

I

N.º 55

Porfirio Augusto Andrés

---

# Fistulas Vesico-Vaginais

---

FEVEREIRO - 1920

---



TIPOGRAFIA MARQUES

(com of. de encadernação anexa)

R. Gonçalo Cristovão, 191 - PORTO

**FISTULAS VESICO - VAGINAIS**

Porfirio Augusto Andrés

---

# Fistulas Vesico-Vaginais

---

---

Tese de Doutoramento

Apresentada à

Faculdade de Medicina do Porto

---

FEVEREIRO - 1920

---

**TIPOGRAFIA MARQUES**

(com of. de encadernação anexa)

R. Gonçalo Cristovão, 191 - PORTO

# Saculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR - Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETARIO - Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos

## PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descritiva . . . . .	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e embriologia . . . . .	Prof. Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia geral e especial . . . . .	Prof. Dr. Antonio de Almeida Garrett.
Farmacologia . . . . .	Prof. Dr. José de Oliveira Lima.
Patologia geral . . . . .	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patologica . . . . .	Prof. Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão.
Bacteriologia e Parasitologia.	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene . . . . .	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior.
Medicina legal. . . . .	Prof. Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Medicina operatoria e pequena cirurgia . . . . .	Prof. Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior.
Patologia cirurgica . . . . .	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clinica cirurgica . . . . .	Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos.
Patologia medica. . . . .	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clinica medica. . . . .	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapeutica geral. . . . .	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clinica obstetrica. . . . .	Vaga (1).
Historia da Medicina e Deontologia . . . . .	Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e sifilografia . . . . .	Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Psiquiatria . . . . .	Prof. Dr. Antonio de Souza Magalhães e Lemos.
Pediatria. . . . .	Vaga (2).

## PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo	} lentes catedraticos.
Pedro Augusto Dias	

(1) Cadeira regida pelo Prof. livre Manuel Antonio de Moraes Frias.

(2) Cadeira regida pelo Prof. ordinario Antonio de Almeida Garrett.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.  
(Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade de  
Medicina do Pôrto*, de 3 de janeiro de 1920).

A meus Paes

A meus Irmãos

A minha Tia

D. Maria José Beato



Aos meus Parentes

e em especial ao meu Primo

Dr. Anibal Azevedo

℥

℥...

Ho Ex.<sup>mo</sup> S<sup>nr</sup>.

Alberto Firmo Soares de Melo

Nos Ex.mos Srs.

Porfirio Augusto Patricio

P.<sup>e</sup> Serafim Augusto Garcia

No meu amigo e antigo companheiro

Artur Augusto Bordalo

R

João Augusto Mano

e .

Ex.ma esposa

A todos os meus amigos

Àos meus condiscipulos e em especial ao

Dr. Abilio Machado de Araujo



No Corpo Docente

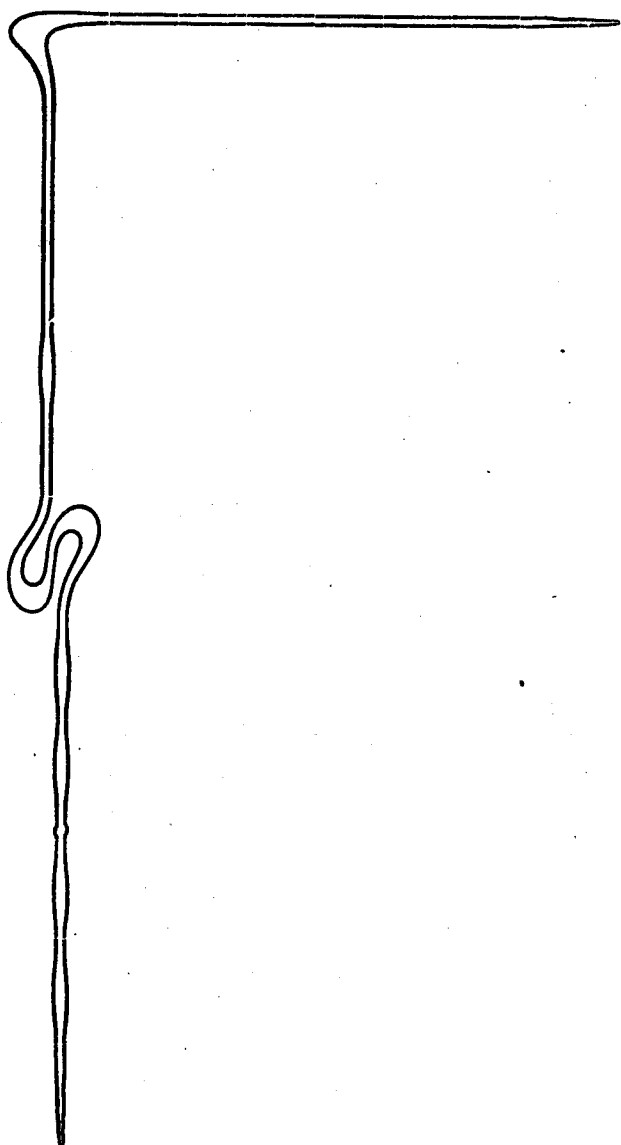
da

Faculdade de Medicina do Porto

Ao sábio Professor e meu Ilustre  
 Presidente de Tese

Dr. Alvaro Teixeira Bastos

Tributo de gratidão e respeito.



# Prologo

---

*Depois de longos anos de aturado labor, restava-nos ainda, para complemento da nossa tarefa, a obrigação de escrever este nosso trabalho.*

*Não foi sem dificuldades que nos desempenhamos d'esta missão, atentos os nossos poucos conhecimentos; mas esta deficiencia de recursos, procuramos supri-la, dentro do possivel, pela nossa boa vontade. No nosso ultimo ano de vida academica, fomos, na 2.<sup>a</sup> Clinica cirurgica, assistente de uma doente portadora de uma fistula vesico-vaginal. Achamos interessante o caso e lembramo-nos de o tomar para assunto da nossa*

*dissertação, depois de ouvida a opinião do nosso ilustre mestre Dr. Alvaro Teixeira Bastos, a quem muito agradecemos os elementos que nos forneceu para a sua elaboração e a honra que nos deu de aceitar a sua presidência.*

*Não temos ilusões sobre o valor do nosso trabalho ; fomos, porem, até onde pudemos e supomos ter cumprido o nosso dever.*

*Ao deixarmos com profunda saudade a nossa Escola, os nossos condiscipulos e os nossos mestres, nós queremos tornar, a estes ultimos, bem patente o nosso vivo e inolvidavel reconhecimento.*

## Anatomia da bexiga

### - - - - e da vagina

Antes de entrar propriamente no estudo das fistulas vesico-vaginaes, julguei conveniente apresentar alguns dados anatomicos sobre os dois orgãos mais directamente interessados neste estudo. O seu conhecimento afigura-se-me essencial, quer para a boa compreensão da patogenia d'estas fistulas, quer para a escolha do metodo operatório mais apropriado ao seu tratamento.

---

### Bexiga

A bexiga é um reservatorio musculo-membranoso destinado a receber a urina á medida

que vem chegando pelos uretères e a conserva-la até ao momento em que, pela contração das suas paredes, é lançada no exterior, atravez da uretra. Situada na excavação pélvica, entre o útero e a parede anterior da bacia, ela tem uma forma variavel segundo o estado de vacuidade ou de repleção. No estado de vacuidade, apresenta dois aspetos principaes: o tipo esferico e o tipo achatado. No primeiro, a bexiga é mais ou menos arredondada, esferica ou piriforme. Este tipo é relativamente raro. No segundo, que é o mais frequente, a bexiga, fortemente achatada de diante para traz, tem a forma de uma lamina triangular, de vertice olhando para cima e para diante e de base postero-inferior, abraçando a vagina; a sua face anterior, convexa, applica-se contra o pubis, e a posterior, plana ou mais ou menos cavada em cupula, corresponde ás ansas intestinaes. Nos dois angulos posteriores d'este triangulo vão terminar os dois uretères. No estado de plenitude, a bexiga tem, na maior parte dos casos, a forma de um ovoide de grossa extremidade postero-inferior e de pequena extremidade olhando para cima e para deante. O seu grande eixo, mais ou menos paralelo ao eixo da excavação, dirige-se obliquamente de cima para baixo e de deante para traz. Pode representar-se por uma recta que, partindo de um ponto intermediario á sinfise publica e ao umbigo, termine por outro lado no vertice

do coccix. A face posterior d'este ovoide, recoberta pelo peritoneu em toda a sua extensão, corresponde ao utero e ás ansas intestinaes; a anterior corresponde á parede anterior do abdomen e á parede anterior da bacia, á qual é solidamente fixada pelos ligamentos pubo-vesicaes. Todavia estas relações com a parede abdominopélvica não são imediatas; entre esta parede e o reservatorio urinario encontra-se o espaço pré-vesical, cheio de tecido celulo-gorduroso laxo e mais ou menos rico em gordura. Ao nivel do seu vertice, a bexiga é sustentada por tres cordões fibrosos, um mediano, o úracó, que representa a parte superior do pediculo da alantóideia, retraído e transformado em cordão fibroso, e dois lateraes, representando as arterias umbilicaes, que, como o úracó, se transformam em um cordão fibroso. Na sua base está em relação, em cima, com a face anterior do còlo do útero, ao qual está unida por um tecido celular laxo, e mais abaixo, com a parede anterior da vagina, formando com ela um septo dirigido transversalmente — o septo vesico-vaginal. Interiormente, a bexiga apresenta-nos a mesma configuração geral. A sua superficie interna é, na creança, regularmente lisa. Mais tarde, em virtude de uma hipertrofia irregular da camada muscúlosa, a mucosa levanta-se ao nivel dos fasciculos hipertrofiados e deprime-se ao contrario nos seus intervalos, revestindo a parede



vesical, no seu conjunto, o aspecto reticulado e areolar. Esta disposição acentua-se um pouco com os progressos da idade.

De todas as regiões que nos apresenta a superfície interna da bexiga, a mais importante para o nosso caso é a base. Percorrendo-a de deante para traz, encontramos a principio um espaço triangular, liso, limitado atraz pelos dois orificios dos uretéres, adeante pelo orificio uretral—o triangulo de Lieutaud. Atraz d'este triangulo está o baixo-fundo da bexiga, notado por uma superfície um pouco deprimida, depressão esta que se acentua com a velhice.

As dimensões da bexiga são muito variaveis. A sua capacidade media é representada pela quantidade de urina que contem, quando aparece a vontade de urinar. A observação mostra-nos que esta capacidade é habitualmente de 190 a 250 gramas. Em certos estados patologicos, que tem como consequencia a retenção de urina, a bexiga sofre uma dilatação lenta, mas progressiva, e nestes casos chega a encerrar alguns litros.

As paredes da bexiga medem oito a quinze milímetros de espessura no estado de vacuidade e tres a quatro somente no estado de plenitude. Compoem-se essencialmente de tres tunicas concentricas, que se sobrepõem pela ordem seguinte: uma tunica externa ou serosa, uma tunica media ou musculosa e uma tunica interna

ou mucosa. A tunica serosa é uma dependencia do peritoneu que recobre toda a parte posterior, a parte mais elevada das faces laterais e tambem um pouco a face anterior. Abandonando a bexiga, a serosa lança-se, adiante, sobre a parede abdominal anterior, formando o fundo de sacco prévesical, variavel com o estado de distensão da bexiga, e atraz, sobre o utero, formando o fundo de sacco vesico-uterino, que corresponde na maior parte dos casos ao istmo do utero. A tunica musculosa é constituida por tres camadas concentricas: a mais externa compõe-se de fibras longitudinaes dirigidas paralelamente ao eixo da bexiga, a media é formada por fasciculos de fibras circulares que se sobrepoem regularmente do vertice á base e a interna por fibras longitudinaes agrupando-se em fasciculos que descem do vertice para a região do còlo, não formando todavia um plano continuo.

A tunica mucosa forra internamente todo o reservatorio urinario, continuando-se com a mucosa dos ureteres e da uretra.

## Vagina

A vagina é um conduto musculo-membranoso, situado em parte na excavação pélvica em parte na espessura do perineo, entre a bexiga e a uretra adeante e o recto atraz.

Dirige-se obliquamente de cima para baixo e de traz para deante, formando com a horizontal, tirada pela sua extremidade inferior, um angulo aberto para traz que mede em media 65 a 75 graus. O seu eixo não é exactamente rectilíneo, mas ligeiramente curvo, de concavidade anterior. Todavia esta concavidade não é constante e quando existe é pouco pronunciada. A sua fôrma é a de um cilindro achatado de deante para traz. Na ausencia de toda a dilatação por um corpo extranho, as suas paredes anterior e posterior applicam-se directamente uma contra a outra. A cavidade vaginal é então apenas uma cavidade virtual. Esta disposição em cilindro achatado modifica-se consideravelmente na sua extremidade inferior e superior para se adaptar ás partes visinhas.

Em baixo, ao nivel da vulva, a vagina achata-se no sentido transversal; em cima, do lado do utero, reveste uma forma regularmente cilíndrica.

O comprimento da vagina, do orificio vulvar ao vertice do còlo, é em media de 6 centímetros e meio a 7 centímetros. Este comprimento, medido sobre as suas paredes, aumenta um pouco. O cilindro vaginal está longe de ser regularmente calibrado. Muito estreito na sua extremidade vulvar, alarga-se em seguida gradualmente, indo debaixo para cima, e atinge na visinhança do utero as suas maiores dimensões.

A sua largura varia segundo o ponto que se considera. As paredes da vagina são muito extensíveis e elasticas e a sua capacidade pôde dizer-se igual á do corpo estranho que nela se introduz. Anteriormente, a vagina corresponde, na sua metade superior, á bexiga, que repousa sobre ela pelo trigono e por uma parte do seu baixo fundo. Os dois órgãos estão unidos um ao outro por um tecido celular laxo.

Nesta camada celulosa, entre o baixo fundo e a parte superior da vagina, caminha obliquamente o segmento terminal do ureter. Na sua metade inferior, está em relação com o canal da uretra, constituindo com ele o septo uretro-vaginal.

A face posterior é recoberta, na parte superior, pelo peritoneu, que, refletindo-se sobre o recto, forma o fundo de sacco recto-vaginal. Abaixo d'este fundo de sacco, applica-se immediatamente contra a parede anterior do recto.

A sua extremidade superior abraça circularmente o côlo uterino na união do seu terço inferior com os seus dois terços superiores. A este nivel a tunica musciosa da vagina funde-se com a tunica musciosa do utero e a tunica mucosa, refletindo-se sobre o focinho de tenca, determina a formação dos fundos de sacco vesico-vaginaes. A extremidade inferior, a parte mais estreita e menos dilatavel da vagina, abre-se na vulva por um orificio eliptico, de grande eixo

antero-posterior, na virgem mais ou menos fechado pela membrana himen.

A parede vaginal mede tres a quatro milímetros de espessura. Compõe-se de tres tunicas concentricas: uma tunica externa ou conjuntiva, uma tunica media ou musculosa e uma tunica interna ou mucosa. A tunica externa ou conjuntiva, muito delgada, confunde-se com o tecido celular das regiões visinhas. A tunica musculosa é constituida por dois planos de fibras: um plano superficial de fibras longitudinaes, dispostas paralelamente ao eixo da vagina, e um plano profundo de fibras circulares, de direcção exactamente perpendicular á das fibras longitudinaes. A tunica mucosa forra internamente toda a cavidade vaginal, continuando-se superiormente com a mucosa uterina e inferiormente com a mucosa vulvar.

## Etiologia e patogenia

As fistulas vesico-vaginaes podem ter a sua origem em causas de natureza muito diversa. Porem, as mais comuns, aquelas que constituiam sobretudo outr'ora a imensa maioria das fistulas urinarias, são as que sucedem a um parto laborioso e demorado, de apresentação cefalica.

A pressão da cabeça fetal, applicando durante algumas horas contra a parede anterior da bacia os tecidos situados adeante d'ela, basta para determinar o seu esfacelo e produzir uma comunicação mais ou menos extensa depois da eliminação da escára. As outras apresentações difficilmente dão logar a semelhantes enfermidades, porque então as partes que produzem a compressão do septo vesico-vaginal não apresentam os caracteres de consistencia e irreductibilidade da

cabeça fetal, que são a principal causa da asfixia dos tecidos.

Esta falta de progressão e o estacionamento da cabeça fetal na travessia da bacia resultam, quer da falta de proporção motivada muitas vezes por uma posição viciosa, quer da inércia uterina.

Algumas vezes o septo vesico-vaginal é também rasgado no curso de uma má aplicação de forceps ou de outras manobras obstétricas mal conduzidas. Estas fistulas, outr'ora muito frequentes, teem-se atenuado numa larga escala devido aos progressos realizados em todos os ramos da obstetricia.

Já muito raramente se vê a cabeça fetal ficar estacionaria, sem que se intervenha para apressar a sua descida.

Depois das fistulas de origem obstétrica, veem por ordem de frequencia as fistulas cirurgicas. Estas podem ser produzidas por aparelhos litotridores ou no curso de uma operação por via vaginal ou abdominal, mas é possível ferir a bexiga sobretudo na ocasião de uma histerectomia difficil por cancro uterino.

A lesão produz-se quasi sempre no momento do descolamento vesical. Pode passar despercebida e não ser suspeitada senão no fim da operação, quando a sonda introduzida na bexiga não traz urina ou traz uma pequena quantidade de urina sanguinolenta. Muitas vezes é só nos

dias que seguem a intervenção que a fistula se manifesta.

Legueu diz que a guerra lhe proporcionou ocasião de operar um grande numero de fístulas vesico-vaginaes operatorias; afirma ter operado mais fístulas d'esta natureza durante a guerra que nos dez anos precedentes. Atribue o facto, em parte, á inexperiencia de jovens cirurgiões que durante a guerra tiveram ocasião de praticar grandes operações.

As fístulas traumaticas, consecutivas a um accidente, são bastante raras.

Assinalam-se, todavia, fistulas vesico-vaginaes que sucederam a quedas, na posição de escarranchado, sobre um corpo ponteagudo penetrando na vagina e vindo perfurar o septo vesico-vaginal (Verneuil).

Esta perfuração pode tambem ser produzida acidentalmente por objetos muito variados introduzidos na bexiga ou na vagina, muitas vezes com fins inconfessaveis, (masturbação, aborto) como sondas, canulas, agulhas, lapis, ganchos do cabelo, etc.

Ha tambem fístulas de origem inflammatoria. Resultam em geral de afecções inflammatorias e supurativas localizadas na visinhança do septo vesico-vaginal, determinando a rutura d'este por generalisação do processo.

Corpos extranhos como calculos vesicaes, pessarios, etc., podem tambem provocar a ulce-



ração progressiva do septo, terminando na perfuração.

Veem-se ainda fistulas neoplasicas resultantes, por exemplo, de um canero uterino que, por propagação, termina por invadir a bexiga e o septo. Estas sob o ponto de vista cirurgico teem pouco interesse.

## Anatomia patologica

As fístulas vesico-vaginaes tem a sua séde ao nivel do terço medio ou superior da parede anterior da vagina. Estão quasi sempre sobre a linha mediana, mas podem encontrar-se tambem lateralmente. Do lado da bexiga elas correspondem ao trigono ou ao baixo fundo e muitas vezes estão situadas proximo da embocadura dos uretères. A sua forma é muito variavel: arredondada ou ovalar, de grande eixo transversal ou obliquo, ou mais ou menos irregular. As suas dimensões variam tambem muito. Algumas vezes, trata-se de um pequeno orificio oculto por uma prega da vagina ou por uma brida cicatricial, admitindo a custo a extremidade de um estilete e por isso difficil de notar. Mais communmente, elas tem alguns milimetros de diametro, admi-

tindo por vezes a extremidade de um dedo. Em certos casos de esfacélo extenso, o septo vesico-vaginal é destruído em grande parte, constituindo-se uma especie de cloaca uro-genital.

Os bordos da fístula, quando elas são recentes, são em geral delgados e simples e a seu nivel a mucosa vesical continua-se com a mucosa vaginal. Nas fístulas antigas, os bordos são espessos, endurecidos, e a esclerose pode estender-se mais ou menos longe no septo vesico-vaginal. A vagina, a principio indemne, termina por irritar-se pelo contacto permanente da urina. Ha em breve escoriações, lesões inflammatorias, ás vezes verdadeiras ulcerações, que, cicatrizando, dão logar a placas de esclerose, bridas e diverticulos, onde podem desenvolver-se cálculos.

A estas alterações podem associar-se outras provenientes da cicatrização de lesões contemporaneas da fístula, mas menos profundas. Toda a espessura das paredes vaginaes pode ser invadida por tecido cicatricial que transforma a vagina num tubo rigido, mais ou menos apertado, e dificultando extraordinariamente a exploração e o tratamento.

A bexiga apresenta algumas vezes uma diminuição do seu volume e as suas paredes infiltradas por tecido fibroso. A sua infecção em geral é tardia, mas com o tempo podem observar-se a ureterite e lesões renaes.

### - - - Sintomatologia

O sintoma mais importante, aquele por que primeiro se manifestam as fístulas vesico-vaginais, é a incontinência da urina. A sua aparição varia com a natureza da fístula. Se é traumática ou cirúrgica, é em geral imediata. Se é obstétrica, produzida pela compressão da cabeça fetal, o que é o caso mais frequente, então manifesta-se somente alguns dias após o parto, visto que é necessária a eliminação dos tecidos necrosados para se estabelecer a comunicação. A incontinência urinária pôde ser contínua ou intermitente. Quando se trata de uma fístula larga, ocupando uma certa extensão do septo vesico-vaginal, a incontinência é permanente; quando, ao contrário, a fístula é de dimensões muito reduzidas, pode ser intermitente. A sede da

fístula e a posição da doente teem também influencia no mecanismo da intermitencia.

Numa fístula altamente situada e na posição de pé, a bexiga retém na sua parte inferior uma certa quantidade de urina, que sai imediatamente pela fístula, se a doente se deitar. Do mesmo modo se uma fístula está situada junto do cólo vesical e a posição é horisontal, a urina acumula-se no baixo fundo; mas, logo que a doente passe á estação vertical, a urina escôa-se abundantemente pela vagina. Compreende-se egualmente, como uma fístula situada lateralmente não deixe passar a urina, senão quando a sua portadora está deitada sobre o lado correspondente.

A intermitencia pode ainda ser devida a outros mecanismos. Ha mulheres que reteem a urina apertando as coxas, noutras o levantador do anus e os constritores da vagina podem desempenhar o papel de esfincter e, contraindo-se, impedir a saída da urina.

Alem deste sintoma capital ha ainda outros sintomas, embora menos importantes. A perda incessante de urina determina, ao nivel das pregas vulvares, da face interna das coxas e da região anal, lesões de irritação extremamente penosas: eritemas, escoriações, etc.

Alem disso, a doente exala um cheiro urinoso, muito desagradavel para si e para a sua entourage.

## - - - Diagnostico

A incontinencia urinaria é, como já vimos, o primeiro e o mais importante sintoma das fistulas vesico-vaginaes, mas pode tambem haver incontinencia de urina sem haver fistula. É o que se observa imediatamente depois de certos partos laboriosos, como consequencia de uma paralisia do esfíncter, ou depois de um cateterismo prolongado. Por isso, antes de afirmar a fistula, temos de verificar se a perda da urina se faz pelo canal da uretra ou pela vagina. Constatado que a urina sae pela vagina, torna-se necessario reconhecer exatamente a sua sede e as suas dimensões.

O toque vaginal pode dar-nos uteis ensinamentos sómente nas fistulas um pouco largas, sobretudo introduzindo na bexiga, pela uretra,

uma sonda que o dedo colocado na vagina poderá sentir directamente. Em todos os outros casos é necessario praticar o exame directo da parede vaginal anterior.

Este exame faz-se em geral na posição dorso-sagrada, utilizando o especulo ou as valvulas e abaixando o colo uterino, em caso de necessidade, por meio de uma pinça de Museaux. Podemos tambem aproveitar a posição lateral de Sims e sobretudo a posição genu-peitoral, que são particularmente favoraveis para bem expor á vista a parede anterior da vagina. Nos casos simples isto é suficiente para ver o orificio da fistula e precisar os seus caractéres. Mas, muitas vezes, a vagina está estenosada, esclerosada e inextensivel, difficilmente exploravel, e a fístula escondida no fundo de um funil cicatricial ou encoberta por bridas e tractos fibrosos e por isso mais ou menos invisivel. Um estilete recurvado, passeado sobre a parede vaginal, pode não chegar a penetrar no trajecto. Nestes casos difficeis, as fistulas são descobertas pela injecção na bexiga de liquidos còrados, tépidos e asépticos: solução de permanganato de potassio ou azul de metilena, leite esterilizado, tinta de escrever diluida (Verneuil), etc. Nos casos ainda mais complexos, em que, depois de uma injecção vesical, se vê a vagina encher-se de liquido sem que seja possivel descobrir o orificio que lhe dá passagem, Pozzi aconselha secar bem a parede

vaginal anterior e aplicar sobre ela uma tira de papel mata-borrão enquanto a bexiga se enche; em breve uma mancha humida indica no papel o ponto em que a fistula tem a sua séde. Podemos ainda introduzir na vagina um tampão embebido em cianeto de potassio, que córa de violeta ao contacto de uma solução de sesquioxido de ferro injectada na bexiga (Nélaton) ou pincelar a parede anterior da vagina com uma pomada de sal de chumbo e fazer ingerir á doente iodeto de potassio, a fim de, por uma mudança de coloração, ao nivel da fistula, se notar a sua sede. É necessario, finalmente, estabelecer que se trata de uma fistula vesico-vaginal e não de uma outra fistula urinaria. As fistulas uretero-vaginaes são as que mais facilmente se podem confundir com as fistulas vesico-vaginaes, sobretudo com as altamente situadas.

A sua séde é, em geral, lateral, os liquidos córados injectados na bexiga não saem para a vagina e as micções existem, embora menos abundantes. A cistoscopia permite ainda resolver certos casos duvidosos, constatando-se, quer a ausencia de ejaculação do ureter, se este está lesado, quer a presença do orificio fistular na bexiga, se a fistula é vesico-vaginal. Nas fistulas vesico-uterinas, a urina ou os liquidos córados injectados na bexiga saem pelo orificio do colo uterino.

Nas fistulas uretro-vaginaes a urina escapa-se pela vagina sómente durante as micções e a sua séde é muito baixa.



## Evolução e complicações

As fístulas vesico-vaginaes são susceptíveis de curar espontaneamente durante o periodo de reparação que segue a queda da escára. Ains Haner (de Stuttgard) viu a cura produzir-se no fim de tres mezes ; Debout, no fim de cinco mezes ; Fabrice de Hilden, depois de oito mezes. Estes casos são todavia relativamente raros e é preciso não contar com a cura espontanea.

A maior parte das vezes o trabalho de reparação é insufficiente e a fístula torna-se definitiva.

A existencia destas fistulas, alem de poder dar logar com o tempo á infecção utero-anexial e das vias urinarias superiores, exerce tambem influencia sobre as funções genitales, arrastando irregularidades da menstruação e provocando frequentemente a esterilidade e o abôrto.

## - - - - Prognostico

Antigamente as fístulas vesico-vaginais eram consideradas incuráveis. As doentes portadoras d'esta enfermidade estavam condenadas a conformarem-se, bom ou mau grado, com uma situação devêras penosa, mercê do isolamento a que as votava. Hoje, graças á precisão e á multiplicidade dos recursos tecnicos, o prognostico terapeutico das fistulas vesico-vaginaes melhorou consideravelmente. A sua maior ou menor benignidade depende da sede da fístula, da sua extensão, do estado dos tecidos e do grau de infecção das vias urinarias. As fístulas altas, juxta-cervicaes, são mais graves do que as fístulas da parte media, a sua obliteração é mais difficil e a vizinhança do ureter torna muitas vezes as intervenções particularmente perigosas. As largas

perfurações do septo vesico-vaginal são na sua maioria lesões definitivas, incuráveis, e todas as tentativas de reparação resultam vãs. Nas velhas fístulas, quando a mucosa vaginal está alterada em volta do orifício e as paredes vaginaes se tornaram rígidas e inextensíveis, o tratamento é por vezes d'uma extrema dificuldade.

Se a bexiga está infectada e as urinas são sépticas, as suturas desunem-se e as tentativas operatorias não dão senão insucessos. Não me refiro ás fístulas neoplásicas, cujo prognóstico é sempre grave, não tanto por si como pelo processo que as produz.

## - - - - Tratamento

### Historia

Foi Roohuysen que em 1663 fez as primeiras tentativas de tratamento das fistulas vesico-vaginaes praticando o avivamento seguido de sutura ; mas o insucesso desencorajou os cirurgiões. Dieffenbach, mestre em cirurgia plastica e reparadora, declarara numa formula desanimadora que «a cura de uma fistula vesico-vaginal se contava entre as grandes raridades».

Apesar d'esta opinião tão pessimista e da constancia dos insucessos, que bem a justificavam, a situação das mulheres votadas a esta incontinencia absoluta de urina era tão deploravel, d'um tal embaraço para a vida normal, que,

se por um lado o esforço perseverante dos cirurgiões continuava a proseguir na descoberta dos meios tecnicos proprios para assegurar a oclusão d'estas fistulas, por outro lado a paciencia inexgotavel das doentes resignava-se a uma serie de tentativas sucessivas.

Nenhum documento é mais interessante e fornece melhor lição de tenacidade do que a historia das multiplas tentativas feitas por Marion Sims para terminar na sua tecnica definitiva, vencendo perplexidades e não desanimando jamais o seu espirito engenhoso e firme. Durante mais de quatorze anos de indagações, a cura das fístulas vesico-vaginaes foi em Marion Sims «a causa de uma verdadeira monomania humanitaria» no dizer de Verneuil. Era grande o fanatismo que ele comunicava ás suas doentes e grandes exemplos de perseverança eram tambem fornecidos por muitas d'elas. Citam-se muitos casos de mulheres, recidivistas tenazes da operação, que voltavam ás mãos do cirurgião pela sexta, setima e oitava vez, mas o record d'esta fé robusta na cirurgia pertence á joven negra na qual Sims conseguiu em 1849 a sua primeira cura radical de fistula vesico-vaginal e que vem «sem murmurio» colocar-se sobre a mesa de operações pela trigesima vez!

Bem antes da era antiseptica o problema tecnico encontrava-se resolvido nos seus pontos essenciaes e os aperfeiçoamentos do periodo

contemporaneo não dizem propriamente respeito aos principios fundamentaes. Estes principios, de importancia capital e cuja observação é indispensavel para o bom sucesso terapeutico, consistem no avivamento largo e no afrontamento perfeito. Eles constituem as condições dominantes. A sua realisação pode no entanto fazer-se por formas e modos variaveis de avivamento e pelo emprego de meios de sutura diferentes. Tres homens contribuíram particularmente para estabelecer este duplo principio.

Hayward desde 1833, para afrontar boas superficies, executou o descolamento das laminas vesical e vaginal, já indicado por Dieffenbach, processo que a cirurgia contemporanea renovou e melhorou sob o nome de processo por desdobramento.

Em 1834 um cirurgião francês, Jobert de Lamballe, praticou a elitroplastia, obliterando a fistula por um retalho tirado sobre o grande labio ou sobre a coxa. Velpeau, Roux, Gerdy, modificaram um pouco o processo, indo buscar o retalho ás paredes da vagina. Algum tempo depois, em 1845, Jobert executou a elitroplastia por deslisamento, mostrando o partido que se podia tirar das incisões libertadoras e do descolamento quer mesmo da desinserção da vagina ao nivel do cólo, para mobilisar o labio posterior por deslocamento vaginal, e para facilitar a sua aproximação com o labio anterior. Era já um

aperfeiçoamento consideravel, mas ainda insufficiente.

A contribuição de Marion Sims domina a historia do tratamento das fistulas vesico-vaginaes. Nós devemos-lhe progressos de primeira ordem :

A substituição do avivamento dos bordos pelo avivamento em superficie ou em cuveta, por excisão de uma zona circular da mucosa vaginal perifistular; a creação do especulo univalvular, em goteira, tipo actualmente fóra de uso, mas de que derivaram todos os nossos modelos de valvulas vaginaes; o emprego para a sutura de fios de prata de pequenos calibres, progresso material que pareceu a Sims o elemento decisivo na solução d'este problema e que, efectivamente, assegurava melhor a asepsia da sutura, substituindo os antigos fios de seda, penetraveis pelos liquidos e facilmente infectados, por um fio cheio e impermeavel.

São estes tres aperfeiçoamentos que caracterizam o metodo americano e asseguram o seu valor pratico. São completados por detalhes accessorios como a preparação préoperatoria, a posição da doente (em semi-pronação sobre o lado esquerdo como o regulou Sims ou em decubito genu-peitoral como o recomendou Bozeman) a instrumentação propria para a colocação de fios metalicos (instrumentação actualmente desusada) e outros cuidados post-operatorios.

Bozeman, habil discipulo de Marion Sims, executou e vulgarizou o metodo nas suas viagens de demonstração a Londres, Paris e Viena. O metodo americano foi durante muito tempo o unico empregado.

No periodo contemporaneo, o processo do desdobraimento vesico-vaginal embargou-lhe o passo e substituiu-o no favor e na pratica dos cirurgiões. Não é senão o velho novo, o regresso ás primeiras concepções de Dieffenbach, Hayward, Gerdy, Colles e Duboué, de Pau, que em 1864 o preconizou para em breve ser esquecido.

Com a antisepsia este desdobraimento largo do septo vesico-vaginal foi retomado: na Alemanha por Saenger, Fritsch e Mackenrodt; na Russia por Fenomenoff: em França por Ricard e Quénu. Neste processo a superficie de avivamento é ao maximo, sem sacrificio das suas partes, e o afrontamento faz-se em duplo andar, um plano de sutura vesical sustentado por um plano de sutura vaginal.

Fergusson descreveu em 1895 um outro processo de duplo plano; Martin (de Berlim) já o tinha empregado e Braquehayé apresentou-o quatro anos mais tarde. Aqui a clivagem do septo vesico-vaginal não se pratica excentricamente, partindo do contorno da fistula, mas concentricamente, fazendo á volta e a alguns milímetros do orificio uma incisão circular permitindo o desdobraimento de um colar de



mucosa vaginal dissecado até dois milímetros da fístula, depois invertido e suturado sobre a linha mediana e recoberto pelo plano de sutura da larga zona cruenta avivada afóra pela dissecação.

Para abordar as fístulas altamente situadas, difficilmente acessiveis pela vagina, com a segurança da asepsia, outras vias se ofereciam ainda aos cirurgiões.

Na operação, chamada de Trendelenburgo, o tentada por este autor desde 1881, abre-se acesso á fístula, atravez da bexiga, por uma talha hipogastrica. Na operação subperitoneal proposta por Bardeneuer (de Colonia) o operador descobre a bexiga sem cortar o peritoneu, descola o folheto peritoneal retro-vesical até ao fundo de sacco vesico-uterino, desdobra o septo vesico-vaginal até ultrapassar a fístula, que depois é directamente suturada.

Dittel, em 1893, inaugurou a via transperitoneal aproveitada em 1904 por Fergue para a oclusão de uma fístula cervical profunda, inabordable por via vaginal.

Legueu, em 1912, aproveita tambem a via transperitoneal, mas com uma modificação importante.

Enquanto que Fergue fazia o descolamento da bexiga com o utero e o desdobramento dos dois orificios pelo abdomen, mas sem penetrar na bexiga, Legueu faz pelo abdomen uma ope-

ração atravez da bexiga e nisso está toda a originalidade do processo. E' uma operação intra-vesical pelo peritoneu ou operação transperitoneo-vesical de Legueu.

Cathelin, em julho de 1919, assinala um caso de fístula vesico-vaginal operatoria curada por inversão endovesical com cateterismo permanente dos ureteres.

Michaux preconizou a via isquio-rectal. Para as fistulas inabordaveis, complicadas de largas perdas de substancia ou de apertos cicatriciaes, infrutuosamente operadas, restava o metodo paliativo, que visa a oclusão indirecta da fístula pela obliteração da vagina. Esta oclusão transversal da vagina abaixo da fístula, esta colpo-cleisis, de que Bérard teve a primeira ideia em 1845, é apenas um expediente dum emprego inteiramente excepcional.

### Operações por via vaginal

Quando uma comunicação entre a bexiga e a vagina é recente e estreita, a colocação de uma sonda permanente e a ligeira cauterisação do orificio podem favorecer a cicatrisação e a sua obliteração. Mas quando a fistula é definitivamente estabelecida, de bordos bem cicatrizados, o melhor tratamento é o cirurgico. A operação por via vaginal deve ser sempre pre-

ferida desde que possa ser executada em boas condições e a fístula seja bem acessível por esta via.

A doente nestas operações é colocada em decubito dorsal, a bacia bastante elevada — posição pelvi ou sacro-dorsal de Simon — os membros inferiores bem afastados e fixados sobre as antenas de Doyen, e a mesa de operações ligeiramente inclinada, o que favorece um pouco a boa exposição da parede vaginal anterior. O decubito lateral esquerdo — posição em pronação de Sims — é abandonado; do mesmo modo a atitude genu-peitoral de Bozeman que não é compatível, nem com a anestesia, nem com uma posição prolongada.

A exposição da parede vaginal e a descoberta da fistula fazem-se por meio de uma larga valvula colocada sobre a parede posterior, deprimindo fortemente o perineo, sobretudo nos casos de fistulas baixamente situadas não complicadas de bridas ou septos cicatriciaes. Graças á posição elevada da bacia, o eixo da vagina tornando-se obliquamente descendente e a parede anterior da vagina aproximando-se cada vez mais da vertical, a fistula é em geral bem iluminada e bem acessível ao operador. Operando assim sobre uma região bem exposta, simplifcou-se extraordinariamente o antigo arsenal das fistulas, indispensavel quando se trabalhava no fundo da vagina. Para se trabalhar com mais

comodidade e precisão procurou-se abaixar o mais possível a zona da fístula. O meio mais simples consiste em abaixar o utero por meio de uma pinça de garras: é a Jobert que pertence o merito de ter regulado esta manobra, que aproxima o campo operatorio da vista e da mão do cirurgião. Mas o cólo, infelizmente, nem sempre obedece a esta tracção; é necessario contar com a sua fixidês por adherencias, com massas cicatriciaes que endurecem a parede vaginal, sobretudo na região do Douglas. Estas dificuldades, em certas fistulas, vão ao maximo e torna-se muitas vezes impossivel operar por esta via.

Hayward, desde a sua primeira tentativa de 1829, para abaixar o septo vesico-vaginal e tornar a fístula acessivel á vista e aos instrumentos, introduzia na uretra uma grossa vela, que um auxiliar levantava, deprimindo assim a parede vesical e apresentando ao operador a zona da fistula. Outros cirurgiões teem procurado realisar a fixação da zona operatoria de maneiras diversas. E' classico fixar a parede vaginal em volta do orificio fistuloso por meio de pinças, o que é facil quando as fistulas são baixas e os tecidos estão normaes. Mas nas fistulas um pouco altas, sobretudo nas juxta-cervicaes, são embaraçadoras e de difficil colocação. Pasteau, com o fim de apresentar a região fistular, fez construir por Collin um aparelho com a forma de uma

espatula, cuja superfície, ligeiramente convexa, apresenta um pequeno rebordo destinado a impedir o deslissamento da mucosa vesical.

Forge, para o mesmo fim, serve-se simplesmente do dedo e afirma que ele é de grande comodidade no abaixamento do septo, oferecendo um bom plano de resistencia para conduzir o trabalho de clivagem vesico-vaginal e servindo ao mesmo tempo de reparo util neste desdobramento. Antes porem, ele faz uma dilatação extemporanea da uretra feminina.

E' facil forçar suficientemente o seu calibre para admitir, sem grande dificuldade, um index de tamanho medio. Foi Sanson o primeiro que empregou este processo e Villeneuve assinalou-o em 1904 á sociedade de cirurgia de Marselha. Tem a desvantagem de o cirurgião ficar apenas com a mão direita disponivel para o avivamento, sendo necessario confiar a um auxiliar as pinças enquanto o operador se serve do bisturi, d'onde resulta uma menor regularidade de conjunto no jogo combinado dos instrumentos de fixação e disseccção.

**Método Americano** — A regra neste metodo é crear uma zona de avivamento, o mais larga possivel e fortemente obliqua, em cuveta, fazendo a excisão de toda a espessura do septo desde a mucosa vaginal até á mucosa vesical, mas poupando esta. Para isso, com o bisturi faz-se

superficialmente uma incisão sobre a mucosa vaginal em volta da fistula e a seis ou oito milímetros d'esta. Depois, procura-se dissecar cada semicircumferencia da fistula, tanto quanto possível, em um retalho, que se fixa com uma pinça de dente de rato e se liberta a golpes de bisturi ou de tesoura. Este avivamento deve ser continuo, uniforme, regularmente obliquo da vagina para a bexiga. Terminado ele, resta apenas proceder á sutura. O fio de escolha é a crina de Florença ou o fio de prata fino. As melhores agulhas para esta sutura, em um só plano, são os modelos curvos de Hagedorn. Para passar os fios perfura-se a mucosa vaginal a cinco milímetros do seu bordo de avivamento, conduzindo a agulha de maneira a sair a um milimetro do orificio vesical; depois, carrega-se simetricamente o labio oposto. Colocados os fios, que devem ficar distanciados quatro a cinco milímetros uns dos outros, fixam-se por meio de nós ou por torsão, segundo se emprega a crina de Florença ou o fio de prata. Para a fixação dos fios de prata Bozeman servia-se de uma placa de chumbo, do comprimento da fistula e de um centimetro de largura, na qual praticava uma serie de orificios correspondentes aos pontos de sutura. Atravez d'estes orificios fazia passar os fios de prata, que eram fixados justamente á placa por meio de pequenos aneis de ehumbo, que esmagava com uma pinça especial.

O avivamento á americana, que foi durante muito tempo o processo classico, passou nos ultimos tempos a ser cada vez menos empregado, dando-se a preferencia ao desdobraimento, que oferece mais vantagens e é de resultados mais seguros.

Todavia, ao antigo avivamento de Sims restam ainda indicações. E' o metodo a preferir em certas fistulas vesico-vaginaes de paredes cicatriciaes, prestando-se mal á clivagem das duas laminas vesical e vaginal, e em outros casos em que o desdobraimento não pode ser feito em boas condições.

**Processo francês ou de desdobraimento**—Depois de bem exposta a fístula, na união da mucosa vaginal com a vesical, sobre todo o contorno do orificio fistuloso, pratica-se uma incisão circular, que se prolonga á direita e á esquerda sobre a mucosa vaginal. Em seguida, procede-se á disseção do labio posterior d'esta incisão por meio de bisturi ou de tesoura, penetrando por clivagem e desdobrando o septo numa extensão sufficiente, de um a tres centimetros, segundo os casos. Sobre o labio oposto repete-se a mesma manobra. Obtem-se assim uma lamina vesical largamente avivada em volta do orificio e dois retalhos vaginaes relaxados, bem moveis e propicios para uma exata coaptação.

Fecha-se o plano vesical com catgut fino,

por pontos separados ou a sutura continua, evitando sempre fazer passar os fios na cavidade vesical.

Por cima suturam - se os dois retalhos vaginaes a crina de Florença ou fio de prata fino, alternando duas ordens de sutura, uma de sustentação e outra de reunião de bordos. Na primeira os fios atravessam os retalhos proximo da sua base de maneira a encosta-los pelas suas faces avivadas, na segunda os fios são passados perto dos seus bordos de modo a bem regularisarem o afrontamento. Para melhor sustentação reciproca, opõe-se tanto quanto possivel a linha de direcção dos dois planos de sutura.

Neste metodo, como se vê, o avivamento é tão largo quanto se quer e sem nenhuma perda de estofo, o que tem a sua importancia, porque, no caso de insucesso, a fistula não é alargada e ficamos com os mesmos tecidos de que dispunhamos antes. Ao mesmo tempo, a criação de dois retalhos avivados, bem moveis, permite-nos a sua facil aproximação, com o minimo de tensão, e um afrontamento em dois planos de sutura que se prestam natural apoio, sobretudo se se cruzar a sua direcção, orientando um no sentido transversal e outro no sentido vertical. Estas vantagens conferem a este metodo, na tecnica e nos resultados, grande superioridade sobre o metodo americano.



**Processo de Braquehay** — Secciona-se a mucosa vaginal circularmente a cerca de um centimetro da fistula. Desdobra-se em seguida o septo, dirigindo-se da periferia para o centro, da linha de incisão para o orificio fistuloso, que se tem o cuidado de não atingir. Obtem-se assim um colar de mucosa aderente a todo o contorno da fistula.

Inverte-se este colar para a bexiga e procede-se á sutura com catgut fino, afrontando, não só os seus bordos, mas tambem as suas faces avivadas, de modo a obter-se uma larga superficie de encostamento, sem que todavia a agulha perfure a mucosa. Fica d'este modo obliterado o orificio fistuloso.

Resta-nos, afóra d'este colar suturado, uma zona sangrenta semelhante ao avivamento americano. Aproximam-se os seus bordos por meio de uma segunda linha de sutura, a pontos separados, com crina de Florença.

Neste processo a fístula é obliterada por um retalho de mucosa vaginal, a sutura vesical realiza-se sem tracção dos tecidos e, como o processo do desdobramento, tem tambem o mérito de sobrepor dois planos de sutura. Os resultados obtidos por este metodo parecem ser ainda superiores aos do metodo francês. Ao lado das vantagens apontadas tem todavia um defeito. Se a sutura falha, o colar mucoso é quasi totalmente sacrificado, havendo portanto uma perda

de estofa, o que vem prejudicar a operação seguinte.

Temos passado em revista os processos mais correntes no tratamento das fístulas vesico-vaginaes acessiveis pela vagina. Quando, porem, estas fistulas são inabordaveis por via vaginal, outras vias de acesso se nos oferecem ainda: a via supra-pubica e a via isquio-rectal.

### — Via supra pubica

**Operação transvesical de Trendelenburgo** — Colocada adoente em posição de Trendelenburgo, faz-se uma incisão supra-pubica, mediana e vertical, evitando ferir o fundo de sacco prévesical, que se procura reconhecer e se recalca com o dedo. Em seguida, abre-se a bexiga, atacando-a pela sua face anterior, e afastam-se os labios da incisão por meio de um instrumento apropriado, de maneira a expor bem a parede posterior do reservatorio vesical. Procura-se a fistula e, depois de bem reconhecida a sua séde, a sua forma e as suas relações com os uretêres, trata-se, quer pelo avivamento, quer pelo desdobraimento, como uma fistula operada por via vaginal.

Em caso de necessidade, um auxiliar introduz um dedo na vagina e procura levantar a sua parede anterior, facilitando assim a tarefa ao operador. Oblitera-se em seguida por uma

sutura a catgut, em um plano no caso de avivamento, em dois planos sobrepostos no caso de desdobraimento, empregando para esse fim uma agulha de Reverdin bastante curva ou uma agulha de Hagedorn montada.

Sutura-se, por fim, a bexiga e a parede abdominal, deixando uma sonda permanente ou fazendo a drenagem vesical supra-pubica.

A operação transvesical de Trendelenburgo recomenda-se pela sua benignidade, pela precisão tecnica da talha hipogastrica e pela possivel drenagem temporaria supra-pubica; mas muitas vezes o avivamento nesta operação, devido á profundidade, torna-se muito difficil. O melhor é avivar por desdobraimento, com o auxilio de um bisturi curvo, e suturar isoladamente o plano vaginal e o vesical; porem, em certos casos, temos de nos contentar com o avivamento em funil, como succedeu á doente da minha observação, ou mesmo com o avivamento por curetagem do bordo, como succedeu recentemente a Chevassu.

Tambem na sutura se topa com grandes difficuldades; é por vezes difficil carregar na profundidade os labios avivados poupando os uretéres. Esta sutura é feita a catgut para evitar os calculos por incrustação dos fios permanentes. Gourwitch; na sua tese de 1912, reune 25 observações com 15 sucessos completos.

Muito recentemente, Cathelin publicou no

Jornal de Urologia um caso de fistula vesico-vaginal operatoria curada por inversão endovesical com sondagem permanente dos uretères. A doente portadora d'essa fistula aparece a consultar Cathelin no Hospital de Urologia em maio de 1914, referindo que lhe apparecera a incontinencia de urina em consequencia de uma histerectomia para um kisto dermoide, feita 14 mezes antes, e tendo já soffrido, sem successo, uma intervenção por via vaginal feita tambem pelo primeiro operador. Entrou em 3 de Junho do mesmo ano no serviço hospitalar e em 5 do mesmo mês era operada por Cathelin com pleno successo.

Vista novamente á data de 9 de abril de 1919, a doente mantinha um perfeito estado da continencia.

Eis, em resumo, a tecnica empregada por Cathelin :

1.º tempo — Talha supra-pubica, depois da introdução de uma vela filiforme pelo orificio vaginal (afim de facilitar o reparo) que se manterá com o auxilio de um tampão de algodão ou gaze ;

2.º tempo — Secção circumferencial da mucosa a uma distancia conveniente da fistula e dissecação centripeta até ao rebordo fistular ;

3.º tempo — Inversão do cone fistular para o lado vaginal e sutura musculo-musculosa por tres ou quatro fios de sêda, n.º 0 ou n.º 1 ;

4.º tempo — Sutura de reforço muco-mucosa solidarizando-se com o plano profundo, a catgut n.º 1 de preferencia ;

5.º tempo — Cateterismo ureteral duplo durante dez a quinze dias com uma sonda n.º 8 cujas extremidades se fazem passar pela uretra e, em caso de necessidade, sonda vesical de contrôle.

6.º tempo — Sutura da bexiga e da parede abdominal.

Cathelin termina a sua comunicação por estas considerações :

«En résumé, pour ma part et étant donné les échecs nombreux que j'ai eus avec les plasties purement vaginales, du fait des difficultés à bien travailler au fond d'un vagin qui ne s'y preste pas, je serais assez disposé à abandonner ces manoeuvres pour leur substituer la cure radicale par voie haute après taille, où l'on voit mieux ce qu'on fait et permettant d'opérer avec sécurité.

L'opération n'est ni plus longue ni plus dangereuse, mais il est capital d'introduire avant l'intervention une fine bougie filiforme par l'orifice fistulaire afin de repérer dans une vessie dont les moindres plissements cachent le plus petit orifice. J'insiste sur l'importance du cathétérisme des deux uretères très facilité et permettant une réunion per primam de la vessie complètement asséché pendant quinze jours. La

technique ainsi proposée me semble supérieure à tous les autres procédés donnés jusqu'à ce jour».

Marion para as fistulas vizinhas do còlo, que facilmente se atingem pela vagina, julga ser muito sufficiente a via vaginal, mas está absolutamente de acordo com Cathelin para a escolha da via vesical quando se trata de fistulas vesico-vaginaes profundamente situadas. Eis as palavras de Marion a este respeito: «Tout récemment, j'ai eu encore la preuve de cette supériorité. Il s'agissait d'une malade qui, à là suite d'un accouchement extrêmement laborieux, perdait ses urines par le vagin. J'avais vu assez difficilement la place de la fistule par le vagin; or, lorsque j'eus ouvert la vessie, je pus constater qu'il y avait, non pas une, mais deux fistules, dont l'une extrêmement étroite qui avait certainement échappé par le vagin. Cette malade est guérie de ses fistules vesico-vaginales, mais il persiste une fistule urétéro-vaginale que les fistules vesico-vaginales avaient empêché de constater. Donc, a mon avis, pour ces fistules haut situées, difficilement abordables par en bas, la voie vésical est la voie de choix, puisqu'elle permet leur mise à jour large, leur traitement facile.»

Marion concorda tambem, para a cura d'estas fistulas, com o metodo de inversão, que diz ser excelente. Crê tambem que é bom suprimir, tanto quanto possivel, o contacto da urina,

mas para isso emprega um meio diferente, coloca a doente em posição ventral.

Habitua-a a esta posição nos dias que precedem a operação, dizendo ser facil conserva-la depois, após a operação, sete ou oito dias. Durante este periodo, coloca uma sonda permanente na bexiga. Pensa que a posição ventral é talvez superior á derivação pela sonda ureteral, visto que esta poderá provocar de tempos a tempos uma infecção ascendente, tanto mais que a bexiga atingida de fistula está muitas vezes infectada. Marion termina por estas palavras: «En résumé: voie vésicale, voie de choix pour aborder les fistules haut situées; méthode de dédoublement et de retournement, méthode de choix pour le traitement de la fistule; suppression du contact de l'urine avec la plaie, pouvant être évitée par une autre moyen que le double cathétérisme urétéral».

Pasteau, a proposito da comunicação de Cathelin, não fala propriamente da tecnica por este empregada, mas refere-se sobretudo ás operações por via vaginal e entende que o quadro das intervenções por esta via pode ser consideravelmente alargado. Eis a sua opinião sobre este assunto:

«J'ai suivi avec intérêt les détails de l'intéressante communication de Cathelin; certes le succès de son intervention mérite d'être noté, mais, á mon avis, il serait imprudent de trop

généraliser à propos de cette intervention, et avant de vanter les mérites des opérations par la voie haute, Marion a rappelé avec beaucoup de raison que les opérations par la voie vaginale sont capables, elles aussi, de donner d'excellents résultats dans les cas de fistules de petites dimensions ou situées au voisinage du col vésical. Pour ma part, j'estime que ces opérations par voie vaginale sont à conseiller beaucoup plus souvent encore, mais j'ajoute qu'elles ne peuvent réussir qu'à certaines conditions qu'on ne trouve généralement pas indiquées dans les comptes rendus opératoires et qui, à la vérité, ne sont même pas citées dans les traités de médecine opératoire. C'est là une lacune qu'il importe de combler.

.....

Personnellement, je crois que si certains opérateurs manquent si souvent le but, c'est parce qu'ils oublient qu'il ne faut pas placer de pinces sur les futurs lambeaux pour amener la fistule à la vulve, pour dédoubler la paroi, pour placer les fils».

Pasteau afirma em seguida ter utilizado com resultado o instrumento da sua invenção, a que já atrás me referi, e que, introduzido na bexiga, permite abaixar a zona da fistula, tornando-se então facil traçar as incisões, praticar o desdobraimento e fazer suturas, sem necessidade de traumatizar os bordos da fistula com as pinças.



Assim a reunião far-se-hia normalmente. Termina com estas considerações: «Pour ma part, je n'ai pas eu les insuccès dont on parle. Marion nous a dit qu'il a guéri par la voie haute une malade qui avait été opérée 4 fois, j'ai moi-même guéri par voie vaginale une malade qui avait été opérée 7 fois sans succès; j'ai fermé des fistules larges, comme celles qui résultent d'une cystotomie de drainage pour cystite. Loin de moi la pensée, naturellement, qu'on peut opérer ainsi et guérir toutes les fistules vesico-vaginales; mais, par contre, j'estime qu'on peut, avec les précautions que je viens de rappeler, étendre singulièrement le cadre des fistules justiciables de la voie basse».

#### **Operação extra-peritoneal de Bardenheuer —**

Nesta operação chega-se até á fistula por descolamento do peritoneu retro-vesical e desdobramento do septo vesico-vaginal. Bardenheuer não teve até ao presente imitadores.

#### **Operação transperitoneal de Dittel-Forgue —**

Feita a laparotomia, incisa-se transversalmente o fundo de sacco vesico-uterino, descola-se a bexiga da face anterior do utero e da vagina até chegar á fistula, e procede-se em seguida ao avivamento e á sutura dos seus bordos. Esta operação foi praticada pela primeira vez por Dittel em 1893, mas sem resultado. Forgue em

1904, ignorando a tentativa anterior, praticou-a novamente, obtendo apenas um resultado parcial. Numa segunda intervenção executada posteriormente e em que Forgue, para melhor facilidade de sutura, fez uma histerectomia complementar, o exito foi tambem incompleto. Forgue pensa que não se deve abandonar este metodo mas aperfeiçoar a sua execução.

#### **Operação transperitoneo-vesical de Legueu —**

Legueu praticou pela primeira vez esta operação em dezembro de 1912. A doente deu entrada na clinica de Necker nesse mesmo mez e tinha em agosto do mesmo ano sofrido no hospital Laënnec uma histerectomia total para um fibroma uterino. Doze dias depois desta primeira operação, notou-se que tinha incontinencia urinaria, porem, não se deu conta de que a doente perdia a urina pela vagina e pensou-se antes numa incontinencia passageira devida ao esfinter produzindo-se pela uretra. Saindo do hospital a incontinencia manteve se e verificou-se depois que a doente perdia a urina pela vagina. O toque permitia sentir no fundo desta um orificio arredondado. Ao especulo via-se um orificio deprimido sobre a parede vaginal anterior. O exame cistoscopico revelava tambem no meio da face posterior da bexiga, acima do trigono, exactamente sobre a linha mediana, entre os dois uretères, um largo ori-

ficio, muito nitido, com os bordos bem cobertos de mucosa. Os bordos da fistula eram arredondados de maneira muito regular. Legueu, operando-a por via transperitoneo-vesical, obteve pleno resultado. Eis os detalhes d'essa operação:

Laparotomia mediana, depois da incisão da antiga cicatriz. Aberto o peritoneu, recalçadas as ansas intestinaes e protegidas por uma compressa, colocado o seu afastador automatico, o operador inspeciona a cavidade pelvica, que vê absolutamente livre de adherencias. A face posterior da bexiga continua-se regularmente com a face posterior da vagina. Uma vaga linha cicatricial, um pouco festonada, permite dizer o ponto em que se encontra a continuação dos dois órgãos.

Para aproximar o mais possivel a zona de operação, exerce, com pinças, tracções sobre o peritoneu peri-vesical. Alem d'isso, fixa com duas pinças de Museux a face posterior da vagina um pouco atraz da zona em que se confunde com a bexiga. Então com o bisturi faz uma incisão no meio da face posterior da bexiga e, continuando-a sobre a vagina, cae na fistula. Os labios da incisão afastam-se e veem-se os dois orificios da fistula vesico-vaginal. Num segundo tempo, descola a bexiga da vagina na extensão de dois centimetros. Esta operação é feita á tesoura e com o dedo, com prudencia, sobretudo do lado do ureter direito, do qual a

fistula se aproxima um pouco. Realizado o descolamento, obtem dois orificios largos, mas independentes. Procede em seguida á sutura, isoladamente. Fecha a principio a mucosa vesical por pontos dispostos de cima para baixo e cuja adaptação dá uma linha transversal. Por cima sutura a camada musciosa, mas por fios passados da direita para a esquerda, cujo conjunto forma uma linha vertical. Sutura depois o peritoneu de modo a interpor atraz da fistula vesical uma camada de serosa peritoneal. Restava o orificio superior da vagina: fecha-o por seis pontos a catgut e, para que a adaptação seja perfeita, peritoniza-o tambem, suturando o peritoneu que recobre a parte posterior da vagina ao peritoneu posterior da bexiga. Dreno abdominal inferior e sutura da parede abdominal. Sonda de Pezzer permanente na bexiga.

O dreno abdominal é tirado ao quinto dia.

A sonda vesical é suprimida ao decimo dia.

A partir d'este momento, a doente urina sem dar por isso, mas em breve as funções se regularizam, passando a urinar cada tres horas.

Eis em resumo a tecnica:

Feita a laparotomia e colocado o afastador no lugar, vê-se a face posterior da bexiga.

*1.º tempo* — TALHA VESICAL, MEDIANA, POSTERIOR, LONGITUDINAL. — Sobre a parede posterior da bexiga pratica-se uma incisão que, se o utero foi tirado e a fistula é operatoria, vae até

á vagina, que é tambem aberta. Sobre os labios da incisão são colocadas pinças que permitem aproximar do pubis a bexiga e o seu baixo fundo, exteriorizando assim, senão a fistula, pelo menos a bexiga, e favorecendo numa certa medida o acesso á fistula. Esta vê-se atravez da brecha praticada e, nos casos em que o autor do processo considera esta via como indicada, a fistula não deve estar longe da extremidade posterior da incisão feita na bexiga.

*2.º tempo* — SEPARAÇÃO DOS DOIS ORIFÍCIOS. — Sob o contrôlo da vista separa-se, com o auxilio da tesoura, a vagina da bexiga. Este desdobramento do septo vesico-vaginal deve ser levado até um bom centimetro dos bordos da fistula.

*3.º tempo* — SUTURA ISOLADA DA BEXIGA. — Faz-se uma primeira sutura a catgut, que compreende a mucosa e uma parte da musculosa, em seguida uma segunda que compreende a musculosa e a serosa. A brecha da face posterior peritoneal da bexiga é suturada da direita para a esquerda, de maneira que a linha de sutura seja vertical.

*4.º tempo* — SUTURA ISOLADA DA VAGINA — A vagina é suturada, como depois de uma histerectomia abdominal total, por alguns pontos a catgut.

*5.º tempo* — PERITONISAÇÃO DAS SUPERFÍCIES SANGRENTAS. — Legueu liga grande impor-

tancia a esto tempo da operação. Deante da fistula faz-se deslizar o peritoneu da face posterior da bexiga, para que seja perfeitamente assegurada a independencia dos dois orificios fechados, da bexiga e da vagina. Peritonisa-se tambem a vagina. Estas suturas peritoneais são feitas a seda fina. Fecha-se por fim a parede abdominal, deixando um dreno no fundo de sacco peritoneal, atraz da vagina.

As vantagens deste processo, segundo o seu autor, consistem : em permitir um encostamento facil e perfeito da bexiga, na execução mais facil do desdobraimento dos dois orificios e ainda na separação dos dois orgãos, o que duplica as probabilidades de uma perfeita cicatrização. Alem disso, o acesso á fistula é muito favorecido pela larga brecha da parede abdominal e pela facilidade com que a bexiga se deixa quasi exteriorisar. Ha sem duvida a objecção da infecção, mas, segundo Legueu, pode evitar-se, usando de precaução e protegendo minuciosamente o campo operatorio. Quanto ás indicações do processo, diz o seu autor : « Je me garderai de généraliser, je pense que cette voie ne convient qu'aux fistules post-opératoires, consécutives à l'histérectomie totale, à celles qui de ce fait sont particulièrement hautes et inabaissables. Mon opération est logique car elle remet exactement les organes dans la situation d'indépendance où ils étaient peu de temps avant la constitution de la fistule ».

No mês de fevereiro de 1919, Legueu, numa comunicação feita á Sociedade de Cirurgia, apresentava doze fistulas vesico-vaginaes operadas por esta via, tendo obtido onze curas e uma morte. As onze doentes curadas não apresentaram nenhum incidente, apenas uma, em virtude da obliteração da sonda durante uma noite, sofreu uma retenção vesical consideravel, subindo a bexiga até ao umbigo sem que todavia a sutura fosse prejudicada. A outra morreu d'anúria, em consequencia da operação, sem que os uretères tivessem sido ligados e sem peritonite. Esta morte é atribuída por Legueu á operação e não á via seguida. Operou depois no mez de março, pelo mesmo processo, mais tres fistulas vesico-vaginaes operatorias, obtendo tambem tres curas completas, o que perfaz um total de quatorze casos de cura completa, ou seja, 100 %.

Diz Legueu: «Je n'ai qu'un regret, c'est de ne pouvoir appliquer cette méthode à toutes les fistules vesico-vaginales; elle est faite seulement pour les fistules hautes, celles qui siègent au-dessus de la ligne interurétéral, et ces fistules sont, en général, des fistules opératoires. Cependant quelques fistules obstétricales sont assez hautes pour pouvoir bénéficier de cette voie et déjà j'en ai opéré une avec succès par la voie péritonéale. Je ne pense pas cependant que l'on puisse beaucoup l'étendre pour les autres et je le regrette».

Legueu, para aqueles casos em que o seu processo está bem indicado, julga-o muito superior á via transvesical.

Marion considera o processo de Legueu excelente, sobretudo em vista da estatística por este apresentada, e ainda pelo facto de a sutura não ceder, tendo-se obstruído a sonda. Julga no entanto que esta via expõe a doente a certos perigos, visto que as bexigas atingidas d'estas fistulas são por vezes muito scepticas. Por outro lado, considera a via vesical tão boa.

Diz Marion :

«J'affirme qu'aucune fistule vésico-vaginale opérée par la voie vésicale n'est sortie de mon service non guérie; exceptionnellement il a fallu deux interventions».

### ———— Dia isquio-rectal

Esta via, imaginada e empregada por Michaux, consiste em abordar a fistula por uma longa incisão perineal lateral, indo atravez do tecido celulo-gorduroso que enche a fossa isquio-rectal e terminando na vagina.

Esta operação pode dividir-se em 4 tempos :

1.º tempo — Paralelamente ao sulco internadgueiro e á distancia d'ele de 25 milímetros, pratica-se uma incisão de cerca de dez centímetros de comprimento, começando atraz ao



nível do anus e terminando adiante ao encontrar o grande labio correspondente.

2.º tempo — No fundo da incisão procura se reconhecer a parede vaginal, combinando, se fôr necessario, o toque vaginal com a palpação feita no fundo da incisão, e incide-se lateralmente numa extensão de seis a oito centímetros.

A fistula torna-se assim facilmente acessivel.

3.º tempo — Avivamento e sutura como nas intervenções por via vaginal.

4.º tempo — Sutura da parede vaginal e do perineo.

Este processo, embora engenhoso, tem sido pouco empregado, dando-se preferencia á via supra - pubica.

### Colpocleisis

Esta operação consiste na obliteração do canal genital, abaixo da fistula, pelo avivamento seguido de sutura. Eis a tecnica :

Pratica-se uma incisão circular passando, na parede anterior, abaixo da fistula e subindo posteriormente o mais alto possivel. A um centimetro e meio ou dois centímetros abaixo, pratica-se uma segunda incisão paralelamente á primeira.

Faz - se em seguida a excisão do anel mucoso compreendido entre estas duas incisões

e encostam-se por uma sutura a catgut as duas semicircunferencias avivadas e opostas.

Forgue, em lugar de fazer a excisão d'este anel mucoso, faz a sua dissecção circularmente, de baixo para cima, descolando assim uma manga de mucosa, livre pelo seu contorno inferior. Inverte em seguida esta manga, aproximando as suas faces avivadas por uma sutura antero-posterior a catgut. Por cima d'este primeiro plano de sutura, reúne, como no processo classico, a zona anular de avivamento, segundo uma direcção transversal.

Esta operação de oclusão indirecta das fistulas vesico-vaginaes chegou a ter uma voga consideravel. Simon empregou-a 12 vezes sobre 42 casos, em menos de 5 anos. Bandl, em 1881 condenando-a, observava que Bozeman tinha podido operar uma centena de fistulas vesicaes sem fechar a vagina.

Este processo de obliteração indirecta deve ser o ultimo recurso de que se lança mão e só quando toda a esperança de exito pelos outros processos está completamente perdida. Pode ocasionar graves desordens. A parte superior da vagina fica constituindo um diverticulo vesical, o sangue das regras passa para a bexiga, e, por seu turno, a urina pode penetrar e estagnar na cavidade uterina. D'esta comunicação anormal, dada a infecção vesical tantas vezes preexistente, pode resultar, quer a infecção das vias urinarias

superiores, quer do utero e anexos. Além disso, este metodo de tratamento tem ainda o inconveniente de impedir o coito, sobretudo se a fistula é um pouco baixa. Ha, em ultima analise, apenas a substituição de uma enfermidade por outra igual ou peor.

Vidal de Cassis fazia da vagina uma dependencia da bexiga, praticando o avivamento e sutura dos grandes labios (episiorragia).

Executou-se algumas vezes a obliteração completa da vulva (Baker-Broun, Maisonneuse, Rose) depois da creação de uma fistula recto-vaginal, nos casos de incontinencia por destruição do esfincter, da uretra e da bexiga. Nestas condições, a bexiga, a vagina e o recto, constituiam uma cloaca fechada pelo esfincter anal. Os accidentes de infecção e as desordens de toda a especie d'ahi resultantes, fazem desta operação um remedio bem menos suportavel do que o proprio mal.

## - - - - - Observação

Maria da Natividade Jesus, de 22 anos de idade, solteira, domestica, natural de Travassô, Agueda. Deu entrada na enfermaria n.º 8, do Hospital Geral de Santo Antonio, em 29 de março de 1919.

**Exame da doente.** — A nossa atenção foi imediatamente dirigida para o aparelho uro-genital, em virtude da incontinencia urinaria e das dores no hipogastro de que a doente se queixava. Afastando os grandes e os pequenos labios, via-se, á simples inspecção, um ligeiro ectropion da mucosa uretral, a coloração um pouco esbranquiçada da mucosa vulvar e ainda leves escoriações de um e outro lado do orificio vagino-vulvar. O toque revelou-nos tambem que se

tratava de uma vagina fortemente estenosada e de paredes rígidas, de uma dureza bastante acentuada. O dedo não podia penetrar mais de centímetro e meio a dois centímetros na cavidade vaginal. Para além do terço inferior, era com dificuldade que, a principio, se fazia passar o histerometro. A retracção do orifício, vaginovulvar não permitia a introdução do speculo habitual de adultos. Servimo-nos, por isso, do speculo de virgens, o qual era egualmente detido á mesma altura do dedo. A mucosa vaginal apresentava tambem um tom um tanto esbranquiçado. Injectando na bexiga uma solução de permanganato de potassio, esta saia pela vagina. Tratava-se, evidentemente, de uma fistula urinaria, embora não pudessemos logo ve-la e localisa-la, devido á esclerose acentuada das paredes vaginaes e á sua retracção. Porem, depois de algumas massagens e dilatações feitas com tampons de gaze, conseguimos ver, embora com certa dificuldade, a solução de permanganato sair atravez de um pequeno orifício situado na parede anterior, cerca da sua parte media.

O exame cistoscopico mostrava - nos este orifício no trigono vesical, abaixo da linha inter-ureterica.

O toque rectal permitia-nos notar o grande espessamento do septo recto-vaginal. A doente apresentava ainda ganglios inguinaes e a reacção de Wasserman foi positiva.

**Historia da doença.** — Aos 20 anos teve um parto muito laborioso e demorado, terminando por intervenção medica. Segundo a doente referiu, a apresentação foi cefalica. Nos dias que seguiram o parto, teve febre elevada e dores e, cerca de um mês depois, começou a sentir-se molhada na cama. Como as dores não passassem e persistisse um corrimento blenorragico adquirido antes do parto e ainda por causa da perda constante de urina, deu entrada no hospital de Aveiro, onde esteve durante tres mezes e onde lhe curaram o corrimento. Deste hospital foi mandada, a fim de ser operada, para o Hospital da Universidade de Coimbra, onde esteve ano e meio, sete mezes na enfermaria do Dr. Daniel de Mattos e o restante tempo na do Dr. Angelo da Fonseca. Não chegou porem a ser operada e saíu d'este hospital em agosto de 1918. A incontinencia urinaria persistia e as regras, que antes do parto apareciam na epoca propria e sem dor, passaram depois a ser irregulares e acompanhadas e precedidas de dores, por vezes violentas. Resolveu-se, por isso, a consultar novamente um medico, que a aconselhou a dar entrada no Hospital Geral de Santo Antonio, o que efectivamente fez na data já referida.

**Antecedentes Hereditarios.** — Paes já falecidos.

A mãe morreu de tuberculose intestinal.

Irmãos todos vivos e saudaveis.

**Antecedentes Pessoaes.** — Sarampo aos 6 anos, gripe em 1918, blenorragia aos 19 anos.

**Tratamento.** — Em presença de uma vagina transformada em um tubo rígido e fortemente estenosada, sobretudo nos seus dois terços superiores, a ponto de difficilmente permitir a observação da fistula, pensou-se, primeiro que tudo, em modificar o estado dos tecidos e em dilatar o conduto vaginal, de modo a permitir ulteriormente um tratamento adequado da fistula.

Recorreu-se para isso á massagem diaria das paredes vaginaes com pomada de iodeto de potassio e ás dilatações feitas com tampons de gaze. Ao mesmo tempo, instituiu-se o tratamento antisifilitico pelas injeções mercuriaes e pelo iodeto de potassio. Depois de alguns mezes d'este tratamento alguma coisa se tinha conseguido. As paredes vaginaes perderam um pouco a sua dureza e espessura, de modo que já se observava a fistula com mais facilidade, todavia, a impossibilidade da intervenção cirurgica por via vaginal era manifesta.

Restava-nos a via alta. A via transperitoneal era tambem impraticavel, visto que a fistula em questão não era sufficientemente alta para que esta via pudesse ser utilizada.

Legueu, que mais vezes a seguiu, falando das indicações do seu processo, dizia claramente, como atraz vimos, que ele só devia ser aplicado

ao tratamento das fistulas situadas acima da linha interureterica. Nestas condições, a via transvesical parecia a indicada. O sangue menstrual, devido á estenose vaginal, passava em parte, atravez da fistula, para a bexiga e saía com a urina pela sonda colocada na uretra. Nestas ocasiões a doente queixava-se de dores hipogastricas, por vezes bastante intensas.

Para evitar este inconveniente e colocar a bexiga em melhores condições de operabilidade, decidiu-se praticar a histerectomia sub-total, operação executada com pleno exito, em 11 de setembro de 1919, pelo Professor Teixeira Bastos. De facto, as dores desapareceram e as condições da doente melhoraram.

Em 24 de novembro o mesmo operador procedia á intervenção por via transvesical para o tratamento da fistula.

Sob a anestesia pelo eter, depois de convenientemente protegido o campo operatorio por meio de toalhas e lençoes esterilizados e colocada a doente em posição de Trendelenburgo, fez a incisão longitudinal e mediana da parede abdominal a partir do bordo superior da sinfise pubica e numa extensão de cerca de 8 centímetros.

Reconhecido o peritoneu, este foi descolado da bexiga e recalçado numa extensão sufficiente. Colocado nos labios da incisão o afastador de trez valvas de Collin, procedeu á abertura da



cavidade vesical. Nos labios da incisão vesical foram passados fios suspensores, que permitiram o seu afastamento e a sua fixação ao afastador. Então procurou reconhecer a fistula, que estava situada abaixo da linha dos uretères, entre esta e o orificio uretral. A profundidade a que se encontrava o orificio fistuloso, a sua forma canalicular e o estado dos tecidos, de uma dureza quasi cornea, não permitiram que se empregasse o desdobraimento, pois não era possivel levantar as paredes da bexiga, nem dissecar tecidos tão esclerosados.

Recorreu-se, por isso, ao avivamento simples, mas sem sutura, visto que esta não pôde ser praticada, devido á impossibilidade de carregar na profundeza os labios avivados e mercê tambem da esclerose muito acentuada dos tecidos. Fechou-se a cavidade vesical por uma sutura continua a catgut e praticou-se a sutura por planos da parede abdominal. A doente queixou-se apenas, nos primeiros dias após a operação, como era natural, de dores na região hipogastrica.

Aos 9 dias foram tirados os pontos de sutura, correndo tudo sem o menor incidente.

Como era de esperar, a fistula continuou permeavel. Fizeram-se-lhe ainda, á falta de melhor recurso, cauterisações com nitrato de prata e fumigações de iodo e algum resultado se colheu. A doente, que antes molhava o leito com ou sem sonda, agora conserva-se no leito

---

---

enxuta, aparecendo apenas de vez em quando ligeiramente humida, mesmo sem a sonda uretral.

Na posição de pé, a incontinecia continua a manifestar-se.

Esta doente safu do hospital em 29 de janeiro de 1920, sem as dores que antes a martirisavam e melhorada, embora não curada, da sua fistula.

---

---

VISTO.

PODE IMPRIMIR-SE.

Teixeira Bastos.

Maximiano Lemos.

## BIBLIOGRAPHIA

---

- L. TESTUT. — *Anatomie Humaine*
- L. FAURE ET A. SIREDEY. — *Traité de Gynécologie Medico-Chirurgicale*
- E. FORGUE ET G. MASSABUAU. — *Gynécologie*
- FÉLIX LEGUEU ET ÉDOUARD MICHON. — *Maladies de la Vessie et du Pénis*
- CYRILLE JEANNIN ET PAUL GUÉNIOT. — *Thérapeutique obstétricale et Gynécologique*
- JOURNAL D'UROLOGIE (Tome VIII) — N.° 1, 2 e 3
- LEGUEU. — *Archives Urologiques de La Clinique de Necker* (Tome premier — Fascicule 1)