

Exm Prof.  
Teófilo Bastos

II

23 de Maio de 1922

Presidente Prof. Teófilo Bastos

N.º 128

Prof. Teófilo Bastos } Carlos Lima  
Prof. Teófilo Bastos } Tony Junior

MANOEL ANTONIO PIRES

Prof. Teófilo Bastos } Roberto Pereira  
Prof. Teófilo Bastos } Janeth

"PERINEOPLASTIA.

FISTULAS VESICO-VAGINAES E SEUS

PROCESSOS DE TRATAMENTO".

(Serviço da 2.ª Clinica cirurgica)

- Tese de doutoramento apresentada

á Faculdade de Medicina do Porto -

19012 F47

Maio de 1922

-:--:-

Director int.º - Dr. João Lopes da Silva Martins Junior  
 Secretario int.º - Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão

## CORPO DOCENTE - Profs. ordinarios

Anatomia descriptiva.... Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima  
 Histologia e Embriologia.. Dr. Abel de Lima Salazar  
 Fisiologia geral e especial.... Vaga  
 Farmacologia.. Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão  
 Patologia geral... Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar  
 Anatomia patologica.. Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior  
 Bacteriologia e Parasitologia.. Dr. Carlos Faria Moreira  
 Ramalhão  
 Higiene e Epidemiologia.. Dr. João Lopes da Silva Martins  
 Junior  
 Medicina Legal.. Dr. Manoel Lourenço Gomes  
 Anatomia topografica e Medicina operatoria.. Vaga  
 Patologia cirurgica... Dr. Carlos Alberto de Lima  
 Clinica cirurgica... Dr. Alvaro Teixeira Bastos  
 Patologia medica.. Dr. Alfredo da Rocha Pereira  
 Clinica medica... Dr. Tiago Augusto de Almeida  
 Terapeutica geral.. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães  
 Clinica Obstetrica... Vaga  
 Historia da Medicina.. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira  
 Lemos  
 Dermatologia e Sifiligráfia... Dr. Luiz de Freitas Viegas  
 Psiquiatria.. Dr. Antonio da Souza Magalhães Lemos  
 Pediatria... Dr. Antonio de Almeida Garrett

---

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas  
 na Dissertação (Art.º 15.º y 2.º do Regulamento privati-  
 vo da Faculdade de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro  
 de 1920).

---

Durante a nossa passagem pela segunda Clinica cirurgica, vimos um caso de fistula vesico-vaginal com laceração do perineo e septo recto-vaginal, que logo nos fez sugerir a ideia de aproveitá-lo para assunto da nossa tésse, depois de ouvida a opinião do nosso ilustre Mestre, Dr. Alvaro Teixeira Bastos.

Foi sobretudo o tratamento da laceração do perineo e septo recto-vaginal, pelo processo de Léon Imbert o que mais nos impressionou, não só pelo seu resultado, mas ainda por constituir um dos mais recentes progressos da cirurgia, que merece ser vulgarizado.

A orientação que demos ao nosso trabalho, foi a seguinte:

A perineoplastia pelo processo de Léon Imbert. Generalidades sobre fistulas vesico-vaginaes, indicações operatorias, cuidados pre-operatorios, operações por via va-

ginal, supra-pública, isquic-rectal e observação clínica.

Foi escrito este modesto e despretencioso trabalho, debaixo dum unico estímulo: o cumprimento da exigencia da Lei.

Por isso, espero que a benevolencia do sapientissimo juri que houver de o julgar, compensará as faltas do meu fraco saber e da minha ignorancia.

Para terminar, resta-me deixar aqui consignada a minha gratidão profunda ao Exm.<sup>o</sup> Sr. Prof. Teixeira Bastos, por me ter dado a subida honra de presidir á defesa deste modesto trabalho.

-----

A PERINEOPLASTIA NAS LACERAÇÕES DO PERINEO,  
PELO PROCESSO DE LÉON IMBERT.

Os diferentes processos de tratamento das lacerações antigas do perineo, quer sejam completas ou ainda complicadas pela rutura do septo recto-vaginal, nunca dão ao perineo uma solidez tão perfeita, que possa resistir a um novo parto. A recidiva é quasi a regra.

Estes insucessos resultam em grande parte das suturas medianas empregadas ordinariamente na sua reconstituição.

O septo recto-vaginal fica muito delgado e o tecido cicatricial que existe em toda a sua espessura, torna-o tão friavel e tão pouco extensivel, que pode dar origem não só a uma recidiva superficial, mas ainda a uma recidiva profunda, isto é, uma fistula recto-vaginal.

É para evitar as suturas medianas e ainda para isolar sufficientemente o canal vulvo-vaginal do rectal, que devemos empregar o processo de Léon Imbert, cuja técnica passamos a descrever:

Traçam-se duas incisões horizontais, separando assim a zona vulvar da zona anal.

Estas incisões interessando primeiro a pele, caminham depois profundamente de maneira a separar a mucosa vulvo vaginal da rectal.

Feito este desdobraimento, os dois bordos orientados da mucosa vaginal são suturados entre si; procede-se da mesma forma para a mucosa rectal, compreendendo na sutura os bordos do esfíncter rasgado.

Temos assim reconstituído os dois cilindros mucosos, vaginal e rectal, separados por um espaço livre.

Nos diferentes processos de perionorrhafia este espaço livre, é apenas preenchido pela sutura dos dois labios cutaneos, direito e esquerdo sobre a linha mediana.

É precisamente esta sutura mediana que desejamos evitar. Para esse fim, retira-se da nádega esquerda um retalho, tendo a forma daquele que é representado na figura 3.

Para que este retalho possa ser bem mobilizado para a posição definitiva é preciso que a incisão interna corresponda exactamente á extremidade da incisão transversal esquerda primitiva.

O tecido celular sub-cutaneo deste retalho, não

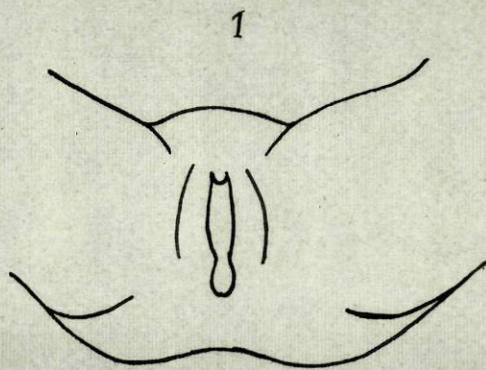
deverá ter uma espessura de menos de um centimetro, para encher completamente o espaço livre deixado entre os dois canaes, e evitar não só uma recidiva, mas ainda uma fistula recto vaginal.

O retalho toma depois uma direcção transversal e é suturado aos bordos da incisão transversal primitiva.

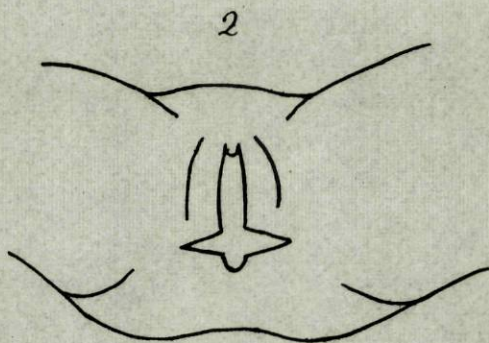
Temos assim interposto entre o canal vulvo vaginal e o canal ano-rectal um retalho espesso, bem irrigado, sem tendencia ao esfacelo e que pelo seu volume mantem suficientemente afastados os dois canaes.

Aplicado pelo seu auctor a três doentes, o exito foi completo.

Uma delas teve depois dois partos aos quais resistiu o perineo.

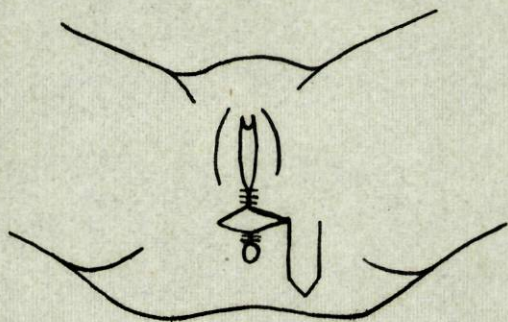


Laceração do perineo e septo recto-vaginal



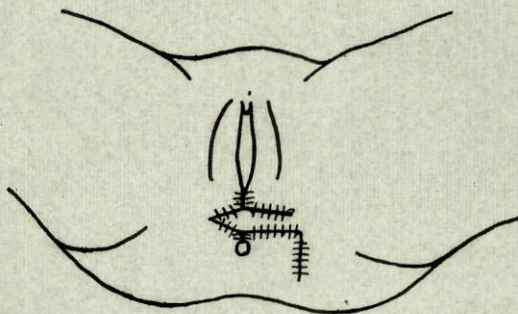
Incisões transversaes

3



Reconstituição das paredes - vaginal e rectal -  
e incisão do retalho

4



O retalho na posição definitiva

FISTULAS VESICO-VAGINAE

W. W. WILSON

- GENERALIDADES -

As mais frequentes das fistulas urinarias, são aquelas que fazem comunicar a bexiga com a vagina, - fistulas vesico-vaginaes.

As causas que lhe podem dar origem são muito variadas.

Entre elas occupam o primeiro lugar as obstetricas.

Sucedem-se a um parto laborioso e demorado, onde a compressão prolongada do septo vesico-vaginal contra a parede anterior da bacia, pela cabeça fetal, produz a mortificação destes tecidos comprimidos, e pela queda deles uma comunicação entre a bexiga e a vagina.

O septo vesico-vaginal pode ainda ser rasgado durante uma má applicação de FORCEPS ou outras manobras obstetricas.

Os progressos da obstetricia tem contudo feito diminuir a sua frequencia.

Depois destas fistulas devemos mencionar por ordem de frequencia as fistulas cirurgicas.

Estas podem ser provocadas com um fim terapeutico

(cistites calculosas).

Outras vezes são acidentes consecutivos a uma operação por via vaginal ou abdominal, sobretudo numa histerectomia por cancro uterino.

Os processos flegmáticos criando um fleimão peri-uterino, que se abre na bexiga e na vagina, são também uma causa desta afecção.

As fistulas traumáticas consecutivas a um acidente são muito raras.

A sua séde em altura varia segundo a posição mais ou menos elevada, da parte do septo vesico-vaginal comprimida pela cabeça fetal contra o pubis, no momento do parto.

As mais frequentes são no terço medio e terço superior.

No terço inferior são raras.

As fistulas são geralmente alongadas no sentido transversal, por vezes arredondadas, ovulares e mais ou menos irregulares. As suas dimensões são muito variáveis:

algumas vezes tão pequenas que mal cabe um estilete

ou uma urina de Florença; outras vezes de dimensões tão grandes que pode introduzir-se a extremidade dum dedo, tendo-se observado ainda alguns casos em que o septo vesico-vaginal tem sido destruído quasi por completo, constituindo assim pelo seu desaparecimento uma especie de cloaca urogenital.

Nas fistulas recentes os bordos são delgados e a seu nivel a mucosa vaginal continua-se com a vesical. Nas fistulas antigas, os bordos são espessos, duros, esclerosados, e a infiltração esclerosa pode estender-se mais ou menos longe no septo vesico-vaginal e paredes vaginaes.

O contacto permanente da urina sobre a vagina, produz na maioria das vezes, escoriações, lesões inflammatorias, ás vezes verdadeiras ulcerações, que cicatrizando, produzem placas de esclerose, bridas e diverticulos. A estas lesões podem associar-se outras, contemporaneas da fistula.

Toda a parede vaginal pode ser invadida por tecido cicatricial que transforma a vagina num tubo rígido, mais

ou menos apertado, e dificultando a exploração e o tratamento.

O sintoma principal das fistulas vesico-vaginaes, é a incontinencia da urina. Este é immediato quando a sua causa é traumática ou cirurgica.

Se é obstetrica, produzida num parto laborioso, então manifesta-se somente alguns dias após o parto, quando a escara do septo vesico-vaginal se elimina.

A incontinencia urinaria é continua, quando se trata de uma fistula ocupando uma grande extensão do septo vesico-vaginal; intermitente, quando é de dimensões muito reduzidas.

A intermitencia pode variar ainda com a séde da fistula.

Nas fistulas situadas junto do colo, a doente deitada não perde as urinas, que se acumulam na parte alta da bexiga mas, logo que passe á posição vertical a urina escoase. Quando a fistula está altamente situada, dá-se o contrario: na posição de pé, a urina acumula-se na parte da bexiga situada abaixo da fistula. Na posição horison-

sontal, o escoamento é continuo.

A incontinencia pode ainda ser devida a outros mecanismos; na mulheres que reteem a urina apertando as coxas; outras em que o levantador do anus e os constritores da vagina, contraíndo-se, desempenham o papel de esfincter e impedem a saída da urina.

A incontinencia urinaria é, sem duvida, o principal sintoma das fistulas vesico-vaginaes, no entanto pode existir a incontinencia sem fistula. É o que se observa depois de alguns partos laboriosos, como consequencia de uma paralisia do esfincter. Em certas doencas pode tambem observar-se.

O diagnostico preciso deve ser posto depois do exame directo.

O toque pode bastar nas fistulas um pouco largas, sobretudo quando se introduz na bexiga pela uretra uma sonda, que o dedo colocado na vagina poderá sentir directamente.

O exame directo, facil algumas vezes, pode tornar-se difficil pela presença de apertos vaginaes e bridas cicatriciaes, tendo por origem a mesma causa da fistula. Nos

casos difíceis, as fistulas são descobertas, pela injeccão na bexiga de liquidos corados. Estes liquidos devem ser tepidos e asepticos (leite, soluçõ de azul de methileno ou permanganato de potassa): o trajecto fistuloso será revelado pela saída do liquido.

Na casos em que depois de uma injeccão vesical, o liquido escoo-se para a vagina sem que seja possível descobrir o orificio que lhe dá passagem.

POZZI aconselha nestes casos, secar bem a parede anterior e aplicar sobre ella 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, e que será desde então mais facil de precurar com um fino estilete.

TRATAMENTO

MAMMIFERO

665

- INDICAÇÕES -

Para o tratamento das fistulas vesico-vaginaes, ha um metodo de eleigão que é a via vaginal, em razão da sua facilidade e simplicidade.

Apesar disso, existem fistulas que são dificeis ou impossiveis de abordar por essa via.

É nesses casos que a via supra-pubica, permitirá obter curas completas e faceis.

Será sempre preferivel tentar este modo de tratar as fistulas, do que fazer uma colpocleisis por mais elevada que seja, dado os grandes inconvenientes desta operação, como sejam, supressão das funções genitais e o perigo das complicações: infecções, calculos, etc.

A via supra-pubica/ está indicada sempre que o orificio uretral se encontra a menos de um centimetro do bordo da fistula.

Está ainda indicada esta via nos casos em que a fistula está muito alta, difficil de operar pela vagina, onde o avivamento se faz mal e incompleto, e o desdobraimento difficil pela proximidade do colo.

É preferível intervir por via alta, obtendo um desdobramento grande e fácil e de um resultado mais seguro.

Outra indicação da via alta, é a presença de bridas vaginaes, parede vaginal espessada e retraída por massas de tecido cicatricial que tornam impossível o deslisamento.

Apesar dos desbridamentos e da dilatação previa, as valvas não podem descobrir nitidamente o campo das fistulas.

Pode constituir ainda uma indicação a intervir por via alta, os casos em que haja polipos ou calculos vesicaes.

Efectivando assim duas operações ao mesmo tempo e com a mesma incisão.

Por ultimo, convem usar a via alta, nos casos de fistulas vesico-vaginaes em que a doente teve anteriormente uma histerectomia total.

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS

Este tratamento começa-se pelo asseio da vagina, com irrigações diárias de água boricada. Parbeia-se a região, onde os pelos estão muitas vezes incrustados de saes calcareos.

Sempre que existam ulcerações e superficies erythematosas serão tratadas pelo nitrato de prata, protargol em solução a 1/1000 ou sub-nitrato de bismute.

As urinas serão desinfectadas pela urotropina; havendo cistite, será tratada pelas lavagens de protargol a 5/1000.

quando uma vagina está transformada em tubo rígido, e estenosada, devemos tentar a sua dilatação recorrendo á massagem diaria das paredes vaginaes, com pomada de iodeto de potassio e ás dilatações feitas com tampons de gaze.

Só se operará cinco ou seis dias depois do periodo menstrual, e de seis a oito semanas apoz o parto.

Dois dias antes da operação a doente será purgada, na vespera tomará um clister e em seguida constipada

com extracto de opio. No dia da operação, lava-se com  
água e sabão o campo operatorio e dá-se uma irrigação va-  
ginal com água iodada.

- 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 cauterização dos bordos do orifício pelo nitrato de prata podem favorecer a cicatrização e a sua obliteração.

Mas quando a fistula é definitivamente estabelecida, o tratamento é cirúrgico.

A operação por via vaginal será preferida sempre que a fistula seja bem acessível por esta via.

Para bem expor a região a operar, a doente é colocada na posição lateral de Sims ou sacro-dorsal de Simon, e uma larga valva é colocada sobre a parede posterior da vagina, deprimindo fortemente a ~~xxxxxx~~ perineo.

Pode ainda facilitar-se a exposição abaixando a zona da fistula. O meio mais simples consiste em abaixar o útero por meio de uma pinça de garras, aplicada sobre o colo, sempre que este não esteja fixo por aderências.

Para fixar a zona operatoria, fixa-se a parede vaginal em volta do orifício fistuloso por meio de pinças.

- METODO AMERICANO -

Este metodo consiste em crear uma zona de avivamento, o mais larga possivel.

Para isso faz-se a excisão de toda a espessura do septe desde a mucosa vaginal até a vesical, nas poupando esta. Esta excisão começa na mucosa vaginal a seis ou oito milímetros do bordo da fistula.

A sutura é feita a pontes separados com crina de Florença ou fio metalico. A mucosa vesical não será atingida nesta sutura.

- PROCESSO FRANCEZ OU DE DESDOBRAMENTO -

Este metodo consiste:

- 1.º - Numa incisão circular, que se prolonga á direita e á esquerda sobre a mucosa vaginal;
- 2.º - Desdobramento do septe vesico-vaginal, descolando ao nivel do orificio a mucosa vaginal da vesical numa extensão de um a três centímetros, segundo os casos;
- 3.º - Sutura a pontes separados ou em bolsa, ~~com~~

com catgut, da parede vesical; (1)

4.º - Sutura a pontes separadas da parede vaginal, a crina de Florença ou fio de prata.

---

(1) O ilustre Prof. Teixeira Bastos, depois da sutura a pontes separadas, faz uma segunda sutura em forma de "Bolsa de Tabaco" escondendo a primeira. Esta sutura, tem a vantagem de lhe dar mais segurança e tornar mais íntimo o contacto das superfícies cruentadas.

---

- PROCESSO DE BRAGMHAYE -

A um centimetro do borde da fistula, secciona-se a mucosa vaginal circularmente. Desdobra-se o septe, partindo da linha de incisão para o orificio fístuloso, sem o atingir. Este celar de mucosa vaginal assim obtido, inverte-se para a bexiga atravez da fistula e precede-se á sutura a pontes separadas com catgut fino, dos bordos deste celar, sem a ingir a mucosa.

Afero este celar suturado fica uma superficie vaginal cruentada, que será recoberta aproximando os seus bordos por meio de uma segunda linha de sutura a pontes separadas com crina de Florença. (1)

---

(1) O ilustre Prof. Teixeira Bastos, emprega nesta sutura o catgut

- COLPOCLISIS -

Esta operação consiste na obliteração da vagina abaixo da fistula.

Para isso faz-se uma incisão circular da mucosa vaginal, passando na parede anterior abaixo da fistula e subindo na parede posterior e mais alto possível.

Faz-se a dissecação da mucosa debaixo para cima, formando assim uma manga de mucosa. Inverte-se esta manga e reúnem-se as suas faces avivadas, por uma sutura antero-posterior a catgut.

Per cima deste plano de sutura, reúne-se a zona anular de avivamento, segundo uma direcção transversal.

É um processo de obliteração indirecta, de que só se deve lançar mão como ultimo recurso.

## OPERAÇÕES POR VIA SUPRA-PUBICA

### OPERAÇÃO TRANSVESICAL DE TRENDELENBURGO:-

Primeiro tempo - Colocada a doente na posição de Trendelenburgo, faz-se uma incisão supra-pubica, mediana e vertical.

Aberta a parede abdominal, descola-se o peritoneo amplamente e busca-se a bexiga atraz do pubis; para facilitar a proeminencia desta, alguns cirurgiões usam o globo de Petersen ou elevam o baixo fundo vesical pelo dedo de um ajudante, introduzido na vagina.

Secciona-se a bexiga o mais amplamente possivel sem ferir o peritoneo e protege-se o fundo do sacco peritoneal com uma compressa.

Explora-se a cavidade vesical, reconhecendo: a fistula, calculos, lesões concomitantes, e o mais importante, os orificios dos ureteres, que encontrando-se junto da fistula, será prudente fazer o cateterismo, para evitar de tomá-los na sutura.

Segundo tempo - Desdobramento dos bordos: -

O avivamento pode fazer-se como nas fistulas operadas por via vaginal: quer pelo metodo americano, quer pelo metodo francez.

É preferivel o segundo, porque permite o contacto de superficies e não de bordos, e favorece a mobilidade dos labios sem ficarem repuxados.

A proximidade dos ureteres da fistula, pode modificar um pouco o desdobraimento. Dois casos podem apresentar-se:

1.º - O uretere pode encontra-se proximo do bordo da fistula, mas deixando ainda espaço para colocar as suturas sem o lesar. Neste caso o desdobraimento detem-se ao nivel do uretere e prolonga-se muito mais em sentido contrario.

2.º - O uretere encontra-se mesmo no bordo da fistula, sem deixar espaço para a sutura. Disseca-se o uretere até um ou dois centimetros e procede-se ao desdobramento e sutura; depois fixa-se a porção terminal do uretere no angulo superior da ferida.

Terceiro tempo: Sutures: - As suturas são feitas com ~~algut~~ não com crinas, porque estas favorecem a formação calculos depois da operação.

Sutura-se primeiro a vagina com pontos separados ou melhor com um ponto em forma de bolsa, depois sutura-se o plano vesical com pontos separados.

quarto tempo: Reconstituição da parede vesical e abdominal - Drenagem da bexiga - Ao efectuar as suturas vesicaes e parietaes, coloca-se no espaço declive das mesmas, um dréno que ficará um pouco apertado para evitar a saída da urina entre ele e a parede.

Alguns cirurgiões preferem um dreno uretral, outros um dreno duplo.

VANTAGENS : - Este processo oferece muita vantagem: dá um campo amplo, sempre suficiente para uma perfeita execução da operação: o desdobramento pode fazer-se com a amplitude que se desejar, para assegurar em boas condições a obturação da fistula.

Este metodo permite ainda deixar um duplo dreno: vesical e hipogastrico, que nos preservará de uma distensão vesical, no caso de um deles deixar de funcionar.

O esfincter vesical não deve estar destruido, porque nesse caso, apesar da sutura da fistula, a incontinencia continuaria.

Em conclusão: a via transvesical merece ser considerada como a melhor via de acesso para curar fistulas, difíceis ou impossíveis de operar por via vaginal.

PROCESSO DE DITTEL-FORGUE - Colocada a doente na posição de Trendelenburgo, pratica-se a laparotomia mediana supra-pública, segundo a técnica habitual.

Coloca-se a valva supra-pública, em seguida segura-se o utero com uma pinça de Museux e puxa-se para cima, para bem expor o fundo de saco vesico-uterino. Incisa-se transversalmente este fundo de saco, descola-se a bexiga da face anterior do utero e da vagina até chegar á fistula. Uma vez descoberta deve evitar-se que a urina se escoe para a cavidade abdominal, protegendo-a com bastantes compressas.

Procede-se em seguida ao avivamento e sutura dos bordos da fistula, da bexiga e parede abdominal.

A unica vantagem deste processo, é a ampla via de acesso que dá, ao contrario, tem o inconveniente de ser uma operação intra-peritoneal e de não se poder colocar um dreno vesical através da parede abdominal, a maior par-

te das vezes necessario, dada a insuficiencia do dreno uretral.

Apenas foi aplicado umas vezes pelos seus auctores, mas sem resultado.

OPERAÇÃO EXTRA-PERITONEAL DE BARDENHEUER - Nesta operação a incisão da parede abdominal é feita, como na de Trendelenburgo. Em seguida faz-se a descoberta da fistula por descolamento do peritoneo retro-vesical e desdobramento do septo vesico-vaginal. A sutura dos seus bordos é feita como nos processos anteriores.

A unica vantagem deste processo é ser extra-peritoneal; ao contrario, tem o inconveniente de abrir uma via de acesso profunda, pelo descolamento do peritoneo, tornando a execução do processo difficil.

Tem ainda o inconveniente de criar uma cavidade pelo descolamento do peritoneo, cavidade que pode encher-se de sangue ou urina, no caso de ceder algum ponto, dando em seguida uma infecção.

Estes inconvenientes fazem com que esteja abandonado, e tanto assim é que o unico que o usou foi o seu auctor, não tendo até hoje imitadores.

## OPERAÇÃO TRANSPERITONEO-VESICAL DE

**LÉGUEN** - A técnica desta operação pode ser resumida:

1.º tempo - Talha vesical mediana posterior longitudinal - Efectuada a laparotomia como nos processos usuais, reconhece-se a bexiga e segura-se com quatro pinças.

Sobre a parede posterior da bexiga pratica-se uma incisão que vai até ao colo do utero ou á vagina, que é também aberta se o utero tiver sido já amputado e a fistula é operatoria. Sobre os labios da incisão são colocadas pinças, exteriorizando assim a bexiga e a fistula.

2.º tempo - Separação dos dois orificios: - Sob o controle da vista separa-se, com a tesoura ou bisturi, a vagina da bexiga. Este desdobraimento do septo vesicovaginal deve ser levado até um centimetro dos bordos da fistula.

3.º tempo - Sutura isolada da bexiga: - Faz-se uma primeira sutura a catgut, que compreende a mucosa e parte da tunica muscular, 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 - Sutura-se a vagina por uma linha de pontos, como em uma histerectomia abdominal total.

5.º tempo - Peritonização das superfícies sangrentas - Diante das fistulas faz-se deslizar o peritônio da face posterior da bexiga, para que a independência dos dois orifícios esteja perfeitamente assegurada.

A sutura peritoneal é feita com seda fina.

Fecha-se por último a parede abdominal, deixando um dreno no fundo de saco peritoneal.

Este processo tem a vantagem de permitir que se faça facilmente o desdobramento e com ele uma perfeita cicatrização. Além disso, o acesso á fistula é muito favorecido pela larga brecha da parede abdominal e pela facilidade com que a bexiga se deixa exteriorisar. Há sem dúvida o perigo da infecção peritoneal, apesar das precauções e proteções do campo operatorio.

## VIA ISQUIO-RECTAL -

Por esta via, a fistula é abordada por uma incisão perineal, indo através da fossa isquio-rectal.

Esta em resumo a técnica:

1.º tempo - Dá-se paralelamente ao sulco inter-nadegueiro e distante dele dois centímetros, uma incisão que começando atrás, ao nível do anus, termina adiante ao encontrar o grande labio correspondente. Caminha-se profundamente, indo através do tecido celulo-gorduroso da fossa isquio-rectal até á vagina.

2.º tempo - No fundo da incisão, procura-se a parede vaginal, e incide-se transversalmente numa extensão de seis a oito centímetros.

A fistula é assim acessível.

3.º tempo - Avivamento e sutura como nas operações por via vaginal.

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

OBSERVAÇÃO -

Antonia Fernandes de Amorim, de 32 anos de idade, casada, domestica, natural de Santa Marta de Pertuzelo. Deu entrada na enfermaria n.º 8, do Hospital Geral de Santo Antonio, em 11 de Janeiro de 1921.

EXAME DA DOENTE - Pela inspeção dos órgãos genitais, notamos que os orificios vulvo-vaginaes e anal bem como os canaes vaginal e rectal tinham sido reunidos, por uma laceração que interessando o perineo em toda a sua espessura não poupou o septo recto-vaginal, numa extensão de 5 centímetros aproximadamente. A mucosa rectal fazia hernia através dos labios da ferida. O exame atento da ferida, fez-nos ainda notar o escoamento dum liquido amarelado que babava continuamente dos seus bordos. Injetando na bexiga uma solução de permanganato de potassio, esta saía pela vagina. Na face interna dos pequenos labios havia erythema e ligeiras escoriações.

O orificio vulvar e o canal vaginal, estavam muito alargados, tornando-se muito facil a introdução das valvas.

No tergo medio do septo vesico vaginal notava-se uma

solução de continuidade, de forma oval, orientada transversalmente, tendo o seu grande eixo aproximadamente um centimetro de comprimento, interessando toda a espessura do septo vesico-vaginal e estabelecendo assim comunicação entre as cavidades vaginal e Vesical. Seja qual for a posição da doente a urina escoava-se continuamente por esta fistula e barrando-a por um momento com o auxilio da valva, observa-se, cessando a barragem, a saída da urina em jacto. Ao nível dos bordos da fistula a mucosa Vesical apresentava-se vermelha e através dela via-se a face posterior da parede anterior da bexiga revestida da respectiva mucosa de cor esbranquiçada.

EXAME GERAL - Doente bem conformada e com bom estado geral. O exame dos diferentes aparelhos não revelou nada de anormal, a não ser no aparelho circulatorio uma insuficiencia mitral.

HISTORIA DA DOENÇA - Refere a doente que em Fevereiro de 1920 entrou em trabalho de parto, que foi muito laborioso e demorado, terminando por intervenção dum medico que lhe fez uma applicação de forceps, extraíndo um feto

morto. Ficou depois sem poder urinar, pelo que mandou chamar uma parteira que a algalhou. Daí em diante notou que não podia reter a urina e que ela se lhe escoava ininterruptamente pela vagina em qualquer posição que tomasse, registando porém que o escoamento diminuía com o decubito ventral. Esteve assim seis semanas e passadas elas deu entrada neste Hospital, onde o ilustre Professor Dr. Teixeira Bastos a aconselhou a ir novamente para sua casa e voltar passados oito meses, o que fez, dando novamente entrada nesta Hospital em 11 de Janeiro de 1921.

Durante o tempo que esteve em sua casa fazia diariamente uma lavagem vaginal, com um soluto de permanganato de potássio.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS - É primípara.

Menstruada aos 15 anos. Teve o sarampo em creança. Pais vivos e saudáveis. Tem cinco irmãos saudáveis e teve duas irmãs que faleceram em tenra idade, ignorando a causa.

TRATAMENTO -

A nossa doente é portadora de duas afecções diferentes: fistula vesico-vaginal e laceração total do perineo. Desta forma o seu tratamento terá de ser feito em duas sessões, não só porque o tratamento das duas afecções na mesma sessão, tornaria uma operação muito demorada, mas ainda porque a posição post-operatoria da doente na fistula, prejudicaria a perineoplastia.

I

FISTULA VESICO-VAGINAL -

Oito dias an-

tes da operação, foi ordenado á doente que se conservasse em decubito ventral. A principio aceitou esta posição muito contrariada, habituando-se depois a ella e notando ainda que nesta posição molhava menos a cama.

Foi operada depois de ter sido submetida ao seguinte tratamento operatorio: dois dias antes da operação foi purgada com 30 gramas de sulfato de soda, no dia seguinte foi-lhe ministrado um clister de agua fervida, sendo em seguida constipada com 4 pilulas de extracto thebaico doseadas a um centigrama por cada pilula. Na manhã do

dia, em que se operou, foi-lhe feita uma lavagem á bexiga com um soluto de acido borico.

Sob a anestesia pelo ether, a doente começou por ser collocada na posição sacro-dorsal de Simon - os membros afastados e fixos sobre as antenas de Doyen e a mesa inclinada ligeiramente. Depois de desinfectada a vulva com algumas pincelagens da mistura de Délangres e de proteger convenientemente o campo operatorio com lenções e toalhas esterilizados, collocou-se uma larga valva na parede posterior da vagina, fazendo com ella pressão sufficiente sobre o perineo de maneira a bem expor a parede vaginal anterior e consequentemente a fistula.

Exposta assim a fistula, o illustre Professor Teixeira Bastos, começou por incisar a mucosa vaginal em volta da fistula, cerca de 8 milímetros distante d'ella. Em seguida, com uma pinça de dente de rato e tesoura, disseccou e libertou o retalho talhado pelo bisturi. Depois, com a pinça dente de rato e tesoura curva, procedeu á disseccão dos labios, anterior e posterior da fistula, desdobrando o septo vesico-vaginal numa extensão de cerca de um centimetro em ambos os labios.

Suturou com catgut a mucosa vesical com cinco pontos separados. Em seguida fez um ponto de segurança para manter em intimo contacto as superficies cruentadas. Este ponto foi passado em "bolsa de tabaco" envolvendo a sutura pernitiva. Sobrepoz-lhe depois os dois retalhos vaginaes e suturou-os a pontos separados com crina de Florença.

Deixou-se ficar na vagina um tampão com pomada de protargol. Para drenar a urina meteu-se uma sonda na bexiga e por ultimo fez-se-lhe um penso em T.

A doente foi collocada na sua cama em decubito ventral, continuando a ser constipada com quatro pilulas de extracto thebaico por dia e como antiseptico urinario, foi-lhe prescrita a urotropina em hostias.

Oito dias após a operação foram retiradas as crinas, notando então que a fistula não tinha cicatrizado por completo.

No seu angulo direito, notava-se um pequeno orificio por onde tabava a urina.

Suspendeu-se-lhe a medicação opiada, foi-lhe ministrado um purgante de oleo de ricino e continuou com as hos-

tias de urotropina.

Começou-se a tocar o contorno do orifício com nitrato de prata e passados 20 dias tinha cicatrizado, ficando assim a doente completamente curada da fistula vesicovaginal.

## I I

### PERINEOPLASTIA

No dia 18 de Março, um mez após a primeira operação, foi feita nova intervenção para o tratamento da laceração total de perineo.

A doente foi preparada da mesma maneira que para a operação antecedente.

Colocada na mesma posição, e sob a anestesia pelo ether, o Prof. Teixeira Bastos começou por colocar duas pinças de Kocher meio centimetro acima da extremidade posterior dos pequenos labios. Enquanto o ajudante fazia uma pequena tração sobre estas pinças, fez duas incisões horizontaes, partindo das extremidades posteriores dos pequenos labios e medindo cerca de três centimetros.

Com a pinça de dissecação e tesoura, desdobrou o septo vesico-vaginal até um centimetro acima do fundo da ruptura do mesmo septo.

Saturou com catgut e a pontos separados a parede rectal.

Procurou os dois topos do esfincter anal e uniu-os passando-lhe dois pontos separados. Fez depois alguns pontos com catgut na espessura dos musculos do perineo.

Em seguida, talhou e dissecou da nadega esquerda um retalho e dando-lhe uma rotação de  $45^{\circ}$ , foi interposto entre os labios da ferida perineal, suturando-o depois aos seus bordos, com crina de Florença.

Introduziu no recto um tampão com pomada de protargol e finalmente fez-se lhe um penso em T.

Como na operação anterior continuou a ser constipada com extracto de thabaico.

Ao decimo dia foi-lhe ministrado um purgante de óleo de ricino e novamente constipada pelo opio.

Doze dias apoz a operação foram-lhe retiradas as crinas, verificando então que na extremidade direita do retalho havia um pequeno ponto de supuração.

Esta pequena infecção, cedeu em breve pelas lavagens de solutos antisepticos.

A cicatrização estava quasi completa; quando a doente deixou o Hospital.

Mais tarde o Prof. Teixeira Bastos, teve occasião de a ver, notando que estava completamente curada.

-:-:-:-:-

VISTO

TEIXEIRA BASTOS

Presidente

PODE IMPRIMIR-SE

LOPES MARTINS

Director interino