Bowman e Ludvig déram cada qual a sua theoria para o explicar.

O cirurgião tem de pôr de parte o uso d'apparelhos protheticos por causa da sua applicação defeituosa, por serem quasi sempre insufficientes.

Estes aparelhos não pôdem ser applicados senão nas fistulas uretero-uterinas e não nas fistulas uretero vaginaes, porque nas primeiras adaptam-se regularmente á porção vaginal do collo uterino.

Impedem com difficuldade a acção da urina sobre os tecidos circumvisinhos da vulva, e, além d'isso, causam um transtorno tão grande ás doentes que ellas negam-se a trazel-os e senão vejamos um exemplo: á doente de Trifet foi feito um aparelho prothetico que se adaptava sobre o collo uterino e estava fixado por uma haste metallica recurvada, fixa a uma funda normal; mas a doente não pôde supportar este aparelho, «et fuit obligée de s'en tenir à un urinal ordinaire fixé sur la cuisse et adapté à la vulve».

As cauterisações, que são geralmente o primeiro processo ensaiado, nem sempre tem dado bons resultados, seja qual fôr o meio de cauterisação empregado.

Deram bons resultados nas mãos de Gallet e Tuffier.

Os processos de Simon, Pozzi, etc., tem dado algum

resultado; mas ás vezes os proprios cirurgiões que os preconisaram tem recorrido á nephrectomia: ou porque estes meios plasticos não dessem lugar senão a uma melhora insufficiente, ou então porque as doentes infectadas no curso da intervenção fossem atacadas de pyelonephrite.

As anastomoses do uretere com o intestino ou com a pelle só devem empregar-se excepcionalmente, porque estas duas anastomoses expõem o rim a infecções secundarias que necessitam o emprego da nephrectomia. Das duas a menos exposta a infecções é a anastomose com a pelle, mas é menos toleravel pelas doentes do que a fistula uretero-veginal.

A anastomose dos dous topos uretericos produz muitas vezes um aperto do uretere. Nas experiencias de Thomson, citado por Glantenay, observou-se sempre este aperto.

A tolpokleisis tem o inconveniente de poder fechar-se a fistula vesico-vaginal, de não ser accete pela doente e pelas pessoas que a rodeiam, a não ser que se tracte d'uma mulher idosa (Tuffier), e de não dar resultado, a ponto de ser pecciso recorrer á nephrectomia, como succedeu n'uma doente de Heilbrun. (1)

A nephrectomia é o recurso supremo do tratamento das fistulas uretero-vaginaes e desde que se suspeite

(1) *Revue de chirurgie*, 1886, pag. 834.

qualquer coisa da integridade do outro rim já se não deve empregar.

Tuffier diz que a nephrectomia está em segundo lugar em relação á colpocleisis; porém Duplay e Reclus dizem que estas operações são os ultimos recursos a que o cirurgião deve recorrer e que «é impossível com os factos publicados até hoje estabelecer as indicações d'uma ou d'outra d'estas duas operações».

Anastomose do uretere com a bexiga. Foi propositadamente que deixamos este processo importante para o fim; é o processo d'escolha, aquelle a que Cestan, Tuffier, Bazy, etc., dão a preferencia.

E' bastante recente e apesar d'isso já tem dado bons resultados e com a vantagem de não supprimir a funcção renal.

OBSERVAÇÃO

J. P..., de 35 annos d'idade, casada, domestica, natural d'Estarreja e residente em Ovar, entrou para a enfermaria de Clinica Medica do hospital de Santo Antonio em março de 1895, sendo-lhe feita a 17 do mesmo mez a hysterectomia vagino-abdominal total por causa d'um myoma uterino intersticial, formando um volume que ultrapassava o umbigo da doente.

Esta operação durou 35 minutos e durante as manipulações operatorias uma pinça tomou o uretere direito, começando a haver incontinencia d'urina passados alguns dias.

Esta incontinencia continuou sempre. A doente sahi curada do tumor a 14 de maio, mas com o proposito deliberado de vir novamente para o hospital curar-se da sua fistula.

Assim o fez em 20 d'outubro do mesmo anno, entrando de novo para a enfermaria de Clinica Medica.

Antecedentes hereditarios—Nada sabe a respeito do pae, lembrando-se unicamente que elle morreu ha perto de 20 annos.

A mãe costuma ter frequentes vezes a erysipella na face, não coincidindo sempre esta doença com o periodo menstrual; tambem nunca reparou se a erysipella invadia o mento, o que é raro dar-se.

Uma tia materna parece soffrer de rheumatismo; não ha nada mais d'anormal na familia d'esta doente.

Antecedentes pessoaes—Teve em pequena o sarampo e mais tarde a variola, não havendo nada mais de notavel até começar a ser menstruada.

A menstruação appareceu muito tarde n'esta doente; só aos 20 annos é que começou a ser menstruada. As regras duravam-lhe 5 a 6 dias e não havia nada de notavel, nem na córação, nem na quantidade dos menstros.

Ha 6 annos teve uma grande hemorrhagia uterina, na occasião da menstruação, durando a hemorrhagia até á menstruação seguinte. E' de notar que a quantidade de sangue que sahia pela vagina era pequena, excepto nos dois primeiros dias em que a sahida se fez abundantemente.

Alguns mezes depois do casamento esta doente teve nova hemorrhagia uterina consideravel, comquanto mais pequena do que a que tinha tido 3 annos antes e de que acima fallamos.

Desenvolveu-se-lhe um *tumor* na região hypogastrica, que cresceu a seu bello prazer, não dando a doente por isso senão no mez de setembro de 1895, por causa do crescimento do abdomen.

Não o notou antes porque elle era indolor e nunca lhe produziu perturbações na micção, nem dischesia.

Já dissemos o dia em que entrou para o hospital e aquelle em que foi operada, restando-nos ainda dizer que o volumoso myoma, macerado em alcool, ainda está na enfermaria de Clinica Medica.

Estado actual—Queixa-se unicamente de que a urina lhe sahe pela vagina desde que foi operada, sendo esta incontinençia permanente, constante e sem haver augmento ou diminuição; além d'isto ha a persistencia das micções, embora estas sejam em menor numero e a irritação da pelle das regiões circumvisinhas da vulva.

Esta doente tem uma fistula uretero-vaginal consecutiva a uma hysterectomia vegino-abdominal total; entrou pela segunda vez no hospital para se curar d'esta enfermidade.

A séde da fistula sendo muito elevada só se podia fazer a nephrectomia ou outro processo de tratamento indirecto e ainda a implantação do uretere no intestino ou na pelle.

Não havendo contra-indicação da nephrectomia, sendo impossivel fazer-se a uretero-cysto-neostomia e havendo o perigo d'infeção renal se se terminasse o topo superior do uretere no intestino ou na pelle, houve por bem o exc.^{mo} snr. dr. Azevedo Maia recorrer á nephrectomia.

E' a este distincto lente que devo a fineza de me fornecer algumas informações referentes a esta doente.

Operação—A nephrectomia fez-se no dia 29 d'outu-

bro e seguiu-se a via lombar; durou 20 minutos, apesar de ter havido dois accidentes.

O primeiro foi devido a uma syncope respiratoria que obrigou á suspensão da operação e ao emprego da respiração artificial.

O segundo accidente foi bastante grave, devido á ruptura da pleura, produzindo a passagem do ar atravez d'esta ruptura para a cavidade pleural um ruido especial (comparado pelos meus condiscipulos ao miar d'um gato).

Fez se a sutura continua da pleura com catgut e continuou-se a operação, como se nada tivesse havido.

Procurando nós mais exemplos da ruptura da pleura, vimos que Thiriar declara n'uma das suas observações (1) que na ruptura d'esta serosa «a morte tem sido quasi sempre a consequencia».

Tambem vimos que este accidente se póde dar mesmo sem o operador ter lesado a serosa, embora não seja commum esta abertura espontanea, ha pelo menos registrados o caso de Dentu e o de Thiriar.

Ambos estes operadores suturaram a pleura sem se importarem com o ar que entrou e terminaram a operação.

Thiriar diz a respeito da sua doente: «é preciso admittir que o folheto pleural estava muito fragil, pois que, sob a unica influencia d'um vomito, rebentou com a

(1) THIRIAR—*Revue de chirurgie*—1888.

mesma facilidade com que o faria uma folha de papel molhado.»

Consequencias da operação—Depois d'operada tudo correu muito bem, não havendo absolutamente nada do lado da pleura.

A temperatura oscillou sempre em volta de 37° , excepto no dia 3o de tarde (38°) e na manhã do dia 2 de novembro ($38,5$). Desde este ultimo dia em diante desceu sempre até chegar a $36^{\circ},9$ no dia 4 de manhã.

A doente ficou com dois grossos drenos no angulo inferior da ferida operatoria e o primeiro curativo foi feito no dia 6 de novembro, havendo pouco puz e estando a parte superior da ferida fechada.

No dia do segundo curativo tiraram-se os pontos e um dos drenos, ficando a doente com o outro.

A unica coisa que houve de notavel foi o augmento na quantidade d'urina excretada e o aspecto que esta tomou nos dias 25 e 26 de novembro, deixando pelo repouso depositar no fundo do vaso uma especie de leite de cal.

A urina não tinha reacção alcalina, nem turvava sensivelmente pelo calor.

Mandou-se a doente guardar a urina das 24 horas e contar o numero de micções: urinou 7 vezes e o volume da urina era sensivelmente normal.

Para terminar direi simplesmente que a doente já se levantava quando se deu esta alteração na urina, que

desappareceu com lavagens de nitrato de prata e d'agua borica.

Quando regressei ao Porto a doente estava curada, sahindo no dia 4 de dezembro.

Esta doente esteve no Porto em maio d'este anno e disse que trabalhava com facilidade no campo, sem ter estado doente desde que sahiu do hospital.

PROPOSIÇÕES

Anatomia—Preferimos a expressão *collo do uretere* á de *collo do bassinete*.

Physiologia—O somno é meio sustento.

Therapeutica—Como anestherico local preferimos a cocaina á eucaina.

Pathologia externa—As experiencias de Rinne e a prova de Weber tem valor no diagnostico da otite média.

Operações—Reprovamos o emprego da autoplastia feita em seguida á ablação d'um epithelioma.

Partos—O casamento da mulher não arrasta consigo a precocidade da puberdade.

Pathologia interna—A tachycardia paroxystica essencial é uma nevrose.

Anatomia pathologica — A anatomia pathologica explica-nos a maior facilidade na cura das fistulas uretero-vaginaes congenitas.

Hygiene—O somno prolongado é prejudicial ao organismo.

Pathologia geral—As fistulas uretero-vaginaes são portas abertas para a infecção renal.

Visto.
Azevedo Maia,
PRESIDENTE.

Imprima-se.
D. Lebre,
DIRECTOR INTERINO.