

N.º 251

DO PROCESSO AMERICANO

NA CURA DAS FISTULAS

# VESICO-VAGINAES

---

THESE

APRESENTADA

A

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

PARA SER DEFENDIDA

PELO ALUMNO

ALEXANDRE MAGNO BAPTISTA DE SOUZA



PORTO:

NA TYP. DE MANOEL JOSÉ PEREIRA,  
Rua de Santa Thereza n.º 4 e 6.

1866.

VIII 12º-24 EMC

Para o Dia 2.º de julho de 1866, pelas 10  
horas da manhã.

Presidente - O Ex. Sr. Manoel Maria da  
Costa Leite

Ex. Srs.

Arguente - { Luis Pereira da Fonseca  
D.º Antonio Ferreira de Macedo Pinto  
D.º José d'Andrade Gramago  
João Pereira Dias Lebre

## ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

### Director

Ex.<sup>mo</sup> Snr. Conselheiro *Francisco d'Assis Souza Vaz*, Lente jubilado

### Secretario

Ill.<sup>mo</sup> Snr. *Agostinho Antonio do Souto*

## CORPO CATHEDRATICO

### Lentes proprietarios

Os Ill.<sup>mos</sup> e Ex.<sup>mos</sup> Snrs :

- |  |  |
|--|--|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva e geral.....  | <i>Luiz Pereira da Fonseca</i>                     |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia.....   | <i>José d'Andrade Gramaxo</i>                      |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia Natural dos Medicamentos, Materia Medica                        | <i>João Xavier d'Oliveira Barros</i>               |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, Pathologia externa e Therapeutica externa.....         | <i>Antonio Ferreira Braga</i>                      |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira — Operações Cirurgicas e Apparelhos com Fracturas, Hernias e Luxações..... | <i>Caetano Pinto d'Azevedo</i>                     |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, Molestias das mulheres de parto e dos recém-nascidos.....        | <i>Manoel M. da Costa Leite, presid.</i>           |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia interna, Therapeutica interna e Historia Medica.....          | <i>D.<sup>r</sup> Francisco Velloso da Cruz</i>    |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica Medica....   | <i>Antonio Ferreira de Macedo Pinto</i>            |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica Cirurgica..  | <i>Antonio Bernardino d'Almeida</i>                |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia Pathologica, Deformidades e Aneurismas                         | <i>José Alves Moreira de Barros</i>                |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina Legal, Hygiene privada e publica, e Toxicologia geral.....     | <i>D.<sup>r</sup> J. F. Ayres de Gouvêa Osorio</i> |
| Lente de Medicina, jubilado.....   | <i>José Pereira Reis</i>                           |

### Lentes substitutos

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| Secção Medica.....    | } <i>D.<sup>r</sup> J. Carlos Lopes Junior</i><br><i>Pedro Augusto Dias</i> |
| Secção Cirurgica..... |   |
|                       | } <i>Agostinho Antonio do Souto</i><br><i>João Pereira Dias Lebre</i>       |

### Lentes demonstradores

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| Secção Medica.....    | <i>Joaquim Guilherme Gomes Coelho</i>                |
| Secção Cirurgica..... | <i>D.<sup>r</sup> Miguel Augusto Cezar d'Andrade</i> |

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação, e enunciadas nas proposições.  
(Regulamento da Escola, de 23 d'Abril de 1840, art. 155.)

A

*Memoria de meu Pae:*

TRIBUTO DE AMOR, VENERAÇÃO E SAUDADE.

O. D. G.

O Author

AO

**EXCELLENTISSIMO SNR.**

**MANOEL MARIA DA COSTA LEITE,**

Fidalgo Cavalleiro da Casa Real, Cavalleiro e Commendador da Ordem de Nossa Senhora da Conceição de Villa Viçosa, e da Ordem de S. Mauricio e S. Lazaro da Italia, condecorado com a medalha n.º 5 das campanhas da liberdade, Cirurgião Honorario da Real Camara, e Lente Cathedratico da Escola Medico-Cirurgica do Porto.

EM TESTEMUNHO DE GRATIDÃO,  
E RECONHECIMENTO ETERNO.

O. D. C.

*O Author*

## Ao Illustrado Jury.

*Ha já bastantes annos que os jornaes scientificos da America, e, nos ultimos tempos, os jornaes inglezes, citaram repetidas vezes o bom resultado do processo americano na cura das fistulas vesico-vaginaes. Foram por um lado, os elogios pomposos da imprensa americana e ingleza, por outro lado o dever e, mais que tudo, o desejo de terminar os meus trabalhos escolares que me moveram o animo na escolha da these que venho agora apresentar-vos. Saldo, d'este modo, uma divida para com a Escola cuja sou filho. A vós, pertence-vos, Senhores, desculpar, como Pai, os muitos erros que involuntariamente houver commettido.*

O VOSSE DISCIPULO RESPEITADOR

Alexandre Magno Baptista de Souza.

## DO PROCESSO AMERICANO

NA CURA DAS FISTULAS

### VESICO-VAGINAES

---

Dá-se o nome de fistula a um trajecto accidental, disposto em fórma de canal, mais ou menos estreito e alongado, entretido por uma alteração local e permanente dos tecidos vivos, e que dá sahida a pus, a productos de secreção ou de outras materias de natureza diversa, desviados dos reservatorios ou dos conductos naturais.

Os authores modernos dividem em tres grupos principaes esta classe de doenças, segundo a sua disposição e os órgãos que são lezados. Cada um d'estes grupos é ainda susceptivel de subdivisões.

*Primeiro grupo.* — Compõe-se das fistulas abertas na superficie do corpo e que não communicam com alguma cavidade natural. As fistulas que pertencem a este grupo, apresentam a fórma de fundo de sacco mais ou menos profundo.

Dividem-se naturalmente em muitas especies, segundo correspondem por o seu fundo com a cavidade de um abscesso por congestão, ou com alguma sinuosidade resultante da destruição ou desorganisação do tec-

do cellular; com corpo estranho, com uma bala, um fragmento de vestido, uma esquirola; com um osso cariado, com uma cartilagem, tendão, aponevrose em gangrena, ou com um órgão mais ou menos alterado, como acontece quando os tuberculos dos testiculos chegam ao periodo de amollecimento.

*Segundo grupo.* — Comprehende as fistulas que por um lado se abrem na superficie do corpo, e por outro lado em alguma cavidade natural ou accidental, revestida de um folheto seroso.

As fistulas do segundo grupo differem tambem entre si, segundo a especie de cavidade em que ellas vão abrir-se; umas vezes é uma bainha tendinosa, ou uma cavidade serosa subcutanea, impropriamente chamada bolsa mucosa; outras vezes é um kysto accidental, uma cavidade articular ou uma das grandes cavidades splanchnicas, como por exemplo a pleura, o peritoneo, ou o pericardio.

Podem tambem entrar n'este grupo as fistulas da cornea que se abrem por um lado na superficie do olho e por outro lado na camara anterior.

*Terceiro grupo.* — A este pertencem as fistulas que communicam com uma cavidade natural forrada por uma membrana mucosa. As fistulas classificadas n'este grupo proveem ou das vias aerias, tubo digestivo, ou de um aparelho excretôr; o que dá lugar a que se subdividam em tres ordens.

São raras as fistulas que teem lugar nas vias aerias; teem-se contudo observado em todas as partes do aparelho respiratorio, no seio maxillar, nas fossas nasaes, na larynge, trachea-arteria e nos pulmões.

As fistulas do aparelho digestivo correspondem ás divisões d'este aparelho; podem ser boccaes, esophagianas, estomacaes, intestinaes e rectaes.

As fistulas que proveem de um aparelho excretôr são as mais numerosas e importantes; são as fistulas lacrimaes, salivares, mamarias, biliares e urinarias.



Estas fistulas teem por ponto de partida umas vezes as radículas dos conductos excretores ainda contidas no órgão secretôr, outras vezes os grandes conductos destinados a conduzir para o exterior os productos da secreção, outras vezes em fim teem lugar nos reservatorios onde os productos da secreção são momentaneamente depositados. E' assim que as fistulas mamarias succedem a uma lesão das mamas; que as fistulas salivares reconhecem por causa alguma lesão das glandulas, ou uma perforação do conducto de Stenon; e que finalmente as fistulas urinarias reconhecem por causa umas vezes alguma lesão nos rins, órgãos secretores, outras vezes, na uretra, conducto excretôr, outras, na bexiga, deposito ou reservatorio do producto da secreção.

Todas estas fistulas classificadas no terceiro grupo, que por um lado se abrem na cavidade mucosa em que terminam, e pelo outro na superficie do corpo, teem por conseguinte dous orificios, um mucoso e outro cutaneo; ha com tudo algumas que só teem um orificio, taes são certas fistulas rectaes, uretraes e vaginaes que vão perder-se, mais ou menos longe da sua origem, no tecido cellular ambiente. Outras ha que teem na verdade dous orificios, abrindo-se cada um d'elles n'uma cavidade mucosa pertencente a um aparelho organico differente; assim uma fistula salivar pôde abrir-se na bôcca, uma fistula biliar no colon transverso; tem-se visto a bôcca e as fossas nasaes, a trachea e o esophago, o cego e o utero, o rim e o pulmão, communicarem entre si por meio de uma fistula mais ou menos longa; teem-se observado no homem as fistulas vesico-rectaes, e na mulher as fistulas recto, uretro, utero, e vesico-vaginaes.

A classificação que acabo de apresentar, tem a vantagem de comprehender todas as fistulas sem excepção; é mais extensa do que necessaria, porque as unicas fistulas que entram no dominio da cirurgia, e que são susceptiveis de cura, são só aquellas que terminam na pelle ou pelo menos, algum ponto das membranas mucosas, accessivel aos dedos do operador e aos instrumentos cirurgicos. Estão n'este caso por exemplo,

\*

as fistulas que se abrem na mucosa da parte inferior do recto ou na que forra a cavidade da vagina. (1)

Este caminho que venho seguindo de classificar as fistulas, tinha por fim chegar ao ponto mais essencial da minha these = as fistulas genito-urinarias = na mulher especialmente as vesico-vaginaes.

ETIOLOGIA. — Raras vezes estas lesões teem por causa um vicio de conformação da bacia; são ás vezes produzidas por abcessos ou ulcerações dos órgãos genito-urinarios, ou a consequencia de operações praticadas sobre esta região, ou de feridas por armas de fogo, ou por outro qualquer corpo vulnerante; mas o maior numero tem por causa a compressão excessiva que os órgãos soffrem nos partos laboriosos, e a contusão proveniente de instrumentos, e das manobras que elles exigem.

A bacia póde ser a séde de um tumor duro, capaz de retardar a passagem do fêto na vagina, e esta demora póde occasionar fortes e prolongadas compressões nos tecidos molles contra os tecidos duros, a ponto de produzir uma inflammação, que no processo de eliminação dá lugar á separação de uma eschara, resultando uma solução de continuidade que communica os órgãos urinarios com os órgãos genitais. Uma dilatação dos tecidos molles póde trazer e produzir o mesmo resultado.

O desenvolvimento excessivo da cabeça do fêto ou das suas partes duras, desenvolvimento anormal ou pathologico, occasiona frequentemente estas lesões.

(1) Os antigos conheciã todas estas variedades de fistulas, como se depreheude da seguinte passagem de Celso, que resumiu em poucas palavras tudo o que modernamente se tem dito sobre este assumpto: *Genera igitur fistularum plura sunt; siquidem aliae breves sunt, aliae altius penetrant; aliae recte intus feruntur, aliae multoque plures transversae, aliae simplices sunt, aliae duplices, triplicesve, ab uno ore intus orsae, quae in tres aut etiam in plures sinus dividuntur; aliae recte, aliae flexae et tortuosae sunt; aliae intra carnem desinunt, aliae ad ossa vel cartilaginem penetrant, aut ubi neutrum horum subest, ad interiora perveniunt, aliae deinde facile, aliae cum difficultate curantur at que etiam quaedam insanabiles reperiuntur.*

A causa mais frequente e poderosa das fistulas *genito-urinarias* é a resistencia que offerece o collo do utero e a vagina nos partos laboriosos em idades já avançadas. A elasticidade dos tecidos está na razão inversa da idade; e a hypertrophia do collo do utero encontra-se mais frequentemente nas idades avançadas: estas condições impedem a dilatação d'este orgão, e dão origem a molestias.

As primiparas de idade avançada, estão muito sujeitas ás fistulas genito-urinarias; mas não o estão menos as multiparas, nas mesmas condições de idade, porque n'estas, além de poder existir uma hypertrophia do collo uterino, pôde encontrar-se como obstaculo á sua distensão a existencia dos tecidos inodulares consecutivos a dilacerações que n'elle se fizeram em partos anteriores. Era tambem coisa digna de reparo o apparecimento frequente d'estas lesões na America e na Inglaterra.

A cirurgia franceza, querendo explicar a origem d'este facto, attribuiu-a á posição da mulher durante a parturição. A prática então seguida n'estes paizes, era a seguinte: a parturiente sentava-se n'uma poltrona até terminar o parto; d'este modo a bacia tomava uma posição inclinada, e a cabeça do feto comprimia fortemente a parede anterior da vagina, da qual resultavam os accidentes que já descrevi, a inflammação e a gangrena, ou a dilaceração d'aquella parte da vagina; e por fim a fistula vesico-vaginal.

**SYMPTOMAS, DIAGNOSTICO, ANATOMIA PATHOLOGICA.** — O phenomeno constante em todas as fistulas vesico-vaginaes é a sahida da urina pela vagina. Este corrimento é continuo, a não ser que a lesão vesico-vaginal seja muito pequena e sinuosa; porque, n'este caso, permite alguma accumulção do liquido na bexiga e o corrimento torna-se então intermitente, segundo a posição da doente e a séde da abertura anormal. E' tambem só n'este ultimo caso, que a urina sahe pela uretra; no caso contrario, sahe toda unicamente pela vagina.

O tacto, o especulum uteri, a sonda e a injección podem servir para estabelecer o diagnostico differencial.

Por meio do tacto e do especulo podemos verificar a existencia de uma solução de continuidade que comprehenda a uretra, o collo da bexiga e a vagina; chamamos a esta lesão *fistula uretro-vesico-vaginal*.

Se a lesão se limita ao baixo fundo da bexiga, ou á sua parede posterior e á parede anterior da vagina, temos n'este caso a *fistula vesico-vaginal*, cujo diagnostico differencial póde offerecer alguma difficuldade, quando a fistula é pequena ou quando a sua abertura está escondida em alguma prêga da bexiga; mas n'este caso podemos recorrer á introdução de uma sonda ou ás injeccões córadas, como acontece quando se quer verificar a existencia de uma fistula *vesico-uterina*.

Quando existe uma abertura sobre a parte superior da vagina em relação com o collo do utero, sem que éste ultimo orgão esteja lesado, temos a *fistula vesico-utero-vaginal superficial*; mas se tambem está compromettido o labio anterior do collo uterino chama-se a esta *fistula vesico-utero-vaginal profunda*.

Se a solução de continuidade existe na separação *vesico-vaginal*, e se ella se estende até ao utero, ao labio anterior, ou ao posterior, ou mesmo a todo o collo, teremos a *fistula vesico-utero-vaginal*; assim como se chama *fistula uretro-vesico-utero-vaginal* quando a uretra está tambem comprehendida n'esta solução de continuidade, o que no maior numero de casos se verifica por meio do especulo.

As lesões anatomicas que resultam de uma *fistula vesico-vaginal* são as seguintes: a parede posterior e o collo da bexiga adhire á parede publica, ou se desloca para a parede posterior, adherindo á vagina; ás vezes faz hernia atravez da parede vaginal correspondente; outras vezes, retrahe-se sobre si mesma, e apresenta-se aberta por uma fenda ou buraco com maior ou menor perda de substancia. O esphincter torna-se inutil.

A vagina perde de sua capacidade em todos os seus diametros; apresenta algumas prêgas, resultado das cicatrizes e algumas adherencias entre as suas paredes; perda de substancia na parede anterior, que

até pôde estar em grande parte destruída; adherencias aos órgãos visinhos, e perda de toda a sua elasticidade. A mucosa encontra-se excoriada, ulcerada, com tuberculos ou callosidades, e algumas vezes mesmo, com incrustações calcarias.

PROGNOSTICO.—E' difficil, se não impossivel estabelecer de um modo geral e absoluto o prognostico das fistulas vesico-vaginaes. E' regra geral em todas as fistulas que quanto mais curto fôr o trajecto, maior é a probabilidade para o bom exito do tratamento; assim como que a incurabilidade d'ellas resulta quasi sempre de terem a sua séde em órgãos inacessiveis aos instrumentos cirurgicos, ou de dependerem de uma doença incuravel.

Nas fistulas vesico-vaginaes, que são de ordinario a consequencia de uma causa traumatica, pôde basear-se o prognostico sobre a extensão da lesão, e sobre as difficuldades que se apresentam á execução da operação e aos seus bons resultados.

E' sempre favoravel nos casos em que as fistulas são pequenas e os órgãos visinhos conservam toda a sua integridade.

Torna-se muito duvidoso, ou grave, quando os órgãos apresentam prégas resultantes das cicatrizes, adherencias e perdas de substancia, comtudo ainda assim nunca compromettem a vida dos doentes.

INDICAÇÕES.—Nas fistulas vesico-vaginaes a primeira indicação a satisfazer, é obstar a que a urina contida na bexiga passe atravez das paredes d'este órgão para sahir pela vagina; empregando para este fim o catheterismo repetido ou permanente.

A segunda indicação consiste em directamente empregar os meios proprios para conseguir a obliteração do conducto accidental.

TRATAMENTO. — Nos casos em que a abertura vesico-vaginal é pequena e com um trajecto sinuoso, convém primeiro que tudo, empregar a cauterisação chimica, a cauterisação actual, ou a electrica; a compressão, a sonda permanente, ou o catheterismo repetido, e os instrumentos unientes, ajudado tudo por uma posição conveniente da doente.

A applicação dos cauterios exige o emprego do especulo fenestrado, appropriado ás circumstancias, com o fim de resguardar as partes que não convém que sejam cauterisadas, tendo sempre o cuidado de fazer injeções de agua fria, depois d'estas operações, principalmente quando se empregar o cauterio actual. Deve-se tambem escolher um cauterio appropriado na fórma e no volume. E' tambem conveniente graduar a intensidade das cauterisações, e os intervallos de tempo entre umas e outras.

E' necessario desviar a urina da abertura anormal, empregando a sonda permanente sempre que seja possivel, os catheterismos, e a melhor posição da doente; todas as vezes que a urina se accumula sem chegar á fistula durante um espaço de tempo, e que se pôde extrahir por o catheterismo antes que o liquido saia pela fistula, devemos renunciar á permanencia da algalia para evitar os *tenesmos vesicaes*, as *cystites*, os *catarrhos* e *urethrites*, que podem complicar ou impedir algum bom resultado de tratamento.

Devemos escolher a posição da doente, segundo a séde da doença, aproveitando sempre aquella em que a urina se conserva mais tempo na bexiga, sem se extravasar pela fistula.

A perfeição a que chegaram os processos de sutura, applicaveis n'estes casos, fizeram com que se abandonassem os instrumentos unientes de Dupuytren, Lallemand e Laugier; e é só no tratamento das pequenas fistulas, depois de avivadas pela cauterisação, que se podem empregar com alguma vantagem as serras-finas de Vidal de Cassis, por causa da sua simplicidade.

A compressão por meio de um pessario cheio d'ar, ou por meio de um tampão de fios, só pôde ter lugar quando o trajecto é sinuoso; mas o seu fim principal é livrar a fistula do contacto das secreções vaginal e uterina.

Eram estes os unicos processos que antigamente se empregavam na cura de todas as fistulas *genito-urinarias*; e quando estes recursos falhavam, o que acontecia repetidas vezes, despresavam-se estas doenças,

lançando-as á conta de *incuraveis*. A cirurgia franceza, representada por Jobert, foi a primeira que baniu d'esta ordem de lesões um prognostico tão desanimador.

Nunca tive tenção de descrever aqui todos os processos operatorios que se tem empregado; são tantos quantos os auctores, que mais se occuparam d'este ramo da cirurgia, e está n'isto a prova de quanto é difficil conseguir um feliz resultado. Tratarei mais prolixamente dos quatro processos ainda hoje empregados; do processo de Jobert, e das modificações feitas por M. Simon; do processo de Marion de Sims, e das modificações feitas por Bozeman; os outros nem apenas os menciono, porque a muitos d'elles condemnou-os a rasão, e a experiencia reprovou-os a todos. Quando tratar do ultimo, isto é, do processo de Marion de Sims, modificado por Bozeman, direi então qual d'elles é preferivel, e porque é preferivel.

O processo de Jobert, ou o chamado indiano, é o seguinte: colloca-se a doente como se fosse para a operação da talha perineal; os instrumentos de que se serve o auctor são especulos de differentes tamanhos, alavancas lateraes, catheteres, pinças de Museux, bisturis rectos, botonados, ponteagudos, tesouras rectas e curvas, uma longa pinça de dissecar com dentes muito salientes, agulhas curvas, porta-agulhas, uma sonda de dardo *porta-fios*, fios gossos, ou especie de pequenas fitas estreitas, formadas de dous ou tres fios de sêda encerados.

Jobert, operando pela primeira vez uma doente de 35 annos, a quem sobreviera uma fistula *vesico-vaginal*, em consequencia de um parto laborioso, começou por avivar os labios da fistula, depois formou um retalho á custa das partes molles de um dos labios da vulva e da parte visinha do perineo, atravessou o centro d'este retalho com uma agulha já preparada com um fio, conduziu as duas extremidades d'este fio para a uretra por meio da sonda de Belloc, e fêl-os sahir pelo meato urinario, tendo voltado para cima a face sangrenta do retalho, introduzindo-o no interior da abertura fistulosa; depois de o ter feito voltar sobre o pediculo

que unia ao labio da vulva, segurou o retalho no lugar conveniente com o fio que servira para o puxar, e com um chumaço de fios introduzidos na vagina. Deixou na bexiga uma sonda permanente, com o fim de obstar a que a urina se accumulasse n'aquelle orgão, e prescreveu á doente uma dieta sevêra.

Esta operação não foi seguida de feliz resultado, porque, como confessou o proprio Jobert, commetteu o erro de praticar a secção do retalho, quatorze dias depois, quando os vasos de nova formação estavam ainda muito imperfeitos para a completa cicatrização.

O auctor, querendo depois emendar este inconveniente, recorreu ao processo seguinte: talhou um retalho maior e mais espêsso do que o precedente, e prolongou até á nadega as incisões destinadas a circumscrevê-lo; foi só ao fim de trinta e sete dias que cortou o pediculo do retalho. D'esta vez a adhesão estava perfeita e bem organizada; contudo a obturação do orificio fistular ainda não ficou completa, e Jobert, para tapar o pequeno buraco por onde sahia a urina, resolveu, depois de ter empregado debalde o nitrato de prata, reunir os bordos da fistula por meio de um ponto de sutura, e ao fim de oito dias a aglutinação estava tão completa, que foi possível tirar logo o fio que serviu á sutura.

Para operar, como aconselha Jobert, depois de rapar á navalha os cabellos d'aquella região, convém antes de cortar o retalho, torcer primeiro o grande labio, com o fim de estender os tegumentos, depois levar o bistori sobre o lado externo do grande labio, abaixando o punho de cima para baixo, e á medida que o instrumento se approxima da mão que puxa os tegumentos, desvia-se esta levemente para a parte posterior, tendo sempre o cuidado de exercer a tracção sobre a pelle, em quanto que, com a outra mão, se continúa a incisão, approximando-se do lado interno do grande labio, e fazendo descrever ao punho um semicirculo, para que o bistori termine a incisão ao mesmo nivel d'onde ella começou.



D'esta maneira fôrma-se um retalho com o vertice arredondado e proprio para fistulas largas.

Quando as fistulas são estreitas, podemos-nos servir d'um retalho formado entre duas incisões que começam uma na parte interna, e outra na externa do grande labio, vindo ambas reunir-se em baixo n'um angulo mais ou menos agudo; córta-se em seguida a pelle de fóra para dentro e do vertice do retalho para o seu pediculo, tendo o cuidado de comprehender n'ella uma espessa camada de partes molles, com o fim de conservar á pelle a maior vitalidade.

Uma vez proporcionado o retalho á extensão da fistula, e tendo sempre em vista que a pelle se ha-de retrahir, convém prolongar as incisões até á nadega, a não ser que se opére sobre uma mulher gorda, porque n'este caso é preferivel operar sobre o grande labio; porque o retalho levantado da nadega ou é muito espesso e não póde facilmente introduzir-se na fistula, ou fica muito exposto á gangrena se se despoja a pelle do tecido cellular.

Qualquer que seja o lugar d'onde se tire o retalho, o que importa é não esquecer, que o pediculo seja mais largo do que o proprio retalho, que deve ficar prèso o mais proximo possivel da vagina, e que este seja mais longo do que curto para evitar o estiramento e a gangrena. Feito o retalho, segue-se em tudo o processo descripto anteriormente.

Pareceu a Jobert que uma das causas do mau exito da operação, consistia no grande afastamento dos bordos da fistula, e na tensão forte e prolongada que elles soffriam, quando se approximavam por meio da sutura, o que dava em resultado a dilaceração dos tecidos.

Para obviar a este inconveniente, imaginou então praticar incisões parallelas aos bordos da fistula, umas nas paredes lateraes, outras na parede posterior, com o fim de facilitar a approximação dos bordos da ferida, para evitar assim o repuxamento causado por a sutura.

Jobert bem depressa se convenceu da inutilidade d'este processo operatorio, tão difficil e arriscado por os poucos resultados que d'elle

colhia, e por os perigos a que expunha a doente, por quanto tambem adoptou as modificações que M. Simon (d'Etiolles) pouco tempo depois fez ao seu processo, que são as seguintes :

O processo de Mr. Simon differe do precedente na posição da doente, na sutura, no avivamento, e na maneira de fixar o utero, e a vulva.

A posição, que elle chama sacro-dorsal, consiste em collocar as nalgas mais altas do que o thorax, as côxas dobradas sobre o ventre e aos lados do thorax, e as pernas dobradas sobre as côxas.

O *apparelho instrumental* consiste em pinças de dentes fortes e longas, um especulo em fôrma de placa, alavancas, colchetes, bistoris ponteagudos e botonados, bistoris de dous gumes, em fôrma de ferro de lança, e bistoris curvos; tesouras curvas sobre as faces das laminas, agulhas curtas finas e excessivamente curvas, o porta-agulhas de Roux, e fios de sêda grossos e finos.

PROCESSO OPERATORIO. —Mr. Simon consegue tambem a approximação immediata dos bordos da fistula, deslocando o utero e arrastando-o até á vulva, com uma pinça forte e de colchete, depois com uma agulha curva passa atravez dos labios do collo duas ansas de fio grosso, entrega as extremidades do fio a um ajudante, para segurar o utero n'aquella posição, e retira a pinça para deixar o campo livre para a operação, empregando tambem as alavancas lateraes e o especulo para dilatar convenientemente as paredes da vagina.

Prática depois o avivamento largo e profundo, segura os bordos com colchetes, e corta-lhes todo o tecido inodular, que comprehende as duas mucosas, e o avivamento fica em fôrma de cone com a base para a vagina, e o vertice para a bexiga. Emprega tambem as tesouras para fazer desaparecer as desigualdades das superficies avivadas.

Com o emprego dos fios ou sutura de detenção, Mr. Simon pretendia substituir as dilatações e o deslocamento da vagina, como o praticava Jobert, e para isso empregava duas ordens de fios, uns mais grossos e na distancia de um centimetro do bordo avivado, a que elle chama sutu-

ra de detenção ; outros, mais finos e mais approximados do bordo livre, collocando-os entre estes, a que elle chama sutura de reunião, tendo de intervallo entre cada fio uma linha a linha e meia : aperta-os mais ainda do que Jobert, e dá um nó em cada fio, á medida que os vae collocando.

A agulha levada n'uma porta-agulhas de Mr. Roux, entra na mucosa vesical, e atravessa-a de fóra para dentro; depois retira a agulha do porta-agulhas, desembaraça-a dos tecidos com a pinça com que os conservava fixos, deixando o fio atravessado em um dos dous labios ; enfia a agulha outra vez com a extremidade do fio que vem de dentro da bexiga, e repete a mesma operação sobre o outro labio em face da primeira, enterrando a agulha na mucosa vesical, para a fazer sahir na mucosa vaginal ; e assim por diante. Não applica nada sobre a vagina, nem emprega sequer a sonda permanente. Os fios são extrahidos do segundo até ao duodecimo dia.

No processo americano colloca-se o doente no decubito lateral esquerdo, o thorax voltado para baixo apoiado, sobre a cama, a cabeça repousando sobre o parietal esquerdo, as côxas em flexão, a direita um pouco mais do que a esquerda, o braço esquerdo deitado para traz, a bacia approximada de bordo direito da cama. O operador pôde ficar assentado.

APPARELHO INSTRUMENTAL.—O *especulo* de M. Sims, é uma hastea ou cabo metallico, que se continúa em cada extremidade com uma goteira curva na direcção do comprimento, e terminado em fundo de sacco na extremidade livre. Estas goteiras ficam parallelas, e formam com o cabo, (levemente curvos sobre o lado das extremidades livres das goteiras), um angulo quasi recto. As goteiras dilatam as paredes da vagina, e os seus differentes diametros dão-lhes as vantagens de um duplo instrumento. A hastea do cabo serve para o ajudante o segurar durante a operação.

São tambem precisos bistoris curtos, longos, curvos sobre o lado direito e esquerdo, rectos ; pinças de dentes ; um tenaculo ; tesouras rectas e curvas, de pequenas laminas em relação com o comprimento dos

aneis; um pequeno instrumento em fôrma de forquilha, com as pontas rhombas, a que os francezes chamam *fulcrum*, que serve para fixar os fios, uma pinça, para fazer a torsão, pinças, porta-agulhas, pequenas agulhas rectas e curvas, fios de sêda finos e de prata, uma pequena lamina de madeira, uma pequena sonda de aluminium ou de estanho em fôrma de S alongada, com pequenos buracos na extremidade vesical.

PROCESSO OPERATORIO. — N'este processo não é precisa a deslocação do utero. Para fazer o avivamento, que se chama em *entonnoir evasé* (funil dilatado) pratica-se primeiro uma incisão sobre a parte anterior do bordo da fistula, comprehendendo a mucosa vaginal e a primeira camada cellulomuscular, de comprimento de 10 a 12 millimetros; com o tenaculo segura-se um dos labios da incisão, e com uma tesoura curva sobre a face das laminas cõrta-se de camada em camada, conservando a distancia da incisão, e fazendo o avivamento em fôrma de faceta, inclinado para os bordos livres da fistula, que devem ser cuidadosamente respeitadas, de maneira que a mucosa vesical não seja comprehendida. Chegando á parte posterior, separa-se o retalho e segue-se o mesmo processo para o bordo do lado opposto, operando do mesmo modo.

Para praticar a sutura, dirige-se por meio de uma pinça *porta-agulhas* uma agulha com um fio de sêda dobrado (fio conductor) e enterra-se quasi a um centimetro de distancia da superficie avivada, segurando com um tenaculo o labio da ferida. A ponta da agulha penetra perpendicularmente a mucosa vaginal, e continúa logo a caminhar obliquamente até sahir pelo bordo livre no tecido cellular sub-jacente á mucosa vesical; desprende-se a agulha dos tecidos e faz-se-lhe percorrer um caminho completamente inverso no bordo opposto em frente da primeira picada, retira-se a agulha que deve conduzir as extremidades do fio, deixando uma *ansa* do lado da entrada, e formam-se tantas *ansas* quantas se julgarem precisas. Para que estes fios conductores se não confundam, prendem-se aos encaixes de uma lamina de madeira. Depois de collocados estes fios conductores, passa-se a ponta de um fio de prata por a an-

sa de um fio conductor, torce-se e achata-se entre os dedos, para que não faça saliência, tira-se em seguida o fio de sêda que conduz o fio metallico, e assim para todos os mais fios.

Os fios devem ficar a distancia de cinco a seis millimetros uns dos outros, e para os fixar, seguram-se com a mão direita as duas pontas do mesmo fio, introduzem-se depois na fenda do *fulcrum*, o qual é impellido até á ferida por a mão esquerda, que conserva o *fulcrum*, curvam-se junto da ferida com uma pinça, cortam-se com a tesoura e torcem-se as extremidades com uma pinça de torsão. Pratica-se o mesmo processo com todos os outros fios, virando as extremidades d'estes de maneira que ellas não toquem a mucosa vaginal; colloca-se a sonda de aluminium dirigida a um urinol cheio de esponjas, para absorver o liquido que começa a sahir. Os fios extrahem-se oito ou dez dias depois da operação.

PROCESSO DE M. SIMS, MODIFICADO POR BOZEMAN. — Bozeman divide tambem o seu processo em dous tempos, consistindo o primeiro no avivamento dos bordos da fistula, e o segundo na reunião d'estes bordos. Não é a M. Sims nem a Bozeman que cabe a gloria d'este primeiro tempo da operação. Heyward, em 1839, tinha estabelecido regras precisas a este respeito. Recommendava este auctor, que o avivamento devia ser bastante extenso; quanto maior, dizia elle, fôr a superficie avivada, maior será o numero de pontos para obter a reunião, e por conseguinte o fim desejado.

Era costume em outro tempo avivar-se apenas os bordos da ferida e proceder á reunião da pequena superficie avivada, o que explica até certo ponto os maus resultados da operação. Este primeiro tempo da operação não consiste só em avivar largamente os bordos da ferida; é essencial que não comprometta a porção vesical, mas só a parte vaginal, e á custa dos tecidos sãos da mucosa.

São obvias as razões d'este principio estabelecido exclusivamente pelos cirurgiões americanos. Se o avivamento é feito até á bexiga,

a ferida será em parte banhada pela urina, e com fundamento se póde receiar ou a inflammação da mucosa vesical, ou as infiltrações da urina no tecido cellular sub-mucoso.

Se pelo contrario o avivamento é feito só na mucosa vaginal, não se compromettem as vias urinarias, e não ha por consequencia as probabilidades dos accidentes que acabo de referir.

Heyward foi o primeiro que mostrou as vantagens d'este modo de avivar, que foram mais tarde confirmadas por Leroy d'Etiolle n'um excellente tratado sobre as fistulas *vesico-vaginaes*.

Este principio foi completamente adoptado por M. Sims e por Bozeman, seu discipulo, mas este ultimo aviva a superficie das fistulas n'uma zona de mais de um centimetro de extensão; e se compararmos as dimensões d'esta superficie sangrenta com a espessura do repartimento *vesico-vaginal*, facilmente se comprehende que o avivamento pelo methodo americano, offerece maior numero de probabilidades do que qualquer outro para a reunião da ferida.

Se além d'isto examinarmos o manual operatorio para o processo do avivamento, verêmos que todos os operadores, e especialmente Jobert, insistem muito em que o avivamento seja feito com o maior cuidado, e da maneira mais exacta.

Para praticar este primeiro tempo da operação, Bozeman serve-se de uma pinça curva de dentes agudos, com a qual segura o bordo da cicatriz, sobre a qual se deve fazer o avivamento, e é tambem este o instrumento hoje empregado geralmente. Bozeman emprega tambem ás vezes um pequeno colchete muito agudo. No ponto onde elle quer praticar o avivamento, prende os tecidos com o colchete, e fixa assim de uma maneira invariavel o ponto exacto onde deve levar o bisturi.

Este avivamento faz-se a pequenos golpes vagarosamente, avivando um a um cada ponto da cicatriz. Ha necessidade de assim proceder para que não escape ponto algum ao bisturi, accrescentando que para nos certificarmos de que não escapou parte alguma da cicatriz onde não chegas-

se o histori, devemos servir-nos de uma pequena espatula curva para elevar ou deprimir os tecidos e examinar o grau de avivamento.

Para a excisão convém empregar tesouras curvas nos aneis, para que a mão do operador não esconda a vagina, curvas nas faces das laminas para que a tesoura não esconda as partes lateralmente, e curvas sobre os bordos das laminas, já no direito, já no esquerdo.

Anteriormente já eram conhecidas umas tesouras muito semelhantes a estas, mas muito mais complicadas, cortavam mal, e as manobras eram difíceis; ao passo que as tesouras de Bozeman são de emprego commo- do, facil e seguro.

Nos casos em que as tesouras não bastam, podemos servir-nos de pequenos historis de laminas estreitas, sendo a de um curva para a direita e a do outro para a esquerda. Com estes instrumentos, o avivamento é facil de executar.

Começa-se este primeiro tempo por a parte da cicatriz que está mais visinha da bexiga, por isso que é mais difficil; aviva-se depois toda a circumferencia d'ella, e passa-se á excisão da mucosa vaginal.

Este primeiro tempo da operação é muito demorado, mas é da sua perfeita execução que depende o bom resultado da operação; leva, ás vezes, uma hora, outras vezes mais. E' util dizer que com pequenas esponjas seguras n'uma hastea comprida, se limpa o sangue que corre a cada excisão.

Passa-se em seguida ao segundo tempo, que consiste em reunir por meio da sutura as partes avivadas.

Até ha pouco tempo praticava-se em França a sutura da fistula *vesico-vaginal* perfurando toda a espessura do repartimento vesico-vaginal, do seguinte modo: collocava-se uma ansa de fio na cavidade vesical, em quanto que as duas extremidades do mesmo fio se atavam sobre a ferida da vagina. A cirurgia americana revoltou-se contra esta manobra operatoria, allegando que os pontos de sutura, passados na bexiga, irritavam

a mucosa vesical, e que a sutura, estando continuamente em contacto com a urina, podia facilmente destruir-se.

Os americanos reprovam a sutura que interessa toda a espessura do repartimento, e assim como o avivamento não deve ser feito senão sobre a parte vaginal da fistula, e nunca chegar até á bexiga, tambem do mesmo modo a sutura não deve comprehender senão os tecidos avivados e nunca o reservatorio urinario.

Mencionarei, pois, as modificações que o manual operatorio soffreu para satisfazer áquellas condições, que promettem a cura das fistulas genito-urinarias.

Em França e nos outros paizes, serviam-se todos os operadores dos fios de sêda, sem se lembrarem que os fios de materia animal ou vegetal teem o inconveniente de produzir sempre alguma inflammação nos tecidos em que se collocam. E' a esta propriedade que se deve a escolha dos fios d'algodão para entreter os sedenhos. Os fios de sêda ou de algodão, applicados a uma sutura, teem tambem o inconveniente de cortarem os tecidos, no fim de tres ou quatro dias.

Foram estas rasões que obrigaram os operadores americanos a empregar com preferencia os fios metallicos; mas diga-se em tudo a verdade, nem é d'elles a idéa, nem tão pouco foram os primeiros na execução; por quanto já no seculo passado se fazia a reunião das feridas, empregando os fios metallicos, que primeiro foram d'ouro, até que muito posteriormente Diefenbach os empregou de chumbo.

Estes ultimos constituíam já um grande aperfeiçoamento na arte operatoria; mas com tudo isso, ainda assim são-lhes superiores os fios de prata, porque a ductilidade d'este metal, junta á sua resistencia, permite dar ao fio o mais pequeno volume possivel, a ponto de evitar todas as probabilidades de inflammação.

O que é certo, é que o emprego dos fios de prata na sutura vesico-vaginal é uma das circumstancias principaes do processo americano e a que mais concorre para o seu bom resultado. Sabe-se que os corpos me-



tallicos de superficie lisa, não produzem geralmente a inflammação nos tecidos; e a prova d'esta verdade está em que os brincos das orelhas, collocados immediatamente depois da perforação do lobulo, não são senão excepcionalmente a causa de accidentes, e em que muitas vezes os caçadores, sendo feridos em diferentes partes do corpo, não soffrem graves incommodos, por isso que esses corpos se enkystam. Por esta propriedade que tem os fios de prata, podem elles conservar-se em contacto com os tecidos muito mais tempo do que os fios de materias organicas vegetaes ou animaes, e permite além d'isso multiplicar tanto quanto fôr possivel o numero de pontos de sutura, o que não acontece com os outros fios, por isso que inflamam os bordos da ferida, e a este estado inflammatorio segue-se a tumefacção e o amollecimento dos tecidos, e acabam por se deixar cortar, por pouca tensão que haja nos pontos de sutura, o que torna impossivel a reunião da ferida por primeira intenção.

Enumeradas e reconhecidas as vantagens do processo americano, por o que diz respeito á qualidade dos fios de sutura, continuarei descrevendo este mesmo processo, tal qual o pratica Bozeman.

Os fios empregados não teem todos a mesma dimensão; devem ser de duas grossuras diferentes, e proporcionadas aos esforços de tracção que as diferentes partes devem soffrer; os mais grossos, que devem ter o volume de um cabello de cavallo, são collocados na parte media, que é onde a separação dos bordos é maior, sendo portanto para receiar que se os fios forem demasiadamente finos cortem os tecidos.

Atravessa-se os bordos da ferida com estes fios, por meio de uma agulha que está prêsa a um instrumento, denominado porta-agulhas, o qual tem uma mola de segurança.

Eu disse e provei que os fios de prata podiam ser collocados a pequena distancia uns dos outros; Bozeman aconselha que se colloquem a cinco millimetros de intervallo. Facilmente se comprehendem as vantagens que d'aqui resultam para o perfeito ajustamento e reunião dos bordos da fistula. Os esforços de tracção que soffrem os bordos da ferida,

sendo supportadas por um grande numero de pontos, são quasi nullos para cada ponto em particular, e é quasi impossivel a dilaceração dos tecidos, além de que os labios da ferida conservam-se igualmente unidos, e por conseguinte nas melhores condições para se conseguir a reunião por primeira intenção.

Em quanto á maneira de passar os fios nos tecidos para fazer a reunião, ha grande differença entre o processo americano e o processo indiano; segundo este ultimo, o fio atravessa de lado a lado o repartimento vesico-vaginal; já mostrei em outro lugar os inconvenientes d'esta maneira de operar.

Os americanos procedem de modo differente; enterram a agulha na mucosa vaginal, quasi a meio centimetro de distancia do bordo da ferida, impellem-a de maneira que a façam sahir perto da porção vesical da cicatriz, sem comtudo lhe tocarem; operação igual á que se pratica no labio leporino. Mas como a agulha penetra difficilmente nos tecidos laxos, Bozeman segura com o colchete, que serviu para o avivamento, o repartimento vesico-vaginal no ponto onde quer enterrar a agulha; e, quando esta atravessou os tecidos, puxa a mola do porta-agulhas, a agulha fica livre, tira-se para fóra com uma pinça, introduz-se de novo no porta-agulhas para atravessar o labio posterior, seguindo o mesmo processo, mas em sentido inverso.

Este tempo da operação exige muito cuidado. E' preciso que os fios fiquem todos a igual distancia uns dos outros, assim como a igual distancia dos bordos da ferida; porque, ficando todos perfeitamente paralelos entre si, os esforços de tracção repartem-se igualmente por todos os pontos. Bozeman gasta, pelo menos, tres quartos de hora na collocação de todos os fios; e quando, por acaso, introduz a agulha mais longe ou mais perto dos labios da ferida, retira-a para a tornar a introduzir na distancia conveniente.

Os fios de prata não são enfiados directamente no fundo da agulha, são levados por fios de sêda; e Bozeman, para introduzir os fios metal-

licos nos labios da ferida, colloca primeiro, cada um no seu lugar, todos os pontos de sutura; e só depois é que puxa os fios de sêda um por cada vez, e d'esta maneira introduz nos tecidos os fios de prata.

Esta manobra, feita d'este modo, demora bastante a operação; talvez seja mais vantajoso e commodo, que á proporção que se introduz cada fio de sêda, se passe logo em seguida o fio de prata correspondente; e para que não haja confusão e mistura nos fios, um ajudante terá a seu cargo extremar e conservar as extremidades dos fios na mesma posição e relação em que foram introduzidos. D'este modo abreviava-se a manobra, prevenindo-se o inconveniente em que o operador muitas vezes se via obrigado a recorrer a um colchete rhombo, seguro n'uma hastea comprida, para desembaraçar e isolar os fios: esta pequena modificação, longe de prejudicar, antes facilita este tempo da operação.

Collocados todos os fios, procede-se em seguida á reunião da ferida. Como os fios metallicos não provocam a inflammação, nem cortam os tecidos, podem-se por isso apertar muito mais do que os fios ordinarios, de maneira que os bordos da ferida fiquem perfeitamente unidos, e não deixem sahir por qualquer ponto a mais pequena quantidade de urina. Accresce mais que os fios metallicos podem permanecer collocados na ferida durante todo o tempo necessario para a reunião.

Bozeman costuma extrahil-os só passados dez dias, e, o que é notavel, não se encontrava na vagina vestigios de pus, ao passo que, se se empregassem os fios de sêda, os tecidos, antes de cinco ou seis dias, estavam completamente cortados.

Talvez pareça demasiado longa esta descripção que estou fazendo das modificações do processo americano; mas parece-me conveniente, senão indispensavel, examinar e tornar bem conhecidas todas estas minuciosidades que concorrem, cada uma de per si, para o bom resultado da operação.

Como os fios metallicos teem de per si uma fôrma rectilinea, é preciso dar-lhes d'ante-mão outra particular, curvando-os no sentido da reu-

nião; depois para os approximar e completar a ansa de cada fio, introduzem-se as duas extremidades do mesmo fio n'uma placa metallica, furada por um buraco muito pequeno, segura n'um cabo; e em quanto que se seguram as duas extremidades do fio com os dedos da mão esquerda, faz-se descer o anel metallico ao longo do fio, de maneira que se unem as suas duas extremidades, e por conseguinte fôrma-se assim uma ansa muito estreita ao nivel da ferida. Faz-se o mesmo para com todos os outros fios, e os labios da fistula encontram-se já quasi inteiramente unidos.

Rigorosamente podia terminar-se logo em seguida a reunião, apertando as ansas dos fios com os pequenos anneis de chumbo que Fabricio de Nice e Galli imaginaram para a sutura do véu palatino; quando estes anneis estão atravessados por os fios e tocam o nivel da ferida, apertam-se com um boticão, e consegue-se assim uma compressão sólida sobre os fios, que substitue vantajosamente os nós nas suturas ordinarias. Mas Bozeman introduziu n'esta parte uma modificação que me parece ainda mais vantajosa.

Pensou este operador, que seria util fazer a reunião não directamente sobre a ferida, mas sim mediatamente sobre uma lamina de chumbo, que se amoldasse exactamente á fôrma da ferida, e que exercesse uma pressão suave e sempre igual sobre os labios reunidos.

Antes de praticar a operação, calcula o comprimento e a fôrma que a ferida deve apresentar no momento da reunião, e é sobre estes dados que elle prepara a lamina de chumbo. Talha-se, por exemplo, uma placa de fôrma curvilinea, comprime-se um pouco no sentido do seu comprimento, de maneira que represente uma pequena goteira destinada a receber a pequena saliencia que resulta da reunião da ferida do lado da vagina; com um furador fazem-se n'esta placa tantos buracos, quantos são os pontos de sutura; cada buraco é destinado a receber uma ansa de fio; introduzem-se, por conseguinte, as duas extremidades do mesmo fio em cada um dos buracos, e impelle-se a placa até pousar sobre a ferida.

D'esta modificação resultam as seguintes vantagens. A placa metálica comprime uniformemente toda a ferida, e ajuda a conservar reunidas as partes intermediarias entre os pontos de sutura.

Põe a ferida ao abrigo do contacto dos liquidos.

Segura os pequenos aneis de chumbo que substituem os nós, e cujo contacto poderia irritar a ferida, por causa das superficies necessariamente irregulares e adelgadas.

Como se vê por esta descripção, cada uma das partes da operação exige muito cuidado, e por conseguinte, muito tempo, mas é á custa de muita paciencia, e tomando em consideração todas estas minuciosas precauções que se consegue o resultado que nenhum outro processo pôde dar.

Até aqui tenho apenas fallado dos preliminares da sutura; continuarei agora n'esta ultima parte da operação. Os fios de prata estão collocados nos bordos da ferida; as extremidades estão introduzidas nos buracos da lamina de chumbo, e finalmente estão formadas as ansas; falta ainda terminar a reunião e conservar os fios no grau do aperto conveniente. N'este tempo da operação, ha uma cousa digna de se admirar; é a força que o auctor d'este processo emprega para reunir os pontos de sutura: esta vantagem só pôde ter lugar com os fios metallicos, por isso que não produzem, como já disse, inflammação alguma, nem tumefacção, nem tão pouco o amolecimento dos tecidos, como acontece com a demora dos fios de sêda nos labios da ferida.

Bozeman passa depois a fixar as ansas dos fios, o que corresponde a apertar os nós nas suturas ordinarias.

Para este fim mandou construir aneis de chumbo, que differem dos de Fabricio em terem uma especie de orelhas, assemelhando-se por isso muito a um martello. Introduz cada fio n'um anel, impelle este com força sobre a placa, e esmaga os fios sobre ella com um boticão. Depois carrega com força sobre a placa, para que ella se amolde exactamente á ferida, e ao mesmo tempo passa de traz para diante todas as pontas dos

fios metallicos, e assim é que se apertam as ansas que compõem a sutura.

Aqui termina a operação ; os fios estão fixos de um modo invariavel ; falta apenas cortar a porção excedente de cada fio, o que é conveniente fazer-se a pequena distancia do anel, depois inclinam-se para dentro as extremidades de cada fio, para prevenir que não piquem ou ulcerem a parede opposta da vagina.

Em seguida lava-se a vagina, fazendo algumas injeções de agua fria, e deita-se a doente no leito.

Começam n'este momento os cuidados consecutivos, que teem tambem de per si consideravel importancia para o bom resultado da operação.

E' preciso vigiar constantemente que a urina se não accumule na bexiga, cuja distensão poderia trazer consigo a ruptura dos tecidos reunidos.

Segundo o processo indiano, introduz-se simplesmente na bexiga uma sonda recta de gomma elastica que se segura com uma fita a uma ligadura de tronco. Bozeman reprova o emprego d'este instrumento, com receio de que a sonda, com qualquer movimento involuntario da doente, vá ferir a parede da bexiga no ponto da reunião da ferida.

Emprega com preferencia uma sonda metallica com uma dupla curvatura em fórma de S, mui semelhante á sonda de J. L. Petit, e cuja extremidade interna se eleva no sentido inverso do baixo fundo da bexiga, em quanto que a primeira curvatura fica encostada sobre a ferida. A extremidade vesical tem, além d'isso, um grande numero de buracos para deixar correr livremente a urina ; a extremidade livre é talhada em fórma de goteira.

Esta sonda fica permanentemente na bexiga, tendo sempre o cuidado de a tirar muitas vezes ao dia, para haver certeza de que se não tapam os buracos da extremidade vesical, a fim de que a urina encontre sempre uma passagem facil e constante.

E' conveniente vigiar o estado geral da doente, para prevenir ou combater as complicações que possam sobrevir.

Bozeman esforça-se para evitar as dejecções por espaço de quinze dias, e para isto provoca ás doentes a constipação do ventre, dando-lhes alimentos que deixem poucos residuos; aguas de caldo, algum bocado de carne, administrando-lhes ao mesmo tempo algum opio internamente.

E' facil de comprehender o fim que o auctor do processo tem em vista com estas applicações, que é evitar, quanto possivel, os esforços da defecação, que podem dar em resultado a dilaceração da cicatriz.

E' preciso não esquecer de recommendar á doente que se conserve escrupulosamente na posição conveniente, que é o decubito dorsal, e que não faça esforços violentos, tendo tambem o cuidado de dar repetidas vezes ao dia injeções de agua fria para lavar a vagina.

Os pontos de sutura devem permanecer por espaço de dez dias; Bozeman insiste muito sobre a necessidade de os não extrahir antes d'este tempo, e recommenda todo o cuidado na occasião de levantar o aparelho. Para este fim, a doente deve estar deitada sobre os cotovélos e sobre os joelhos; com o speculo levanta-se a parede posterior da vagina, seguram-se os fios com uma pinça, indireitam-se, cortam-se o mais perto possivel do anel compressor que facilmente se extrahе, levanta-se a placa, por cujos buracos tambem passam facilmente os fios; e depois abrem-se as duas extremidades dos fios, indireitam-se exactamente, e tiram-se para fóra, puxando-os com uma pinça por uma das extremidades, com todo o vagar.

A doente é em seguida conduzida para o leito. Introduce-se de novo a sonda, que deve permanecer na bexiga por espaço de mais de doze dias, continuam-se ainda a dar algumas injeções de agua fria na vagina; e é só passados quinze dias que a doente começa a levantar-se do leito.

O unico inconveniente que os apologistas do processo indiano podem notar a este processo, é só a muita demora na sua execução. Mas o que vale isto diante de todas as vantagens incontestaveis que apresenta o pro-

cesso que acabo de descrever, e que, ~~se~~ com raríssimas excepções, deixa de produzir resultados verdadeiramente satisfactorios, comparado com o nenhum exito, não digo já do processo indiano, mas de todos os outros processos até agora empregados.

Em summa, o processo indiano é uma verdadeira autoplastia com todos os seus perigos e inconvenientes: o processo americano é só e simplesmente uma verdadeira sutura.



## PROPOSIÇÕES.

---

ANATOMIA—A anatomia é a base de toda a Medicina.

PHYSIOLOGIA—A contractilidade é uma propriedade inherente á fibra muscular.

MATERIA-MEDICA—O methodo de ingestão tem vantagens aos outros.

PATHOLOGIA EXTERNA — A herança pathologica e physiologica é um facto incontestavel.

OPERAÇÕES — Nas amputações não ha logar de eleição.

PARTOS—O baptismo em agua fria só em casos extremos é que deve ser tolerado.

PATHOLOGIA INTERNA — Existem febres essenciaes.

ANATOMIA PATHOLOGICA—O microscopio applicado ao estudo da anatomia pathologica é um poderoso auxiliar para o diagnostico das doenças.

HYGIENE PUBLICA—O celibato, especialmente o sacerdotal, é a causa principal da immoralidade publica.

---

Vista.  
*Costa Leite.*

Póde imprimir-se.  
Porto 26 de Junho de 1866.  
*D.º Assis.*