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.

Séverin Pineau (1) describió la fístula urinaria en la mujer. El tratamiento por el **avivamiento** y la **sutura**, adoptado por el citado autor, era todavía aconsejado en pleno siglo xvii por el cirujano holandés van Roonhuyzen (2); pero, careciéndose como se carecía de una buena técnica en aquellos tiempos, estas operaciones debían fracasar. Por esta razón, en el siglo xviii se renunció á todo tratamiento curativo; Jean-Louis Petit (3) se servía de una especie de orinal, llamado por él, desaguadero *(trou d'enfer)*. Desault y Chopart (4) se contentaban con la colocación de una sonda estacionaria y con la aplicación de un tapón vaginal, desde que se iniciaba la lesión, con objeto de favorecer la cicatrización espontánea. A principio del siglo xix (5), hiciéronse tentativas operatorias en diversos sentidos. Delpech, Dupuytren y Jules Cloquet preconizaron la cauterización. Volvieron á ensayar la sutura Lewisky en 1802, Nægele en 1812, Lallemand, Deyber, Malagadi (de Bolonia) en 1828, Roux en 1829 y Dugès en 1830. En 1824 Lallemand (6) inventó su famosa *sonda-erina* ó *sonda reunidora* para unir los bordes de la fístula después de haberla avivado por la cauterización. Los éxitos, por otra parte muy discutibles, alegados por Lallemand produjeron cierto delirio por el uso de los **ganchos** ó **erinas reunidoras**. Dupuytren (7) mandó construir un instrumento análogo, y un poco más tarde Laugier (8) inventaba también una *erina doble vaginal;* Récamier, por su parte, hizo

(1) Séverin Pineau. *Opusc. physiol. anat.*, etc., París, 1598.

(2) Hendrik van Roonhuyzen. *Heelkonstige Aanmerkingen betr. de Gebrecken der Vrouwen*, Amsterdam, 1663. Esta memoria fué traducida al inglés en 1676 *(Philosoph. Transact.*, t. XI, p. 621).—En el siglo xviii, Fatio, de Basilea, y Vœlter ensayaron de nuevo la sutura, pero sin éxito.

(3) J.-L. Petit. *Traité des Maladies chirurg.*, etc. París, 1790, t. III, p. 87.

(4) F. Chopart. *Traité des Maladies des voies urinaires*, París, 1821.

(5) Esta parte histórica ha sido tratada magistralmente por Rochard. *Histoire de la Chirurgie française au XIXe siècle*, París, 1875, p. 387-394 y 839-813.—Consúltese además Jobert (de Lamballe). *Mémoires sur les Fistules vésico-vaginales et sur leur traitement par une nouvelle Méthode opératoire (Gaz. méd. de Paris*, 1836, p. 193).—Velpeau. *Nouv. éléments de Méd. opérat.*, 2.ª edic., 1839, t. IV, p. 433.

(6) Lallemand (de Montpeller). *Réflexions sur le traitement des Fistules vésico-vaginales (Arch. gén. de Méd.*, abril 1825, 1.ª serie, t. VII, p. 481). La sonda-erina ha sido también descrita y representada por Sédillot y Legouest. *Traité de Méd. opérat.*, 1870, t. II, p. 552 (fig. 561).— Deville (tesis de Montpeller, 1833,n.º 107) publicó dos observaciones curadas por el procedimiento de Lallemand.—Serre *(Mémoire sur l'emploi de la Sonde-érigne dans le traitement des Fistules vésico-vaginales...*, leído en la Soc. de Medicina de Montpeller en 15 de junio de 1840, en *Gaz. méd. de Paris*, 1840, p. 487) afirma, por la parte contraria, que en una quincena de casos recogidos durante doce años en el hospital Saint-Éloy en el servicio clínico de Lallemand, contó cinco defunciones y no vió ninguna curación. A pesar de estos datos, Bréchet *(Gaz. méd.*, 1840, p. 651) leía poco tiempo después en la Academia de Ciencias una relación sobre una Memoria de Lallemand, en la cual admitía que en quince operaciones se obtuvieron siete curaciones reales!

(7) Véase Velpeau. *Loc. cit.* p. 440.

(8) Laugier. *Nouvel Instrument pour la réunion des Fistules vésico-vaginales (Journ. hebd.*, 1829, t. V, p. 420).—Este instrumento ha sido descrito y representado por Sédillot y Legouest. *Loc. cit.*, t. II, p. 552 (fig. 562).

construir muchos instrumentos para la reunión. La boga de todos estos instrumentos fué muy efímera, pues pronto tuvieron que ceder el paso á la **autoplastia.**

Habiendo imaginado Velpeau en 1832 cerrar las fístulas laríngeas por medio de un tapón de tegumento, propuso que se emplease también el mismo sistema para las demás aberturas fistulosas. Jobert (de Lamballe) (1) aprovechó esta indicación y en 1834, practicó la **elitroplastia** ó autoplastia de la vagina según el método indio. Con el bisturí avivaba primero la fístula, y después sustituía la pérdida de sustancia por medio de un colgajo cutáneo, que ó bien tomaba de uno de los labios mayores, ó bien de la cara interna del muslo ó de las nalgas. Para mantener en contacto con la fístula avivada dicho colgajo, se servía de un hilo que hacía pasar por la uretra. Si bien es verdad que obtuvo éxito brillante en un caso, en cambio fueron numerosos los descalabros que esta operación produjo en sus manos y en las de Roux. Velpeau (2), Leroy d'Etiolles (3) y Gerdy (4), inventaron también un procedimiento autoplástico, que merece ser imitado aun hoy día en ciertos casos especiales, y que consiste en cortar á lo largo de los bordes de la perforación dos colgajos cuadriláteros y en reunir de un modo exacto las dos anchas superficies cruentas.

Los resultados de todos estos tanteos no pasaban de la nota de mediocres, cuando Jobert (5) propuso una operación, que forma época en la historia de la cura de las fístulas, la **cistoplastia por deslizamiento ó autoplastia vaginal por locomoción.** Consistía ésta en el desprendimiento de la vagina al nivel de su inserción al cuello y en anchas incisiones libertadoras. Al principio añadía además la movilización del labio anterior de la fístula, despegando la uretra del pubis; pero muy pronto abandonó este procedimiento. Con esta operación obtuvo una serie de éxitos que, para la época en que operaba, deben realmente considerarse como extraordinarios. Jobert los atribuía equivocadamente á la facilidad con que se dejaban aproximar los bordes entre sí y á la ausencia de tensión; pero en realidad

(1) Jobert (de Lamballe). *Mémoire lu à l'Académie des Sciences* en 4 febrero 1836 *(Gaz. méd. de Paris*, 1836, t. IV, p. 225) y relación de Blandin. *Bull. Acad. de Méd.*, 27 marzo 1838, t. II, p. 581;—*Traité de Chirurgie plastique*, París, 1849, t. II, p. 409;—*Traité des Fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales*, etc., París, 1852.

(2) Velpeau. *Loc. cit.*, t. I, p. 702.

(3) Leroy d'Étiolles. *Moyens nouveaux de traitement des Fistules vésico-vaginales (Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, agosto 1842).

(4) Gerdy. *Revue scient. et industr.*, 1841, t. V, p. 454.

(5) Jobert (de Lamballe). *Bull. de l'Acad. de Méd.*, sesión del 16 de marzo de 1847, t. XII, p. 492.—Malgaigne. *Manuel de Méd. opér.*, 7.ª edic., p. 769.—Monteros. *Essai sur le traitement des Fistules génito-urinaires chez la femme.* Tesis de París, 1864.

la mayor parte de estos éxitos debe atribuirse á detalles de técnica de importancia capital, por más que él los consideraba como accesorios, tales son: mayor facilidad de poner al descubierto la región por medio de valvas planas ó separadores, avivamiento muy extenso de los bordes de la fístula y multiplicación de los puntos de sutura. El resultado de este error de apreciación fué que los demás cirujanos que siguieron este método, sin dar la misma importancia á estos detalles por juzgarlos insignificantes, fracasaron las más de las veces; de manera que los éxitos de la cistoplastia por deslizamiento quedaron casi reducidos á los del autor de este procedimiento.

De este modo, al primer entusiasmo excitado por las publicaciones de Jobert, siguióse en Europa un desaliento completo, cuando á fines de 1858 un joven cirujano americano, Bozeman (1) (de Montgommery), llegó á París para dar á conocer el procedimiento, algo modificado, de su maestro Marions Sims (2) (de Nueva York). Este **procedimiento americano**, cuyos elementos esparcidos han resultado haber sido tomados de otros autores, y del cual Hayward (3) (de Boston), en particular, ya había indicado uno de los puntos esenciales, reunía un conjunto de perfeccionamientos considerables: posición más cómoda de la mujer en semi-pronación lateral, empleo de anchas valvas metálicas en forma de medias-cañas, que á la vez sirven de separadores y de reflectores para la luz; avivamiento incomparablemente más ancho que el practicado hasta entonces, y, sirviendo al efecto, todo un arsenal ingenioso; puntos de sutura hechos con hilos de plata (á la vez tenaces y asépticos), muy aproximados unos de otros; sonda metálica de forma especial para facilitar el cateterismo estacionario.

(1) Robert *(Gaz. des Hôp.*, 1859, p. 1 y 5) ha descrito el procedimiento puesto en práctica por Bozeman en las operaciones que este cirujano verificó en los hospitales de París. —N. Bozeman. *Remarks on vesico-vaginal Fistula,* etc. *Louisville Rev.*, 1856, p. 75;—*Annal. de Gyn.*, 1876, t. VI, p. 106.

(2) M. Sims. *On the treatment of vesico-vaginal Fistula (Amer. Journ. of med. Sciences,* enero 1852, t. XXIII, p. 59);—*Silver Sutures in Surgery,* Nueva-York, 1856.

(3) G. Hayward (de Boston). *Amer. Journ. of med. Sciences,* 1839, p. 283;—*Boston med. and surg. Journ.*, 1851, t. XLIV, p. 209.

La sutura metálica con hilos de plomo ya había sido practicada por Mettauer, de Virginia (véase Follin. *Loc. cit.).* Sin embargo, es preciso reconocer, que el avivamiento en ancha superficie (Hayward) y la sutura metálica (Mettauer) habían pasado totalmente desapercibidas, cuando Sims los combinó con los varios elementos que juntos formaron su método. No hay que pensar, por lo tanto, en disputar nada del mérito á este verdadero iniciador.

Véase, acerca las cuestiones de prioridad que han motivado estos procedimientos, A, Verneuil. *Des Perfectionnements apportés à l'Opération de la Fistule vésico-vaginale par la Chirurgie américaine (Gaz. hebd.*, 1859, p. 121).—Follin. *Examen de quelques nouveaux Procédés opératoires pour la guérison des Fistules vésico-vaginales (Arch. gén. de Méd.*, 1860, 5.ª ser., t. XV, p. 459).—J. Herrgott. *Études historiques sur l'Opération de la Fistule vésico-vaginale et examen de quelques Perfectionnements récents dont elle a été l'objet. (Gaz. méd. de Strasbourg*, 1863, p. 119 y 142).

Los éxitos maravillosos obtenidos por Bozeman en los hospitales de París excitaron el ardor de los cirujanos franceses; sobre todo se debe á las publicaciones y á la práctica de Follin y de Verneuil la vulgarización del método americano (1). Tres años más tarde (noviembre de 1861), Marion Sims (2) vino también á París, donde practicó él mismo varias operaciones en el servicio clínico de Velpeau.

En la misma época Baker-Brown (3) y Simpson (4), obtenían éxitos análogos en Londres y en Edimburgo, y Simon (5) (de Rostock) perfeccionaba aún más el manual operatorio. Se servía de hilos de seda, demostrando que la importancia concedida al hilo de plata entraba por muy poco en los brillantes resultados que se habían obtenido; además sentaba preceptos definitivos para el avivamiento, y por último, para los casos incurables por el método ordinario, establecía el método de *colpocleisis* ú obliteración transversal de la vagina, cuya primera idea, sin embargo, se debe á Vidal de Cassis (6).

Desde este momento quedaba ya constituída definitivamente la terapéutica de las fístulas urinarias en la mujer, reduciéndose á

(1) Verneuil. *Note sur deux Fistules vésico-vaginales opérées et guéries par le Procédé américain (Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1860, t. XXXVI, p. 173).—*Nouvelles Observations de Fistules vésico-vaginales, suivies de Remarques sur les Procédés américains (Arch. gén. de Méd.*, 1862, 5.ª ser., t. XIX, p. 48);—*Des Fistules vésico-vaginales d'un abord difficile, moyens propres à surmonter cette complication (Bull. de Thérap.*, 1862. t. LXII, p. 442 497).—Bourguet (de Aix). *Procédé simple pour abaisser la Cloison vésico-vaginale (Ibid.*, p. 72).—Horaud (de Lyon). *Remarques sur l'Opération de la Fistule vésico-vaginale par la Méthode américaine, Suture moniliforme de* M. Desgranges; *trois succès (Ibid.*, 1863, t. LXIX, p. 61, 113, 207).—A. Courty (de Montpeller. *Six Opérations de Fistules vésico-vaginales par la Méthode américaine, toutes suivies d'une guérison immediate (Montpellier méd.*, 1865, p. 316);—*Six nouvelles Opérations,* etc. *(Ibid.*, 1867, p. 498).

(2) Para la descripción de los procedimientos americanos, véase Fl. Churchill. *Traité pratique des Maladies des femmes,* traduc. al franc., París, 1871, p. 967.—A. Le Blond. *Traité élément. de Chir. gynécol.*, París, 1878, p. 405 y siguientes.

(3) Baker-Brown. *Surgical Diseases of women,* Londres, 1861, p. 112-174.

(4) Simpson. *Clinical Lectures on Diseases of women* (edic. amer.). Filadelfia, 1863, p. 21-40.

(5) Simon. *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln durch blutige Naht.* Rostock, 1862.—*Deutsche Klin.*, 1868, n.º 45, p. 405 y n.º 46, p. 417.

(6) Vidal de Cassis. *Oblitération de l'Orifice du vagin pour le traitement de la Fistule vésico-vaginale (Annal. de la Chir., franç. et étrang.*, 1844, p. 208).—Este cirujano atribuye los fracasos de la operación de la fístula á la falta de capacidad de la vejiga; por esta razón, con objeto de dotar el reservorio urinario de una especie de cavidad suplementaria, imaginó suturar los grandes labios, pero la operación le salió también frustrada.—A. Bérard tuvo también un fracaso, seguido de muerte, que dió mucho que hablar. La comunicación que de este caso hizo á la Academia de Medicina de París dió pie á una discusión de las más vivas.—Consúltese A. Bérard. *De l'Oblitération du vagin appliquée au traitement de la Fistule vésico-vaginale; Méthode de traitement par Infibulation ou Oblitération du vagin (Bull. de l'Acad. de Méd.*, sesión del 4 de febrero 1845, t. X, p. 407). —*Discussion*, sesiones del 18 y 25 febrero y 4 marzo *(Ibid*, p. 413, 427, 455).—Vidal de Cassis. *Exposé de la Discussion académique sur l'oblitération du vagin pour guérir les Fistules vésico-vaginales, Méthode indirecte (Annal. de la Chir. franç, et étrang.*, 1845, t. XIV, p. 5).

meros perfeccionamientos de detalle los trabajos que posteriormente se han dado á luz.

Si echamos una ojeada general á la historia de las operaciones que se han aplicado á la fístula vésico-vaginal, veremos que se dibujan en ella varios períodos: 1.° **Un período antiguo** ó de tanteos, que abraza desde el notable ensayo de sutura de VAN ROONHUYZEN hasta las primeras tentativas de JOBERT; la evolución de las ideas va pasando sucesivamente de la concepción de la sutura, precedida del avivamiento, á la de la cauterización, luego á la de los instrumentos para reunir la herida, después de avivada ésta por los cáusticos, y en fin á la idea de la autoplastia; 2.° **Un período de transición**, señalado á la vez por el procedimiento de cistoplastia por locomoción de JOBERT y por la creación del método indirecto de infibulación por VIDAL DE CASSIS, seguido por BÉRARD; 3.° **Un período de renacimiento de la sutura**, reproducción de la antigua operación de VAN ROONHUYZEN, en el cual hay que citar los nombres de HAYWARD, MARION SIMS, BOZEMAN, en América; SIMPSON y BAKER-BROWN, en Inglaterra; SIMON, HEGAR, en Alemania; NEUGEBAUER, en Varsovia; FOLLIN y VERNEUIL, en Francia, etc.

Fístulas vésico- y uretro-vaginales. Indicaciones operatorias

Fístulas vésico-vaginales y uretro-vaginales.—¿Cuál es el momento más propio para operar? HEGAR y KALTENBACH fijan el tiempo entre la sexta y la octava semana después del parto, como el más propicio. En ésta época ya ha cesado el derrame de loquios, se han eliminado completamente las escaras, y los labios de la herida se hallan bien vascularizados y son suficientemente sólidos. Antes de este tiempo, la herida podría ensuciarse con el flujo vaginal, y por otra parte debería practicarse la operación en tejidos demasiado friables y muy repletos de sangre; y si se aguarda, al revés, más tiempo, se tiene que luchar con la retracción y la esclerosis de los tejidos. La edad en ningún caso puede valer como contra-indicación; SIMON ha operado con éxito á una niña de ocho años, en la cual la fístula había sido provocada por un gran cálculo de la vejiga; HEGAR ha operado á una mujer de sesenta años, en la cual la fístula contaba treinta y cinco años de existencia.

Como es natural, el mal estado general es una condición defectuosa para el éxito de esta operación plástica. Sin embargo, HEGAR no tuvo escrúpulo de operar á una hemiplégica. A pesar de los éxitos de WATSON y de BAKER-BROWN (1), considero imprudente

(1) WATSON, BAKER-BROWN, citados por HEGAR y KALTENBACH. *Loc. cit.*, p. 500.

operar durante el estado grávido. Con preferencia hay que elegir los días inmediatos al período menstrual.

En toda fístula **vésico- y uretro-vaginal** se puede hacer cesar la incontinencia:

1.° Obliterando directamente la fístula;

2.° Obliterando, por debajo de la fístula, el canal genital, convirtiéndolo en una dependencia del depósito urinario.

Es evidente que sólo como último apuro se recurrirá á este procedimiento.

Obliteración directa de la fístula Cauterización

I. **Obliteración directa de la fístula.**—No me ocuparé detalladamente de la **cauterización**, que durante mucho tiempo constituyó el único recurso de los cirujanos y que ha sido practicada con los más diversos agentes. Deberá guardarse para pequeñas fístulas recientes, especialmente para las que ofrecen un pequeño canal dirigido oblicuamente. Para practicarla servirá preferentemente un gálvanocauterio, introduciendo primeramente el asa de platino en frío en toda la longitud del canal. El nitrato de plata podrá á veces bastar cuando el conducto es muy estrecho: constituye un buen auxiliar del cauterio actual, cuando se ha desprendido la escara que éste produce.

Reunión inmediata secundaria

Reunión inmediata secundaria.—Puede designarse un lugar intermedio, entre la cauterización y la sutura, al procedimiento mixto del avivamiento por los cáusticos seguido de sutura, que algunos han llamado **reunión inmediata secundaria.** Hé aquí la descripción que de este procedimiento hace AMABILE, de Nápoles (1), que es quien principalmente lo ha vulgarizado.

Colocada la mujer en decúbito dorsal y los muslos muy elevados, el cirujano pone al descubierto la fístula por medio de un espéculo de SIMS modificado, y fijo á la mesa de operación, de un modo semejante al que más tarde ideó FRITSCH (fig. 61, p. 101, del t. I). Una vez descubierta la fístula, se practica la escarificación de sus labios y bordes en una extensión de cerca un centímetro. El objeto de esta escarificación es hacer que la acción del cáustico pueda manifestarse con mayor energía. Para el avivamiento por medio de los cáusticos, AMABILE se sirve del ácido sulfúrico, que pone en contacto con los tejidos por medio de amianto encerrado en pequeñas cubetas de melchior. Al cabo de tres días hay que repe-

(1) L. AMABILE. *La Fistola vescico-vaginale. (Movimento.* Nápoles, 1874. p. 369 y 417). —*Nouvelle Méthode de traitement des Fistules vésico-vaginales (Compte rendu du Congrès périod. des Sciences méd.*, Bruselas y París, 1876, p. 342).—Véase la descripción detallada del procedimiento en LE BLOND. *Loc. cit.*, p. 389 y siguientes.

FAC. DE MED. UANL BIBLIOTECA