CAPITULO III

Fístulas vaginales

Clasificación. — Fístulas urinarias. — Etiología. — Anatomía patológica. División. Síntomas.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Tratamiento. Reseña histórica. I. Tratamiento de las fístulas vésico-vaginales y uretro-vaginales. Indicaciones operatorias. Obliteración directa de la fístula. Cauterización. Reunión inmediata secundaria. Reunión primitiva, técnica y cuidados consecutivos. Obliteración indirecta de la fístula. Colpocleisis. Obliteración vulvo-rectal. II. Tratamiento de las fístulas cervicales. 1.° Fístulas yuxta-cervicales superficiales y profundas. Histerocleisis vesical. 2.° Fístulas intra-cervicales. Cauterización. Avivamiento y sutura. Cistoplastia. Hístero-estómato-cleisis. III. Tratamiento de las fístulas urétero-vaginales y urétero-cervicales: 1.° Método de obliteración directa. Procedimiento de SIMON, de LANDAU, de SCHEDE. Procedimiento del desdoble. 2.° Método de la obliteración indirecta. Colpocleisis. Nefrectomía.—Gravedad de la operación. Accidentes operatorios y post-operatorios. Desgarros de la vagina. Hemorragia. Lesión y ligadura del uréter. Peritonitis. Cálculos. Resultados. Incontinencia de orina; operación de PAWLIK. — Fístulas fecales. — Fístulas recto-vaginales. Etiología. Anatomía patológica. Síntomas y diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento. Operación por el periné, por la vagina y por el recto. Cuidados preliminares y consecutivos. — Fístulas ántero-vaginales. Definición. Etiología. Anatomía patológica. Síntomas. Diagnóstico. Tratamiento. Cauterización. Sección del espolón. Avivamiento y sutura. Laparotomía y enterorrafia. Abocamiento del extremo superior al recto. Creación de una vía de derivación de las materias fecales hacia el recto.

Clasificación

La vagina puede comunicar de un modo permanente con las vísceras inmediatas por medio de orificios ó trayectos cicatriciales organizados y revestidos de epitelio. Estas comunicaciones anormales, por otro nombre **fístulas**, deben dividirse en dos géneros, según sirvan de pasaje á la orina ó á las materias fecales.

Fístulas urinarias

Etiología

Etiología.—En concepto de la definición, deben excluirse de la clase de fístulas propiamente dichas, ó **cicatriciales**, las comunicaciones fistulares que determina el **cáncer** en un período avanzado de su evolución.

En la mayor parte de los casos debe buscarse el origen de las fístulas en un **parto** laborioso que ha provocado la mortificación más ó menos extensa del canal genital. Cuando la cabeza del feto permanece enclavada en el estrecho superior demasiado largo tiempo,

el tabique vésico-vaginal, impelido contra el pubis, sufre una fuerte compresión, la cual, si dura algún tiempo, lo mortifica: así suele tener lugar en los casos de estrechez de la pelvis, de volumen exagerado de la cabeza fetal, de presentación de espalda, etc. Es más de temer el efecto de una larga compresión que el de su intensidad.

Las otras causas de fístulas suelen presentarse con extraordinaria rareza. Como tales hay que citar:

Las **lesiones** del tabique vésico-vaginal, ocasionadas por el fórceps, el cefalotribo, ó un instrumento cortante cualquiera; otras veces es el mismo cirujano quien ha practicado la perforación, ya intencionadamente, como en la talla vaginal, ya accidentalmente, como en la histerectomía.

Los **cálculos vesicales** (1), por la producción de ulceraciones al incrustarse al nivel de una célula, ó provocando simplemente un absceso junto al punto de su adherencia, han producido también fístulas. Los **cuerpos extraños** de la vejiga sólo pueden determinar este efecto, después de haber provocado la formación de un cálculo (2).

Las **ulceraciones de la vegija** (3) debidas á un catarro crónico, únicamente en casos excepcionales han llegado á perforar el tabique.

Las **ulceraciones tuberculosas de la vagina** figuran como rareza patológica, y aun en el caso de que determinen perforación, el orificio anormal resultante, al igual de las perforaciones cancerosas, no debe incluirse en la clase de fístulas si no se cicatrizan sus bordes.

Anatomía patológica
División

Anatomía patológica.—El punto de asiento de las fístulas, que ha servido para establecer divisiones entre ellas, es variable y depende de la situación en que se encuentra la vejiga y la uretra, con relación al borde superior del pubis, en el acto que tienen lugar los esfuerzos del parto: en efecto, contra esta arista se produce la compresión que motiva el esfacelo. Las paredes del cuerpo del útero están libres, por decirlo así, de convertirse en estos casos en punto de perforación, siendo esto debido al sitio ocupado por el orificio interno del cuello, punto donde dichas paredes comienzan, el cual siempre se halla más arriba del pubis. Muy diferente es el

(1) En los tratados clásicos de DESAULT, RICHERAND, BOYER, ROKITANSKY, etc., se citan casos de esta índole.

(2) MORAND y JOBERT (de Lamballe) han publicado observaciones de esta clase.

(3) L.-TAIT (citado por SCHRŒDER. *Mal. des Org. gén. de la femme*, trad. al franc., 1886, p. 519) quiere haber visto cuatro casos. -SCHRŒDER (*Ibid.*) presenció en un caso la perforación, que se produjo á su vista.

FAC DE MED. UANL
BIBLIOTECA

caso con la pared anterior del cuello del útero, porque si dicha pared llega á esfacelarse, lo cual es muy raro, se forma como consecuencia una fístula, que pone en comunicación el cuello y la vejiga, es decir, la fístula **vésico-uterina**, que con más propiedad debiera llamarse **vésico-cervical**. Sin embargo, cuando en el parto se produce esta compresión que mortifica la región que nos ocupa, regularmente el orificio externo del cuello ya se ha deslizado por encima de la cabeza del feto, de suerte que la parte maltratada es el tabique vésico-vaginal, el cual, perforándose más adelante, da lugar á una fístula **vésico-vaginal**. Por último, puede acontecer que la vejiga, en virtud de un estado de repleción, persevere situada más alta que el pubis, arrastrando naturalmente la uretra consigo; en estos casos este último canal es el que recibe el insulto y el que se perfora, resultando una fístula **uretro-vaginal**. VERNEUIL (1) ha llamado **uretro-cérvico-vaginales** las fístulas en que resultan interesados el cuello de la vejiga y la uretra.

El orificio vesical de los uréteres se halla situado cerca de unos 3 centímetros por debajo del hocico de tenca, y, según se sabe, los citados canales tienen un corto trayecto intra-parietal en el propio espesor de la vejiga. Por esta situación se comprende muy fácilmente, que toda compresión ejercida en el plano de unión del tercio superior de la vejiga con su tercio inferior, deberá interesar dichos canales y producir, ora una fístula **urétero-uterina** (que con más exactitud debería llamarse **urétero-cervical**) (2), ora una fístula **urétero-vaginal**, según el orificio anormal esté situado al nivel del cuello ó según se halle emplazado más abajo en la vagina.

La forma más frecuente de fístula, entre las citadas, es la **vésico-vaginal**, cuyo asiento suele ser muy alto en el fondo de saco, correspondiendo al segmento más bajo del fondo de la vejiga. Sus dimensiones á veces son tan pequeñas, que con dificultad se llega á descubrir; en otros casos constituye una hendidura ó un orificio de labios entreabiertos, de forma generalmente oval, con dirección transversal oblicua y con bordes unas veces flexibles, otras gruesos y esclerosados; en la mayor parte de los casos se puede reconocer distintamente la orla de unión de ambas mucosas; la de la vagina suele presentarse ligeramente arrollada hacia adentro, formando, según la expresión de VERNEUIL, una especie de *entropión*. Por lo

(1) VERNEUIL. *Mém. de Chir.*, t. I, p. 933.
(2) HEGAR y KALTENBACH (*Traité de Gynécol. opér.*, trad. al franc., p. 408) solamente señalan 9 casos publicados.—La primera observación de esta clase se debe á BÉRARD.

general, no hay más que un solo orificio; empero puede haber muchos, en cual caso se hallan separados por puentes carnosos ó cicatriciales; hasta se ha visto de tal modo destruído el tabique vésico-vaginal, que resultaba lo que DEROUBAIX (1) ha llamado **cloaca uro-genital**.

Ordinariamente la **vagina** suele soportar muy bien el contacto incesante de la orina; pero esta continua irritación en algunos casos es causa de que la vagina sea asiento de una inflamación crónica de las más molestas. En ócasiones, presenta este canal bridas cicatriciales, como resultado de escaras contemporáneas de la fístula, las cuales motivan su estrechez; en el divertículo superior, que de este modo puede formarse, prodúcense en algunos casos estancamiento de orina y **concreciones calculosas**. Constituye una de las complicaciones más fastidiosas de las fístulas, por las dificultades que opone al tratamiento, la existencia de **tejido cicatricial**, en virtud del cual las paredes de la vagina quedan sólidamente adheridas al esqueleto. A veces la **uretra** resulta comprimida en medio de estas masas inodulares, y queda desviada, constreñida y hasta obliterada. Cuando la perforación es considerable, como la **vejiga** se presenta anchamente abierta y su mucosa se irrita con el acceso del aire y con las secreciones vaginales, dicho reservorio se inflama; por otra parte no pudiendo desempeñar su papel de depósito urinario, acaba por encogerse.

En las fístulas que ocupan los lados del trígono vaginal de PAWLIK (figura 84, p. 142 del tomo I), con un estilete ó una sonda apropiada se puede penetrar en el **uréter** (2), que se abre ya en el borde libre, ya un poco más allá en la vejiga; en tales casos es muy probable que exista cierto grado de ureteritis, que, siguiendo los preceptos de SÆNGER (pág. 137 y sig. del tomo I), es fácil reconocer por medio del tacto. En una autopsia de fístula urétero-uterina, FREUND (3) encontró este canal dilatado como en los casos de hidronefrosis; en su parte inferior, al nivel de la fístula, había gran estrechez.

Son muy raras las fístulas **urétero-vaginales** puras, es decir, sin comunicación simultánea con la vejiga. Lo más común es que la perforación del uréter sea una dependencia de la fístula vésico-

(1) DEROUBAIX. *Traité des Fistules uro-genitales de la femme*, Bruselas, 1870.
(2) MAX. *Annal. de la Soc. anat. path. de Bruxelles*, 1860, t. III, p. 18.—S. POZZI. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 23 febr. 1887, p. 114.
(3) A.-G. FREUND. *De Fistula uretero-uterina, conspectu historico*, Breslau, 1860, y *Klin Beitræge zur Gyn.* v. J.-W. BETSCHLER, W.-A. FREUND y M.-B. FREUND, Breslau, 1862.

FAC DE MED. HAVANA BIBLIOTECA

vaginal. De igual manera las fístulas **urétero-uterinas** no suelen ser más que un caso particular de las fístulas vésico-uterinas ó vésico-cervicales, en las cuales, en virtud del trabajo de retracción cicatricial subsiguiente á la caída de las escaras, el uréter abierto se ha fusionado con el cuello, más ó menos destruído, el cual está en comunicación con la vejiga. Puede acontecer, sin embargo, que al cabo de cierto tiempo, por retracción concéntrica progresiva se oblitere la porción de fístula que corresponde á la vejiga, mientras que la otra porción, en que desagua la perforación del uréter, continúa subsistiendo gracias á la filtración incesante de la orina que procede directamente de este conducto. Tenemos, pues, que toda fístula ureteral representa una fístula inveterada, y, si vale decirlo, medio curada. De ahí la dificultad que ocurre á menudo para descubrir el pequeño orificio en las diminutas fosas y debajo de las bridas del tejido inodular.

Si la fístula es **uretro-vaginal**, suele manifestarse muy cerca de la vulva, entre 3 y 5 centímetros del meato. En algunos casos se ha encontrado una fístula de esta clase situada en la parte anterior de otra fístula vesical, con el canal uretral obliterado entre estos dos orificios. Las fístulas de este género unas veces son muy reducidas, otras presentan enormes dimensiones.

Es muy común que el **útero** se halle afecto de metritis en los casos de fístulas urinarias, que mantienen el cuello en un estado constante de irritación; también puede existir considerable alteración del hocico de tenca (esclerosis, ulceración); recuerdo un caso en que esta alteración presentaba el aspecto de una lesión de mal carácter de cáncer nodular.

Síntomas

Síntomas.—Cuando un parto ha sido laborioso ó ha exigido violentas enqueiresis obstétricas, no suele tardar á presentarse un flujo involuntario de orina; este flujo podrá ser en algunos casos consecuencia de una dislaceración de la pared vésico-vaginal, pero en otros puede depender asimismo de una especie de parálisis traumática del cuello de la vejiga, que á veces suele presentarse muchos días antes de la eliminación de las escaras.

Esto nos indica que debemos conceder muy poca importancia á la fecha que alegan las enfermas como comienzo del accidente, y que tampoco debemos deducir, con Deroubaix, que la fístula haya aparecido en la mayoría de los casos inmediatamente después del alumbramiento: en efecto, incontinencia de orina y fístula no son necesariamente contemporáneas, cual se muestran inclinadas á

creerlo la mayoría de las enfermas. La escara requiere á lo menos tres ó cuatro días para adquirir un estado de reblandecimiento suficiente para dejar pasar la orina, que al principio lo hace por una especie de filtración insensible y más tarde con una abundancia que va en aumento á medida que la escara se desprende; á veces se ha visto que este trabajo de eliminación sufría un retardo considerable, pudiendo prolongarse durante un mes entero. La **cantidad** de orina que fluye, guarda relación con las dimensiones del orificio; las alteraciones de la **calidad** (moco-pus, fosfatos), dependen de la cistitis concomitante. Mucho influye la **actitud** de las enfermas en el flujo de la orina: las hay que logran retenerla, apretando uno contra otro los muslos; Verneuil (1) vió á una mujer que únicamente acusaba esta pérdida durante el decúbito lateral. Por lo demás, se concibe muy bien que una fístula situada en la parte baja del fondo de la vejiga permita, durante la estación vertical, la retención del líquido, que, al revés, se escapará inmediatamente, si la perforación se halla hacia el cuello de la vejiga. También despliegan su parte de acción en este fenómeno la disposición de los labios de la herida, la de las bridas contiguas, etc.

En las fístulas uretro-vaginales, el derrame de la orina en la vagina únicamente tiene lugar en el acto de la micción. En las fístulas urétero-vaginales ó urétero-uterinas, la orina que segrega uno de los riñones va acumulándose normalmente en la vejiga, mientras que la segregada por el otro riñón filtra en la vagina gota á gota ó por pequeños chorros.

En las fístulas vésico-vaginales, el rezumo perpetuo é involuntario de este líquido es un verdadero suplicio para las enfermas; éstas se sienten incesantemente mojadas, exhalan un olor penetrante, que ningún medio logra hacer desaparecer, y presentan en la vulva y los muslos una irritación de las más molestas.

El **estado general** puede ser satisfactorio, pero en algunos casos sufre graves alteraciones por la influencia de las inflamaciones ascendentes del aparato génito-urinario: metro-salpingitis, pielo-cistitis. A menudo se observa amenorrea (2). A pesar de todo puede tener lugar la concepción y evolucionar perfectamente el embarazo y el parto.

Diagnóstico

Diagnóstico.—Inmediatamente después de efectuado el parto, no por escaparse involuntariamente la orina debemos deducir que

(1) Verneuil. *Loc. cit.*, p. 779.
(2) Kroner. *Arch. f. Gyn.*, 1882, Bd. XIX, p. 149.

existe una fístula urinaria, pues, según ya se ha dicho, este accidente puede muy bien obedecer á una parálisis del cuello ó del propio cuerpo de la vejiga, con rebosamiento consecutivo. Habrá que hacer la exploración con sumo cuidado y, si se albergase la menor duda, se resolverá la dificultad vaciando la vejiga y haciendo luego en ella una inyección de leche coloreada: por ligera perforación que haya, veremos entonces fluir el líquido por la vagina.

Para el diagnóstico de las grandes fístulas, basta practicar el tacto, sobre todo, si con él se combina el cateterismo mediante una sonda metálica. Empero, el examen con el espéculo se hace indispensable cuando se trate de adquirir conocimientos más exactos, y también para descubrir ciertas perforaciones de calibre muy reducido.

Para el reconocimiento habrá que hacer tomar á la mujer primero la posición lateral de Sims y después la genu-pectoral, y con valvas apropiadas se deprimirá la horquilla y se mantendrán separadas una de otra las paredes laterales de la vagina. Esta última posición es la que permite poner mejor al descubierto la pared anterior, con tal que al propio tiempo se procure fijar y abajar ligeramente el cuello por medio de pinzas. Sin embargo, cuando la vagina es muy estrecha, el examen resulta muy difícil, y en este caso, para poder efectuarlo de un modo provechoso, se hace necesaria una dilatación previa que, ya será lenta, ya extemporánea, á tenor de los procedimientos que se sigan y de que haré mérito al hablar del tratamiento.

Hasta presentándose la vagina perfectamente permeable, puede ocurrir que la presencia de bridas y anfractuosidades procedentes de la cicatrización de las escaras, sirva de obstáculo á la vista. En tales casos deberá procederse á descoger los pliegues que estorban por medio de pequeños ganchos agudos, y habrá que pasear un estilete fino por cada pequeña fosa que infunda sospecha. Al propio tiempo, con una sonda metálica se hará destacar la pared anterior de la vejiga, y se obligará á la mujer á que haga un esfuerzo para ponerla en mayor estado de tensión.

En los casos dudosos no debemos olvidar que es preciso practicar una inyección de leche en el depósito urinario. Haciendo el reconocimiento del interior de la vagina pocos momentos después de dicha inyección, veremos manar la leche por el agujero fistular. Este puede ser, sin embargo, excesivamente angosto, de manera que sin impedir que el rezumo tenga lugar, no deja reconocer el

punto de emergencia. En estos casos aconsejo que se deseque bien la pared vaginal anterior y se aplique á la misma una hoja de papel chupón, en tanto que se va llenando la vejiga. De esta manera muy pronto se distinguirá una mancha de humedad al mismo nivel que ocupa el orificio que no se había logrado descubrir, y que desde este momento será mucho más fácil de determinar por medio de un estilete.

Si la fístula es **cérvico-vaginal** ó **útero-vaginal**, con la introducción de una sonda en la vejiga y de un estilete en el cuello se descubrirá fácilmente la existencia de una perforación, cuando ésta es algún tanto grande. Si es muy pequeña, se pondrá de manifiesto por medio de inyecciones de leche en la vejiga, después de las cuales se ve manar el líquido por el hocico de tenca. Se confirmará el diagnóstico dilatando el cuello y practicando la exploración de su cavidad juntamente con el cateterismo vesical (1).

En la fístula **urétero-uterina** lo mismo que en la especie precedente, la orina sale también por el cuello y el diagnóstico en el primer momento es imposible. Precisa recurrir á exploraciones muy minuciosas para establecer la distinción. Las inyecciones de leche practicadas en la vejiga no saldrán en este caso al través del cuello, á no ser que se trate de una fístula **urétero-vésico-uterina**. Si con objeto de obtener la dilatación del cuello, para hacer más fácil la operación, se obtura dicho conducto con un tallo de laminaria, se provocan, como pudo observarlo Freund (2) en un caso, dolores de riñones acompañados de vómitos y fiebre, cuyos síntomas deben atribuirse á la obliteración del orificio del canal que sirve de desagüe á uno de los riñones. Bérard ideó para este caso un medio muy ingenioso: después de haber hecho orinar á la enferma dispuso que se sentara en una bacinilla para recoger en ella todo el líquido que saliese á través de la vagina; pasadas dos horas, practicó el cateterismo y comparó la cantidad de orina así obtenida con la que había manado espontáneamente de la vagina dentro de la bacinilla; resultando estas dos cantidades iguales, pudo deducirse que cada una de ellas procedía de un riñón diferente.

Mi parecer es, que en estos casos, se puede confirmar el diagnóstico, si con la determinación del engrosamiento de uno de los uréteres por medio del tacto de éstos, según el procedimiento de Sænger (pág. 137 y sig. del tomo I), se descubre que existe ure-

(1) Nélaton. *Pathologie chirurg.*, t. V, p. 485.
(2) Freund. *Klin. Beitræge zur Gyn.*, 1882, p. 84.

FAC. DE MED. BIBLIOTECA

teritis en el lado en que radica la lesión. También podría llegarse al cuello uterino por medio del cateterismo del uréter, según los procedimientos de Pawlik ó de Simon (pág. 140 á 146 del tomo I); sin embargo, hay que tener en cuenta que el uréter se vuelve más estrecho por debajo del punto de la perforación, lo cual puede dificultar su permeabilidad.

Habrá motivo para recelar que se está en presencia de una fístula **urétero-vaginal** cuando el orificio cae á los lados de la vagina á 1 ó 2 centímetros del cuello, al nivel de una de las ramas laterales del triángulo de Pawlik (fig. 84, p. 142 del tomo I), como también cuando la fístula ha sido causa de que se hayan practicado ya numerosas tentativas operatorias, que todas han fracasado á pesar de la pericia del cirujano.

Cuando la fístula es puramente urétero-vaginal, presenta un orificio muy pequeño y con bordes cortados á pico, ó como un brote proeminente en los mismos; cuando, lo que es ya más frecuente, es **urétero-vésico-vaginal**, el orificio puede ser muy grande y habrá que buscar en uno de sus labios la abertura del uréter, guiándose para este fin por las relaciones que de este conducto se conocen. A veces se ha visto surgir de él la orina por sacudidas reiteradas. Aunque sea preciso hacerlo tanteando, se tratará de introducir en todos los casos una sonda uretérica (fig. 85, pág. 144 del tomo I) al nivel del borde posterior, si no se puede descubrir la abertura. Toda duda quedará desvanecida si el catéter penetra profundamente en dirección hacia el riñón y si sale por su pabellón orina límpida á pesar de las inyecciones de leche que se han practicado en la vejiga. En un caso de esta clase logré introducir la sonda de Pawlik á una profundidad de 21 centímetros.

Deberá procederse siempre con mucha cautela al hacer la exploración de la uretra por el cateterismo, y, en vista de las desviaciones que puede haber sufrido este canal, habrá que servirse de una pequeña sonda de goma. Es preciso estar sobre aviso contra un error que ha sido señalado por Hegar y Kaltenbach: por hallarse obstruída la uretra en su parte posterior, entre una fístula uretro-vaginal y otra vésico-vaginal, sucede á veces, que la sonda introducida en la uretra abandona este conducto y se insinúa en la vagina á través del orificio uretral, para luego penetrar en la vejiga á través del orificio vaginal. Procediendo con algo de atención, no se nos escapará esta irregularidad.

Cuando el **cuello del útero** sufre una inflamación crónica, en ocasiones se presenta duro, abollado, con aumento de volumen y ofrece una ulceración cortada á pico y de aspecto barnizado, análoga á la de ciertas úlceras varicosas de las piernas, la cual induce á creer que existe una afección de mala índole. No deberemos, pues, precipitarnos á plantear á la ligera un diagnóstico de **cáncer del cuello**; con la obliteración de la fístula veremos desaparecer estas lesiones ó cuando menos mejorarse considerablemente.

Pronóstico.—La curación espontánea de las fístulas urinarias (1) únicamente puede tener lugar al comienzo de su formación y cuando el trabajo de cicatrización concéntrica, subsiguiente al desprendimiento de las escaras, no ha agotado todavía su acción; en tales casos causa verdadera sorpresa ver la rapidez con que disminuyen ó desaparecen del todo grandes perforaciones. Al contrario, cuando ha pasado ya cierto tiempo, se ha terminado la retracción inodular, y el orificio queda exactamente circunscrito por el epitelio de las dos mucosas, que se ha reunido en su borde libre, la lesión adquiere el carácter de definitiva y no muestra en lo sucesivo ninguna tendencia á la curación espontánea. Las fístulas constituyen más bien un achaque que una enfermedad: eventualmente les imprimen cierto carácter de gravedad las complicaciones inflamatorias que pueden sobrevenir por parte de la vejiga y del útero, desde cuyo lugar pueden propagarse por vía ascendente á los riñones, á las trompas ó al peritoneo. Especialmente deben temerse en este sentido las fístulas del uréter, y las que desaguan en el cuello del útero. Pronóstico

La curabilidad de las diversas especies de fístulas varía á tenor del sitio que ocupan, de su extensión, de su fecha y de las alteraciones que simultáneamente coexisten en la vagina.

Las fístulas de la parte baja del fondo de la vejiga se pueden obliterar más fácilmente que las cérvico-vésico-vaginales y también más que las uretro-vaginales, á pesar de que parezca que éstas *a priori* deben curarse muy bien; esto depende de la flexibilidad y de la menor laxitud de los tejidos inmediatos. Muéstranse muy rebeldes al tratamiento las fístulas vésico-cervicales. Presentan también dificultades particulares en la curación todas las fístulas uretéricas, ya en la vagina, ya en el cuello, y por poco que la operación comprometa la permeabilidad del canal excretor del riñón, su obliteración expone también á serios peligros.

Tratamiento.—Reseña histórica.—Ya á fines del siglo XVI, Tratamiento Reseña histórica

(1) Nélaton. *Loc. cit.*, p. 507.