



Dr. JAIME SALVADOR

Profesor suplente de Clínica Ginecológica de la Facultad de Ciencias Médicas
de Buenos Aires
Médico-Jefe de la Sala de Cirugía Abdominal en el hospital Pirovano de Buenos Aires

FÍSTULAS VÉSICOINTESTINALES ADQUIRIDAS EN LA MUJER

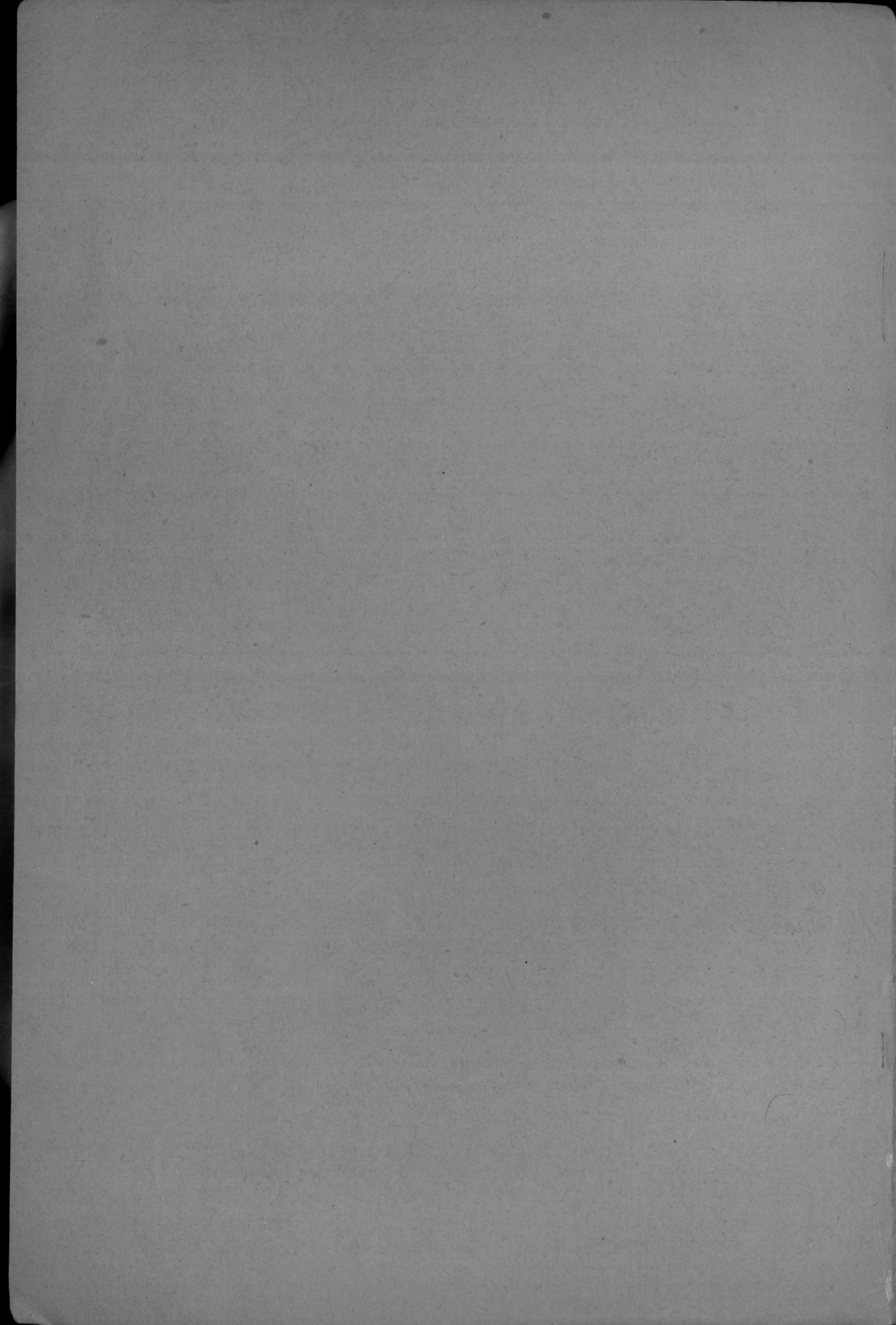
(Publicado en el LIBRO DE HOMENAJE al Prof. Dr. Luis Güemes)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE R. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254

1923



Dr. JAIME SALVADOR

Profesor suplente de Clínica Ginecológica de la Facultad de Ciencias Médicas
de Buenos Aires
Médico-Jefe de la Sala de Cirugía Abdominal en el Hospital Pirovano de Buenos Aires

FÍSTULAS VÉSICOINTESTINALES ADQUIRIDAS EN LA MUJER

(Publicado en el LIBRO DE HOMENAJE al Prof. Dr. Luis Güemes)



BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254
1923

FÍSTULAS VÉSICOINTESTINALES ADQUIRIDAS EN LA MUJER

POR EL

DR. JAIME SALVADOR

Profesor suplente de Clínica Ginecológica de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires
Médico-Jefe de la Sala de Cirugía Abdominal en el hospital Pirovano de Buenos Aires

INTRODUCCIÓN

Toda comunicación, directa o indirecta, congénita o adquirida, entre la vejiga y el intestino, constituye una fístula vésicointestinal.

La fístula vésicoestercoral congénita, muy rara y de escaso interés, no será estudiada aquí.

La vejiga puede comunicar con cualquiera porción del conducto intestinal, creando así diversas variedades de fístulas, cuya importancia se concibe, tanto del punto de vista de los síntomas y del diagnóstico, como del tratamiento y del pronóstico.

Puede entrar en comunicación con el recto y dar lugar a la *fístula vésicorrectal* (HILDANUS, 1646) (1); con el colon pelviano, *fístula cistosigmoidea* (RABOUAM, 1820); con el colon abdominal (iliaco, descendente, transverso, ascendente), *fístula vésicocólica* (NAUDOT, 1864); con el ciego, *fístula vésicocecal* (SALZER y REULING, 1853); con el apéndice, *fístula vésicopendicular* (JERWELL, 1895); con el íleon, *fístula ileovesical* (WORTHINGTON, 1844); con el yeyuno, *fístula yeyunovesical* (BARTELS, 1878); con el duodeno (?), *fístula vésicoduodenal* (HEIM-VÖGTLIN, 1879). Cuando no se determina la parte del asa abierta en la vejiga, se la llama *fístula vésicointestinal* (HILL, 1749).

Existen algunas más complicadas, pues dos o tres asas distintas del intestino pueden comunicar, directa o indirectamente, con la vejiga: *fístula ileovesicorrectal* (DUMÉNIL, 1884); *ileovésicocólica* (SKENE, 1888), etc.

Suelen también encontrarse fístulas vésicointestinales que están en

(1) El nombre y el año, a continuación de la variedad de la fístula, indican el autor y la fecha de la primera observación en la mujer.

relación con la cavidad de otro órgano o con el exterior: *fístula vesicovaginoorrectal* (ROLPH, 1837); *ileovésicocutánea* (BAINBRIDGE, 1863); *vesicovaginoileorrectal* (JENNINGS, 1874); *ileovésiconterina* (HUSOX, 1892), etc.

Las combinaciones son numerosas y casi todas factibles.

Me propongo en esta monografía hacer un estudio de conjunto, *in extenso*, y tan completo como me sea posible, de esta afección en la mujer, basándome, particularmente, en las observaciones recogidas y personales y que, más o menos resumidas, publico en número de 153 (1).

HISTORIA

El primer trabajo de conjunto en Francia, sobre la fístula vésico-intestinal, en el hombre y en la mujer, se debe a BLANQUINQUE, que en 1870 escribió su tesis inaugural.

Casi desconocida en la antigüedad, las primeras observaciones en el hombre las hallamos en el siglo xv.

Antes de BLANQUINQUE existían casi aislados y se habían divulgado algunas noticias de esta seria complicación de afecciones múltiples y variadas. Así, BOYER, juzgaba la fístula vésicoestercoral como una enfermedad a la que no alcanzaban los recursos del arte; en cambio, DESAULT, recomendaba, en la fístula rectovesical, la sección de todas las partes blandas, recto comprendido, a partir de la comunicación anormal. CHOPART, sólo estudia como causas de las fístulas los cistolitos y los cuerpos extraños de la vejiga.

La observación más antigua de fístula vésicointestinal se encuentra en el libro de RUPHUS, de Efeso, titulado: *De vesicae renunquae affectibus* (cap. VIII). Se refiere a un hombre y la cita una nota de PRAXÁGORAS.

PRAXÁGORAS, *in Morgagni*, t. II, p. 178.—La observación de la fístula vésico-intestinal más antigua que he encontrado mencionada, es la de PRAXÁGORAS, que dice: «He visto un hombre que expulsaba orina por el ano y que ha vivido con este síntoma durante 12 años. He oído hablar de varios otros casos de esta especie».

Es necesario llegar al siglo xvii, en 1646, para hallar la primera observación en la mujer. Perteneció a FABRICIUS HILDANUS. Se trataba de una fístula vésicorrectal por accidente (?) traumático. En la misma época ya se conocían cuatro casos de esta afección en el hombre.

La segunda observación data de 1749 y es de J. HILL (de Ingla-

(1) Creo que entre nosotros no ha sido estudiada la fístula vésicoestercoral en la mujer. En la tesis del doctor DEVOTO, del año próximo pasado, se describe mi primera observación. En este Libro de Homenaje al ilustrado maestro, doctor LUIS GÜEMES, transcribo de mi trabajo, los dos primeros capítulos, un resumen de las 153 observaciones y toda la bibliografía pertinente.

terra). Era una fistula vésicointestinal por coprostitias. La enferma falleció a los cuatro meses de este padecimiento. El número de casos comprobados en el hombre sumaban, en aquel entonces, veintiuno. «Todas las observaciones antiguas son, dice PASCAL, poco estudiadas y brevemente relatadas». A principios del siglo XIX, sin embargo, los detalles son mejor examinados y más completamente expuestos, y se realizan autopsias.

La tercera observación, en la mujer, corresponde a RABOUAM (Francia) en 1820, de singular importancia por tratarse de una fistula cistosigmoidea por peritonitis (?), y considerada hoy como tal vez el primer caso de *diverticulitis* por divertículo adquirido. La enferma falleció un mes después; fué examinado el cadáver.

Posteriormente, y antes del trabajo de BLANQUINQUE, deben señalarse las siguientes observaciones: SALMON (Inglaterra, 1831-1832); GLEN (Inglaterra, 1836); ROLPH (Inglaterra, 1837); FRANK (1842); WORTHINGTON (Inglaterra, 1844); BARTH (Francia, 1848); HESLOP (Inglaterra, 1850); COULSON (Inglaterra, 1852); SIMPSON (Inglaterra, 1853); SALZER y REULING (Alemania, 1853); VAN GEUNS (1854); ADAMS (1855); GIESSELER (1856); FUCHS (1856); THORP (1858); etc., etc. De la lectura de la serie de casos, anteriores a la tesis de BLANQUINQUE, ya aparece netamente el cuadro clínico de esta afección, muy simple por otra parte y que es fácil presumir.

Respecto a su tratamiento, BARBIER DE MELLE, en 1843, que creía que en esta enfermedad era siempre el ciego el que comunicaba con la vejiga, proponía crear, desde el primer instante, un ano artificial en esta porción del intestino grueso para que las materias fecales, desde el íleon, pasaran directamente al exterior, y facilitara la curación de la fistula vésicoestercoral. Más tarde se podía cerrar el ano contranatural. Anticipaba, pues, el autor, la conveniencia de la derivación de los excrementos por intermedio de una colostomía.

CURLING, en 1852, hizo la primera colostomía para que cesara el pasaje de las heces por la vejiga, en un hombre atacado de cáncer del intestino. Y, en 1865, realizó la misma intervención en una mujer, con fistula vésicorrectal y rectovaginal, por escirro de la pared anterior del recto. La enferma falleció a los tres meses de haber sido operada.

Puede decirse que hasta mediados del siglo XIX, todas las fistulas altas eran sometidas a un simple tratamiento médico paliativo; y en las bajas se había aconsejado—únicamente en el hombre—el procedimiento de BOYER, de incindir el recto hasta el sitio de la fistula, y la operación de ROOT, que suturó, en 1868, por vía anal y sobre la pared del recto. «diversos puntos que él creyó eran orificios de fistulas vésicointestinales».

Al publicar BLANQUINQUE en 1870 su tesis, uno de los primeros trabajos franceses de más valer sobre esta afección, cita o relata, resumidas, 30 observaciones: 27 en el hombre y sólo 3 en la mujer, a pesar de que los casos descriptos en esta última llegaban casi a 40.

Desde BLANQUINQUE, hasta 1884, las observaciones — agrupando hombres y mujeres — son más numerosas y acabadas. SIMON, en 1871, hace tres esfinterotomías posteriores con sutura directa de la fístula vésicorrectal en una misma enferma: el resultado fué nulo. En 1872, HEATH realiza una colostomía lumbar con curación de la enferma. Hay que tener presentes, además, la monografía de PUTÉGNAT, 1876; el artículo de LE DENTU (1881) en colaboración con VOILLEMIER; las lecciones del profesor GUYON y un trabajo de DITTEL en 1881.

En 1884, DUMÉNIL comunica dos casos de colostomía en la mujer seguidos de muerte, y es entonces cuando LE DENTU, en la Sociedad de Cirugía de Ruan, emite la idea de abrir la vejiga para suturar el orificio fistular. En 1889, THUNN, emplea la vía vaginal en una mujer con fístula vésicovaginoorrectal, alcanzando su curación.

En Inglaterra, H. CRIPPS, en 1888, estudia detenidamente esta afección, y en 1890, teniendo en cuenta la gravedad del pronóstico de las fistulas tratadas por la vía abdominal, recomienda, lo mismo que DUMÉNIL, la colostomía como único recurso.

En 1889, GWYNNE, en un caso de fístula vésicorrectal, hace una colostomía lumbar con buen resultado inmediato, y PAMARD, en 1890, opera otra enferma por la vía vaginal. En 1893, GUYON, realiza una talla hipogástrica en una mujer con fístula vésicorrectal por epitelio-ma (?), y dos años después, JERWELL, abre el vientre a una enferma de fístula vésicoapendicular: extrajo el apéndice y una trompa con éxito alentador. Ciertamente es que la primera laparotomía por fístula vésicointestinal ya había sido hecha antes, en el hombre, por CZERNY, el 9 de mayo de 1887. Abierto el abdomen suturó, directamente, los orificios fistulosos situados en la vejiga y en la S iliaca. Por su recidiva hizo en seguida una colostomía; pero el enfermo falleció a los tres meses de la intervención transperitoneal.

La segunda laparotomía en la mujer, la verificó BEACH, en 1896; era una fístula ileovesical indirecta por divertículo de Meckel calcificado; después de la ablación del divertículo, congénito, realizó una enterorrafia lateral. La enferma curó.

Un año antes, POUSSON, de Burdeos, aplicó en el hombre la idea de LE DENTU, llevando a cabo, con feliz acierto, la primera sutura del orificio fistuloso a través de la vejiga.

CHAVANNAZ (de Burdeos, 1897-1898), publica, poco más tarde, una importantísima memoria sobre esta afección en «Annales des mala-

dies des organes génito-urinaires». Hace su historia y dedica un capítulo distinto a su etiología, anatomía patológica, síntomas, diagnóstico y pronóstico, y concluye con un examen a todos los tratamientos médicos y quirúrgicos conocidos, y que se habían indicado para su curación. Reune, además, 95 casos de fístula vésicointestinal adquirida en el hombre. Este trabajo, muy prolijo, era en el momento de su aparición el más concienzudo, así en Francia como en el extranjero.

También en 1898, TUFFIER y DUMONT, escriben su artículo sobre fistulas vésicointestinales, pero solamente en la mujer, con tres observaciones inéditas y una más de DESNOS, citando un total de 34 casos (según PASCAL, los autores se equivocan, no son sino 31) de esta enfermedad. Se ocupan, rápidamente, de los síntomas, anatomía patológica, diagnóstico y pronóstico y son más extensos en lo que concierne a su tratamiento quirúrgico, puesto que TUFFIER había estudiado especialmente este punto. Y es un joven cirujano del servicio de TUFFIER quien practica, en agosto de 1897, la primera ablación de la S iliaca por fístula vésicointestinal en la mujer. Un error de técnica fué el motivo del mal resultado postoperatorio.

Llegamos finalmente a 1900 en que A. PASCAL, después de dos años de asidua labor, presenta su notable tesis sobre «Las fistulas vésicointestinales adquiridas en el hombre y en la mujer», haciendo un estudio de conjunto detallado y completo, apoyándose esencialmente, en las observaciones recogidas, inéditas, traducidas, resumidas o reproducidas y que, en número de más de 300, agrupa al término de su obra.

«Todos los casos que hemos encontrado después de treinta años, dice PASCAL, y reunidos, nos han permitido no sólo seguir los progresos de la intervención quirúrgica que la antisepsia autorizaba, sino también de estudiar mejor las lesiones halladas en el curso de las operaciones y las causas tan variadas de estas lesiones».

«El conocimiento de estas causas y de estas lesiones no puede ser aquí sino de un interés patogénico secundario; pero nos permitirá establecer mejor el pronóstico, tan sombrío en esta afección, y determinar, en los diferentes casos, la línea de conducta a seguir para intervenir útilmente».

«Nos hemos esforzado en fundamentar este trabajo en el análisis de las observaciones bajo el punto de vista de las causas, de las lesiones, de los signos y del pronóstico».

PASCAL estudia esta enfermedad en el hombre y en la mujer dejando de lado las fistulas congénitas que por ahora, dice, «constituyen, en la inmensa mayoría de los casos, una lesión incompatible con la existencia. El *seco*, agrega, tiene real importancia: la fístula vésicointestinal es infinitamente más rara en la mujer a causa de la posición de

la vejiga delante del útero y de los anexos que la separan del recto. Así, en ella, se notan las fistulas intestinovesicales propiamente dichas o las colovesicales; pocas veces la fistula es rectovesical. La proporción de frecuencia comparada entre los dos sexos, es la siguiente: 75 % en el hombre y 25 % en la mujer».

«La profesión no ejerce ninguna influencia en la etiología de las fistulas vésicointestinales y todas las edades se encuentran representadas:

Hasta 15 años.....	4	%
De 15 a 50 años.....	48.6	»
Más de 50 años.....	23.7	»
Desconocida.....	23.7	»
	100	

Los casos que describe o cita PASCAL al fin de su tesis, y corregidos algunos errores, son 341: 253 hombres y 88 mujeres. La proporción relativa exacta es, pues, de 74.19 % para los primeros y de 25.80 % para las segundas.

PASCAL no habla de los divertículos intestinales adquiridos, e ignora, por tanto, su valor etiológico en las fistulas vésicointestinales. Trabajos posteriores crean una nueva variedad de fistulas, las vésico-diverticulares, mal conocidas antes, o confundidas con el cáncer del intestino hasta hace unos 30 años, poco más o menos.

Desde 1898 en adelante, se impone el tratamiento quirúrgico en esta comunicación anormal de dos órganos, y es la laparotomía la vía seguida por casi todos los cirujanos: TUFFIER y DUMONT, PONCET, KELLY y Mc CALLUM, MARCY (1899), etc.

Merecen citarse, también, un trabajo de AMMENTORP (1899), y la tesis de MICHAÏLOFF (1899), que al ocuparse de la actinomicosis de las vías urinarias, trae dos casos (de ZEMAN y de MIDELDORF), de fistula vésicorrectal en la mujer; de este origen; el artículo de GRASER (1899), sobre divertículos de la flexura sigmoidea; el de H. THOMPSON (1903), que describe varias observaciones de fistula vésicoestercoral por parto difícil, con o sin aplicación de fórceps, y el de M. H. APPHUN, del mismo año, que estudia las fistulas vésicoapendiculares. En 1904 ROTHE indica diversos casos de esta enfermedad por traumatismo obstructivo, postaborto y postparto.

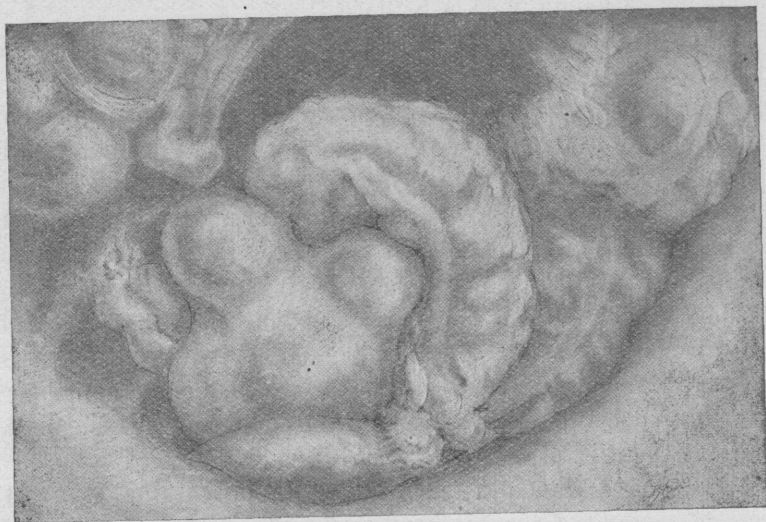
Muy recomendable es la monografía de W. HEINE (1904), quien nos habla de las fistulas diverticulovesicales, reducidas y poco estudiadas todavía en su tiempo. El autor llama mayormente la atención sobre los peligros de los divertículos adquiridos de la S iliaca, porque cree

que la sigmoideodiverticulitis es la causa más común de la fístula cistosigmoidea. CHUTE (1911) es de igual opinión.

WOLKOVITSCH (1904), encuentra el tratamiento de las grandes fístulas vésicointestinales de la mujer, en una operación plástica con ayuda del cuello del útero (PRISTAVESCO).

En 1906, G. PERSON, en su tesis sobre «Contribución al estudio de las fístulas apendiculovesicales», agrupa más de 30 observaciones de esta naturaleza.

Conviene consultar, asimismo, los trabajos de EVERKE (1909); de MAYO-GRIFFIN (1907); de HARTWELL (1910), y uno de GIFFIN (1912), sobre diverticulitis.



Fístula cistosigmoidea (según J. H. CUNNINGHAM, 1915), por adenocarcinoma primitivo de la S iliaca propagado a la vejiga. Fibromas múltiples del útero. — Corresponde a la observación, resumida, número 123.

PRISTAVESCO (de Rumania), en 1912, cita 42 casos de fístula vésicointestinal en un artículo extenso: 4 observaciones las toma de PASCAL y las 38 restantes, de las cuales una inédita, se dividen entre 13 hombres y 25 mujeres. En 1915, J. H. CUNNINGHAM, reúne, en su memoria, 6 casos de fístula vésicorrectal y enterovesical y recuerda una observación de EARLE, de fístula vésicoestercoral por traumatismo quirúrgico, después de una histerectomía vaginal.

R. C. BRYAN, en 1916, se ocupa exclusivamente de la fístula cistosigmoidea. Declara que CHAVANNAZ y HERCZEL indican casos de sujetos que padeciendo de esta intolerable dolencia se suicidaron, y que ROTTER memora el de un enfermo con fístula vésicointestinal que no estando en condiciones de emplearse ni de ganarse la vida por su repugnante afección, resolvió cometer un crimen para conseguir así, por este

recurso extremo, que sus miserias fueran amparadas. Al terminar su estudio, BRYAN, presenta un cuadro con 43 observaciones: 28 hombres, 14 mujeres y 1 de sexo omitido, todas de fistula cistosigmoidea. Y esta larga revista de trabajos sería incompleta si, antes de poner punto final, no hiciera mención, entre las varias publicaciones de TELLING, sobre diverticulitis y divertículos adquiridos, de su excelente contribución de 1917, escrita en colaboración con GRUNER.

De nuestra literatura médica sólo entresaco la tesis del doctor H. J. DEVOTO—agosto de 1921—que transcribe, de los archivos de la sala IX del hospital Pirovano, mi primera observación de fistula cistosigmoidea por salpingitis derecha, tal vez supurada, abierta, simultáneamente, en la vejiga y en la S iliaca.

Al cerrar este capítulo leo un artículo de la Clínica de los MAYO, publicado por SURTON en abril de 1921. Estudia de preferencia las fistulas cistosigmoideas operadas en esa acreditada y conocida clínica.

El número de fistulas vésicointestinales, en los dos sexos, asistidas en 13 años, ha sido de 59, de las cuales 34 eran cistosigmoideas: 26 en la mujer (76.47 %) y 8 en el hombre (23.52 %). Entre las otras 25 observaciones anota una de fistula vésicoenterovaginal. Como el autor, en su trabajo, no se preocupa de distinguirlas por sexos, no puedo establecer, sino en unos pocos casos, cuando en esta enfermedad se refiere a la mujer.

SURTON incurre en varios errores, especialmente al hablar de otras publicaciones que probablemente no pudo inquirir; son de poca importancia, pero es prudente no pasarlos en silencio.

De los 34 casos de fistula cistosigmoidea, curaron el 67.64 % después de operados. La mortalidad postoperatoria fué de 11.76 %.

La causa más frecuente de esta variedad de fistula vésicoenterocoral, sería la inflamación de los anexos del útero: la diverticulitis, del colon pelviano, entra en la proporción de 17.64 %. Más adelante agrega que la uréteropielonefritis no acompaña a menudo a la fistula cistosigmoidea.

SURTON ha realizado numerosos exámenes proctoscópicos (1000, más o menos) y cistoscópicos, cuyos resultados da a conocer.

El factor etiológico que predomina en las fistulas vésicointestinales es la infección y la inflamación; las fistulas de origen canceroso no son comunes, 1 : 14.50, así como las traumáticas, 1 : 9.66. La inflamación puede iniciarse en un divertículo de la vejiga, proseguir en un proceso de peridiverticulitis y, consecutivamente, hacerse su rotura en el asa sigmoidea.

En otros capítulos tendré la ocasión de contemplar a algunas de las conclusiones de SURTON, que deben ser las de la Clínica de los MAYO.

FÍSTULAS VÉSICOINTESTINALES ADQUIRIDAS EN LA MUJER

NÚM.	AÑO	AUTOR	EDAD Años	VARIEDAD DE LA FÍSTULA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO	RESULTADO Y DURA- CIÓN
1	1646	Fabricius Hildanus (1).	?	Vésicorrectal.	Traumatismo: heridas.	Cataplasmas.	Mejorada.
2	1749	J. Hill.	?	Vésicointestinal.	Coprostasia.	Médico.	Muerte: 4 meses.
3	1820	Rabouan.	24	Cistosigmoidea indirecta.	Peritonitis.	Médico.	Muerte: 1 mes. Autopsia.
4	1831-1832	Salmon.	59	Cistosigmoidea.	Diverticulitis sigmoidea.	Médico.	Muerte: 5 meses: autopsia.
5	1836	Glen.	27	Vésicorrectal indirecta.	Absceso del ovario derecho (?).	Médico.	Muerte: 1 a 2 años. Autopsia.
6	1837	J. Rolph.	19	Vésicovaginoorrectal.	Parto difícil.	—	Estacionaria.
7	1842	J. P. Frank.	?	Vésicorrectal.	Escirro del mesenterio o del bajo fondo de la vejiga.	—	Muerte: 4 meses. Autopsia.
8	1844	C. Worthington.	65	Neovesical directa.	Neoplasma del ficon.	Médico.	Muerte: 2 a 4 años. Autopsia.
9	1848	Barth.	42	Vésicovaginoorrectal.	Ulceraciones sífilíticas.	—	Muerte: más de 1 año. Autopsia.
10	1850	Hestop.	?	Cistosigmoidea indirecta.	Absceso del ovario izquierdo.	—	Muerte: 1 año. Autopsia.
11	1852	W. Coulson.	53	Neovesical.	—	—	Muerte: 15 años. Autopsia.
12	1853	Simpson.	23	Vésicorrectal.	Pelvipertonitis.	Médico.	Muerte: 1 año.
13	1853	Satzer y Reuling.	35	Vésicorrectal indirecta.	Apandicitis y absceso apendicular.	Médico.	Muerte: peritonitis; tres meses y medio. Autopsia.
14	1854	J. van Geuns.	?	Cistosigmoidea.	Ulceraciones sífilíticas.	Médico.	Muerte: 1 mes. Autopsia.

(1) Ver, en el índice bibliográfico, "observaciones".

NÚM.	AÑO	AUTOR	EDAD Años	VARIEDAD DE LA FÍSTULA	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	RESULTADO Y DURACION
15	1855	W. Adams.	54	Cistispermoides indirecta.	Neoplasma del fleon.	—	Muerte; 1 año. Autopsia.
16	1856	Giessler.	?	Vésicorrectal indirecta.	Embarazo ectópico; peritonitis.	Médico.	Muerte; 15 meses (?). Autopsia.
17	1856	Fuchs.	?	Vésicocecal.	Tumor coloidal del ciego.	—	Muerte. Autopsia.
18	1858	H. Thorp.	45	Vésicointestinal.	—	Médico.	Mejorada.
19	1860	Martin Magron y Soulié.	18	Neovesical indirecta.	Hematocoele intraperitoneal por hemorragia ovárica.	Médico.	Muerte; 11 meses. Autopsia.
20	1861	D. Gibb.	?	Vésicointestinal (intestino delgado).	Absceso pelviano.	Médico.	Curación.
21	1863	Eble.	20	Vésicointestinal.	Psottis.	Médico.	Probable curación.
22	1863	Bainbridge.	43	Neovésicocutánea.	Supuración pelviana.	Médico.	Muerte; 2 años y 5 meses. Autopsia.
23	1863	E. Martin.	48	Vésicocecal indirecto.	Absceso pelviano (?). Tuberculosis del ciego. Peritonitis tuberculosa.	Médico.	Muerte; 19 meses. Autopsia.
24	1863	L. Mayer.	28	Neovesical (?).	Cáncer (?). Tuberculosis.	Médico.	Muy grave cinco años después.
25	1863	Wegscheider.	?	Vésicointestinal.	?	?	?
26	1864	Bainbridge.	?	Vésicointestinal.	Absceso intraperitoneal.	—	Curación.
27	1864	Naudot.	57	Vésicocólica.	Peritonitis circunscrita por hernia umbilical.	Médico.	Muerte; más de 8 meses.
28	1865	Curling.	?	Vésicorrectal y recto-vaginal.	Escirro de la pared anterior del recto.	Colostomía izquierda; procedimiento de Amussat.	Muerte; 3 meses después de la operación.
29	1866	Savigny.	?	Vésicointestino-cutánea.	Peritonitis parcial y cistitis por retroversión del útero gravido.	?	?

NCM.	AÑO	AUTOR	EDAD Años	VARIEDAD DE LA FISTULA	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	RESULTADO Y DURACION
30	1867	R. Watts.	?	Vésicorrectal.	Tuberculosis y sífilis.	Médico.	Muerte: por agotamiento. Autopsia.
31	1868	Hellhorn.	41	Rectovésicocutánea.	Metocarcinoma.	—	"
32	"	"	69	Vésicorrectal indirecta.	"	—	"
33	"	"	63	Vésicovaginoorrectal.	"	—	"
34	"	"	45	"	"	—	"
35	"	"	59	Vésicorrectal.	"	—	"
36	"	"	52	"	"	—	"
37	"	"	43	Vésicovaginoorrectal.	"	—	"
38	1870	Bryant.	55	Vésicorrectocutánea.	Absceso inguinal izquierdo.	Incisión del absceso.	Curación.
39	1871	Simpson.	23	Vésicorrectal indirecta.	Absceso pelviano.	Médico.	Muerte: 4 años.
40	1871	G. Simon.	?	Vésicorrectal.	Parto difícil.	Esfincterotomía posterior repetida tres veces y sutura directa.	Negativo. Confía el autor, en una cuarta intervención, conseguir su objeto, mediante la trasplantación de un trozo de la pared del recto. Si ignora el resultado final.
41	1872	Heath.	?	Cistostigmoides.	Absceso pelviano post-parto.	Colostomía lumbar.	Curación.
42	1873	Davut.	37	Vésicorrectal y cutánea.	Flegmón perituterino.	Episiotomía.	Muerte: más de 2 años. Autopsia.
43	1874	Jennings.	?	Vésicovaginoorrectal indirecta.	Desparto.	"Atresia vulva".	Muerte: por agotamiento. Autopsia.
44	1878	Bartels.	?	Vésicovaginal.	Herida de bala.	—	Muerte: dos días. Autopsia.

Núm.	AÑO	AUTOR	EDAD Años	VARIEDAD DE LA FÍSTULA	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	RESULTADO Y DURA- CIÓN
45	1879	Helm-Vögtlin.	52	Vésicoduodenal (?) (Ileo o cecovesical).	Enteritis crónica.	Cauterización con nitrato de plata por la ure- tra.	Curación.
46	1882	W. H. Parish.	?	Ileovagino vesical.	Aborto con celulitis pel- viana consecutiva.	—	?
47	1882-1883	Valenta.	?	Ileovesical directa.	Retroflexión del útero con embarazo de cinco meses.	Pallativo.	Muerte: 1 mes. Autop- sia.
48	1882	C. J. Morning.	?	Ileovesical.	Fibroma del útero con degeneración purulen- ta.	Médico.	Muerte: tisis fibrosa. Autopsia.
49	1883	W. Goodell.	50	Vésicorrectal o fleove- sical.	Cistolito.	Extracción del cálculo.	Curación.
50	"	"	?	Vésicointestinal.	Cistolitos.	Extracción de los cálcu- los.	"
51	1884	Guéniot.	?	Vésicointestinal.	Posparto.	Reposo.	Curación espontánea.
52	1884	Duméril.	25	Vésicointestinal.	Afección pelviana pos- aborto.	Colostomía (Amussat).	Muerte: peritonitis.
53	"	"	30	Ileovésicorrectal indi- recta.	Flegmón puerperal pe- ritrónico.	Colostomía ilíaca iz- quierda.	Muerte: neumonía hi- postática.
54	1888	H. Cripps.	69	Vésicointestinal.	Diarrea.	Médico.	Mejorada.
55	1888	Skene.	50	Ileovésicocólica.	Cáncer del recto.	—	Muerte: obstrucción in- testinal completa; ocho meses. Autopsia.
56	1888	Wallace.	29	Vésicointestinal.	—	Reposo, etc.	Muy mejorada.
57	1889	Thunn.	23	Vésicovagino rectal.	Traumatismo obstétrico co posparto.	Quirúrgico. Dos veces por la vía vaginal: avivamiento y sutura. Tercera operación: castración doble.	Curado.
58	1889	Chrobak.	?	Rectovagino vesical.	—	—	?

Núm.	Año	Autor	Edad Años	Variedad de la Fístula	Etiología	Tratamiento	Resultado y Dura- ción
59	1889	S. R. Hernaudes.	36	Cistisigmoidea y vési- correctoral indirecta.	Parametritis.	Médico.	Curación espontánea.
60	1889	Gwynne.	36	Vésicorrectal.	Cáncer del recto (epi- telioma cilindrico)	Colostomía lumbar iz- quierda.	Muerte: caquexia; 29 meses después. Autop- sia.
61	1889	Ch. P. Noble.	?	Vésicoeclica.	Absceso isquirrectal.	—	?
62	1890	Lancelongue.	32	Vésicorrectal.	Goma supurada subpe- ritoneal de la pelvis menor.	Específico y local.	Curación.
63	1890	Pamard.	34	Ileovésicovaginal indi- recta.	Cuerpo extraño de la vejiga (lápiz) con cis- tito secundario.	Primera operación: ex- tracción del cuerpo ex- traño por la vagina. Segunda: plastia va- ginal.	Muerte. Pronocunomosis e 12 días después de la in- tervención. Autopsia.
64	1892	Chopart.	?	Vésicointestinal.	—	—	Muerte. Peritonitis.
65	1892	L. Husson.	?	Ileovésicoenterina.	Metrocarcinoma.	—	Muerte. Autopsia.
66	1892	Meyer.	28	Vésicointestinal.	Afección del tubo diges- tivo.	—	?
67	1893	Guyon.	42	Vésicorrectal.	Traumatismo, aciden- cia, Peritonioma (?). Cistolito.	Talla hipocástrica.	Mejorada.
68	1894	Brewis.	33	Vésicorrectal.	Tumor sólido anexial derecho.	Médico.	Estacionaria.
69	1895	Jervell.	17	Vésicoapendicular.	Apendicitis e hiprosul- pinx derecho.	Laparotomía; apendicec- toma y salpingecto- mia.	Curación.
70	1896	Von Bardeleben.	43	Vésicorrectal.	Estricción sífilítica del recto.	1.º Colostomía izquierda; después hernia a nivel del ano artifi- cial. 2.º Sección de la pared del vientre de- bajo del ano artifi- cial. Sección de la pared inferior y se la secciona entre dos il- gaduras, etc.	Muy mejorada; ya no perdía materias fecales por el recto.

NUM.	AÑO	AUTOR	EDAD Años	VARIEDAD DE LA FÍSTULA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO	RESULTADO Y DURACIÓN
71	1896	A. Innes.	?	Vésicointestinal.	Fiebre tifóidea.	Médico.	Muerte: 63 días.
72	1896	H. Beach.	62	Ileovesical indirecta.	Divertículo de Meckel calcificado.	Laparotomía: enterorrafia lateral y ablación del divertículo.	Curada.
73	1898	Tuffier y Dumont.	43	Vésicointestinal.	Supuración pélvica, cáncer del recto o de la S. ilíaca.	Talla hipogástrica dos veces; en la primera, sutura de la fístula.	Muerte.
74	"	"	52	Cistosisgmoidea.	Cáncer del asa omega.	Laparotomía: resección.	Muerte: oclusión intestinal por error del clirujano, cinco meses.
75	1898	Desnos.	33	Vésicointestinal.	Pelvipерitonitis puerperal.	Médico.	Ligera mejoría.
76	"	"	42	Cistosigmoidea.	Pelvipерitonitis por salpingitis o por fibroma.	Primera operación: histerectomía abdominal; segunda: Sigmoidostomía; plástica de la vejiga.	Muy mejorada.
77	1898	Poncet.	13	Vésicopendicular indirecta.	Apendicitis y absceso apendicular.	Laparotomía: drenaje.	Curación rápida.
78	1898	Kelly y Mc Callum.	60	Cistosigmoidea.	Diverticulitis del asa omega.	Laparotomía: enterorrafia lateral y sutura de la vejiga.	Curación.
79	"	"	64	Vésicorrectal indirecta.	—	Laparotomía: enterorrafia lateral y sutura de la vejiga.	Muerte: 2 años.
80	1898	Bazy.	67	Vésicorrectal.	Cistofijos.	—	?
81	1899	E. O. Marey.	40	Ileovesical.	Absceso del ovario izquierdo.	Laparotomía: ooforectomía; plásticología; enterorrafia lateral y sutura de la vejiga.	Curación.
82	1899	Zeman.	30	Vésicorrectal indirecta.	Actinomicosis.	Médico.	Muerte: 1 año. Autopsia.
83	1899	Middledorf.	32	Vésicorrectal indirecta.	Actinomicosis.	Médico.	Muerte: 15 meses. Autopsia.

NCM.	AÑO	AUTOR	EDAD: AÑOS	VARIEDAD DE LA FISTULA	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	RESULTADO Y DURA- CIÓN
84	1899	Schwarz.	28	Cistosigmoidea y vési- coorrectal.	Salpingitis supurada, abierta en la vejiga y en el recto.	1.º Laparotomía, explo- radora. 2.º Histerecto- mía vaginal por frac- cionamiento. 3.º Lapa- rotomía; ovariectomía derecha. 4.º Laparoto- mía; ano ilíaco en dos tiempos.	Muerte; necritis ascen- dente; 6 años.
85	1899	Duplay.	44	Vésicocecal indirecta.	Absceso pelviano.	Laparotomía; sutura del orificio de la vejiga.	Muerte; 2 años.
86	"	"	?	Vésicointestinal.	Hematocoele o pelviperi- tonitis supurada.	—	?
87	1899	Tesson.	33	Cistosigmoidea indirecta.	Traumatismo quirúrgi- co; cistólito secunda- rio.	Litotricia (por litopha- toma).	Muerte; 6 años. Autop- sia.
88	1899	Savariaud.	40	Cistosigmoideo-cutánea.	Salpingitis izquierda su- purada.	Laparotomía; enterorra- fia lateral; sutura de la vejiga; salpingee- tomía.	Muerte; más de 7 años. Autopsia.
89	1899	Bazy.	?	Vésicointestinal.	Cistólito.	—	?
90	1899	Jeanne.	42	Vésicointestinal.	Anexitis supurada (?).	Médico.	Curación.
91	1901	Hepfl.	33	Vésicoorrectal.	Parto difícil; aplicación de forceps.	Primera operación: su- tura de la fistula por la vía rectal; método de Hirsch. Segunda: vía rectal; separación de la vejiga del rec- to; sutura de la he- rida del intestino.	"
92	1902	Livingstone.	41	Vésicoorrectal con estrin- chez del recto.	Absceso pelviano.	Primera intervención: colostomía anterior. Segunda: colporomía. Tercera: enterorrafia circular.	Curada.

NUM.	AÑO	AUTOR	EDAD. Años	VARIEDAD DE LA FÍSTULA	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	RESULTADO Y DURACIÓN
93	1902	Hepner.	64	Cistosigmoidea indre- cta.	Diverticulitis de la S iliaca.	Laparotomía: resección del divertículo y sutu- ras.	Curada; 14 meses.
94	1903	H. Futh.	71	Vésicorrectal.	Traumatismo acciden- tal.	Médico.	Estacionaria.
95	1903	Walther.	54	Ileovésicorrectal.	Pelvipertonitis.	1.ª Histerectomía abdo- minal subtotal. 2.ª La- parotomía: extirpación del intestino del- gado.	Curación.
96	1903	H. Thomson.	32	Vésicointestinal.	Posaborto.	Vía vaginal: operación plástica.	Curada.
97	"	"	36	Vésicocólica.	Parto difícil: aplicación de fórceps.	Vía vaginal.	"
98	"	"	32	Vésicointestinal.	Parto difícil: aplicación de fórceps.	Vía vaginal: método de Küstner.	Muy mejorada.
99	1903	Michel y Gross.	20	Apendiculovesical ver- dadera.	Apendicitis.	Laparotomía: apendi- cectomía.	Curación.
100	1903	M. H. Apphun.	20	Apendiculovesical direc- ta.	Apendicitis.	Laparotomía: apendi- cectomía.	"
101	1904	I. S. Stone.	50	Apendiculovesical indi- recta.	Absceso apendicular.	Laparotomía: apendi- cectomía.	"
102	1904	H. Rothe.	35	Vésicointestinal.	Traumatismo obstétrico por aborto.	Vía vaginal: sutura de la vejiga y del intes- tino.	"
103	"	"	34	Vésicointestinal.	Traumatismo obstétrico durante el parto.	Vía vaginal: sutura de la vejiga y del intes- tino.	"
104	"	"	27	"	Traumatismo obstétrico durante el parto.	Vía vaginal: sutura de la vejiga y del intes- tino.	"

NOL	AÑO	AUTOR	EDAD Años	VARIEDAD DE LA FISTULA	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	RESULTADO Y DURACION
105	1904	H. Rothe.	57	Vésicointestinal.	Pesario.	Via vaginal: desdoblamiento y sutura de la vejiga y del intestino.	Curación.
106	"	"	41	"	Parto.	Via vaginal: desdoblamiento y sutura de la vejiga y del intestino.	"
107	"	"	38	"	Aborto.	Via vaginal: desdoblamiento y sutura de la vejiga y del intestino.	"
108	"	"	36	"	Traumatismo quirúrgico; parto con aplicación de fórceps.	Via vaginal: desdoblamiento y sutura de la vejiga y del intestino.	"
109	1904-1915	J. H. Cunningham.	26	Vésicorrectal.	Absceso pelviano.	Colpometría. Sonda vesical permanente.	Curada tres meses después de la intervención.
110	1904	Heine.	59	Cistosigmoides.	Perisigmoiditis con numerosos divertículos.	Laparotomía.	Curación. La enfermedad duró un año.
111	1906	Von Fraunqué.	?	Vésicorrectal.	Parto con aplicación de fórceps.	Via vaginal: método de Freund.	Curada.
112	1906	Hartmann.	25	Cistovaginosigmoides indirecta.	Talla vaginal por cistotomía.	Laparotomía: resección del trayecto y suturas.	"
113	1906	Royster.	22	Cistosigmoides.	Traumatismo quirúrgico.	Laparotomía.	Curada después de más de un año de enfermedad.
114	1907	Westhoff.	43	Cistosigmoides.	Traumatismo quirúrgico.	Laparotomía: ablación del asa sigmoides.	Curada después de diez años de enfermedad.
115	1909	C. Everke.	?	Vésicorrectal.	Parto difícil.	Talla hipogástrica: sutura del orificio vesical.	Curación.
116	"	"	?	Vésicointestinal.	Parto: versión interna.	Talla hipogástrica: sutura del orificio de la vejiga. Via vaginal: sutura del orificio del intestino.	"

NUM.	AÑO	AUTOR	EDAD Años	VARIEDAD DE LA FISTULA	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	RESULTADO Y DURA- CIÓN
117	1909	C. Everke.	?	Vésicointestinal.	Parto con aplicación de forceps.	1.º Talla hipogástrica; 2.º Laparotomía de ur- gencia: uréterocistos- tomía.	Muerte.
118	1909	E. Bureau y Pasquereau.	29	Cistosigmoidea indirec- ta.	Traumatismo quirúrgi- co: doble ooforosalpin- gectomía.	Laparotomía: curación radical.	Curada.
119	1909	R. Cadwallader.	20	Apéndiceovesical.	Apandicitis.	Laparotomía: apendi- cectomía.	"
120	1910	Gutzet.	21	Vésicointestinal.	Parto con aplicación de forceps.	Por la vía vaginal: su- turas.	"
121	1910-1915	J. H. Cunningham.	34	Vésicointestinal.	Traumatismo quirúrgi- co.	Laparotomía: drenaje.	Curada a los 36 días de la intervención.
122	1912	Boehm y Denn.	40	Cistosigmoidea.	Carcinoma de la vejiga.	Laparotomía: ablación del asa sigmoidea.	Muerte: peritonitis. Dos años. Autopsia.
123	1915	J. H. Cunningham.	39	Cistosigmoidea directa.	Adenocarcinoma del asa sigmoidea.	Laparotomía: historec- tomía; resección par- cial del asa sigmoidea y de la vejiga.	Curada a los 20 días de la intervención.
124	1919	W. Weibel.	62	Vésicovaginoorrectal.	Traumatismo quirúrgi- co.	—	Estacionaria.
125	1920 (novbre.)	J. Salvador.	32	Cistosigmoidea directa.	Pitosalpinx derecho.	Laparotomía: enterorra- fia lateral y empare- jamiento del orificio de la vejiga.	Curada: un año y medio.
126	1907-1920	Mayo "Chaire" in Sutton.	?	Vésicoenterovaginal.	—	—	—
127	"	"	?	Cistosigmoidea.	Perforación del útero e intestino delgado du- rante una dilatación seguida de raspado.	Quirúrgico.	Curada. Recidiva des- pués de tres semanas. La desaparición de la fistula se hizo a los tres años y tres meses.
128	"	"	?	"	Abceso del ovario iz- quierdo; traumatismo quirúrgico.	"	Curada.

NCM	AÑO	AUTOR	EDAD Años	VARIEDAD DE LA FISTULA	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	RESULTADO Y DURA- CIÓN
129	1907-1920	Mayo "Clinic" in Sutton.	?	Cistosigmoides.	Abceso del ovario de- recho.	Quirúrgico.	Mejorada; recidiva.
130	"	"	?	"	Abceso bilateral del ovario y apéndice per- forado.	"	Curada a los 8 meses de la intervención.
131	"	"	?	"	Salpingitis simple bila- teral.	"	Mejorada.
132	"	"	?	"	Salpingitis simple bila- teral.	"	Curada.
133	"	"	?	"	Salpingitis simple bila- teral.	"	"
134	"	"	?	"	Salpingitis simple bila- teral.	"	Curación gradual de la fistula.
135	"	"	?	"	Salpingitis simple bila- teral.	"	Curada.
136	"	"	?	"	Salpingitis derecha.	"	Se ignora el resultado.
137	"	"	?	"	Salpingitis izquierda con cuerpo extraño.	"	Se ignora el resultado.
138	"	"	?	"	Salpingitis izquierda.	"	Curada.
139	"	"	?	"	Quiste dermoideo del li- gamento ancho dere- cho.	"	Muerte: al 5.º día.
140	"	"	?	"	Salpingitis tuberculosa bilateral.	"	Curada.
141	"	"	?	"	Salpingitis tuberculosa bilateral.	"	"
142	"	"	?	"	Tuberculosis de la trom- pa y del ovario iz- quierdos.	"	"

NÚM.	AÑO	AUTOR	EDAD Años	VARIEDAD DE LA FÍSTULA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO	RESULTADO Y DURA- CIÓN
143	1907-1920	Mayo "Clinic" in Sutton.	?	Cistosigmoidea.	Postoperatoria: absceso de la región del om- bligo izquierdo.	Quirúrgico.	Curada.
144	"	"	?	"	?	"	?
145	"	"	?	"	?	"	?
146	"	"	?	"	?	"	?
147	"	"	?	"	?	"	?
148	"	"	?	"	?	"	?
149	"	"	?	"	?	"	?
150	"	"	?	"	?	"	?
151	"	"	?	"	?	"	?
152	"	"	?	"	?	"	?
153	1921 (octubre)	J. Salvador. (inédita)	54	Cistosigmoidea directa.	Adenocarcinoma del asa sigmoidea con múlti- ples divertículos.	Laparotomía: sigmoi- dectomía parcial y em- paredamiento del ori- ficio fistuloso de la vejiga.	Muerte: a las 30 horas de la intervención. Tre- ce meses, más o menos.

BIBLIOGRAFIA

- Blanquique P.*—*Etude sur les fistules vésico-intestinales*’, Tesis, 1870, París.
- Boyer.*—“*Traité des maladies chirurgicales*”, 1826; t. IX, p. 55 y 56, y artículo “*Vessie*” du “*Dictionnaire*” en 30 volúmenes.
- Desault.*—“*Traité des maladies des voies urinaires*”.
- Chopart.*—“*Traitément des maladies des voies urinaires*”.
- Barbier de Melle.*—“*Observation d’un cas de fistule vésico-intestinale*”, París, Montpellier, 1843.
- Curling J. B.*—“*Med. Times and Gazette*” (1852, p. 615).
- Root.*—“*Bost. med. and Surg. Journ.*” (1867-68, p. 14).
- Putégnat.*—“*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*” 1876, pág. 467).
- Le Dentu et Voillemier.*—“*Traité des maladies des voies urinaires*” (1881).
- Guyon.*—“*Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*”
- Dittel, de Viena.*—“*Wiener Med. Wochenschrift*” (1881, n.os 10 y 12).
- Cripps H.*—“*The Passage of Air and faeces from the Urethra*” (Londres, 1888).
- Pousson.*—“*De la cystostomie préliminaire appliquée au trait. de certaines fistules vésico-intestinales*” (Archiv. provinciales de Chirurgie, diciembre 1894, N.º 12, p. 741-758).
- Chavannaz G.*—“*Des fistules vésico-intestinales acquises chez l’homme*” (Ann. des mal. des org. gén.-urin., 1897, t. XV, n.os 11 y 12, p. 1176-1287; t. XVI, 1898, n.os 1 y 2, p. 85 y 203).
- Pascal Alexandre.*—“*Des fistules vésico-intest. acquises chez l’homme et la femme*” (Tesis de París, 1900).
- Graser.*—“*Ueber multiple Darmdivertikel in der Flexura sigmoidea*” (Verhandl. d. deutsch. path. Gessellsch., 1899, Berlín, 1900, Tomo II, páginas 254-256).
- Heine W.*—“*Ueber Darmblasenfisteln infolge von Darmdivertikeln*” (Inaug. Diss., Leipzig, 1904).
- Wolkovitch.*—“*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*” (Berlín, 1904. XX, páginas 1253-1257).
- Person G.*—Tesis de París, 1906. “*Contribution à l’étude des fistules appendiculo-vésicales*”.
- Hartwell J. A.*—“*Diverticulitis intestinal*” (Sociedad de Cirugía de Nueva York, sesión del 9 de marzo de 1910). “*Annals of Surgery*”, p. 584.
- Mayo-Griffin.*—“*Surgery, Gynaecol. and Obstetrics*”, (T. V., 1907)
- “*Dos casos de fistula cistosigmoidea por probable diverticulitis*”.
- Giffin H. Z.*—“*The diagnosis of diverticulitis of the large Bowel*” (Collected papers by the Staff of the St. Mary’s Hospital, 1912, p. 148).
- Pristavescu G.* (de Rumania).—“*Contribution à l’étude des fistules vésico-intestinales*” (Journal d’Urologie, t. II, 1912, p. 321 a 366).
- Telling, W. H. M., and Gruner, O. C.*—“*Acquired diverticula, diverticulitis, and peridiverticulitis of the large intestine*” (The Brit. Jour. of Surg., 1917, IV, 468-530).
- Sutton, G. Douglas.*—“*Vesicosigmoidal fistulae*” (Surgery, Gynecology and Obstetrics, Chicago, abril de 1921. Vol. XXXII, N.º 4, p. 318-327).

OBSERVACIONES

- I. — *Fabricius Hildanus*. — “Opera observationum et curationum med. chirurgicarum” (1646, Francfort-sur-Mein, Obs. 47).
- II. — *Hill J.* — “Medical and philosophical reports” (1784, tomo II, pág. 194).
- III. — *Rabouam*. — “Bulletin de la Faculté et de la Société de Médecine de Paris” (1820, t. 72, p. 200-206).
- IV. — *Salmon*. — “Lancet” (1831-1832, I., p. 881).
- V. — *Glen*. — “London medical Gazette”, vol. XVIII, 1836. — “Case of recto-vesical fistula”.
- VI. — *Rolph J.* — “Lancet” (1837, t. I, p. 370).
- VII. — *Frank J. P.* — “Tratado de medicina práctica” (Traducido del latín por *J. Gondreau*. París, 1842. Capítulo: “Retención de orina”, t. II, página 131).
- VIII. — *Worthington C.* — “Medico-chirurg. transactions” (1844, página 462).
- IX. — *Barth*. — “Bulletin de la Société anatomique de Paris” (1843, t. XXIII, p. 313-314).
- X. — *Heslop* (1850) in *Simpson* (1853).
- XI. — *Coulson W.* — “Diseases of the bladder and prostate gland” (Londres, 1852). — *Wilson*. — “Lectures on the urinary organs” (p. 317).
- XII. — *Simpson*, de Edimburgo. — “Contributions to obstetric pathology and practice” (Edimburgo, 1853).
- XIII. — *Salzer y Reuling*. — “Peritífilitis” (Deutsche Klinik., 1855, tomo VII, pág. 368).
- XIV. — *Van Geuns J.* — “Nederl. Weekbl. u. Geneesk.” (Julio 1854; analizada en “Schmidt’s Jahrbücher der gesammten Medicin”, 1856, T. XCII, página 61).
- XV. — *Adams W.* — “Société médicale de la partie septentrionale de Londres” (Séance du 14 février 1855. “Lancet”, 1855, I., p. 343).
- XVI. — *Giesler*. — “Tesis”, (Marburg, 1856; analizada en “Monatsschrift f. Geburtsk. u. Frauenkrankheit”, 1863, T. XXI, p. 263).
- XVII. — *Fuchs*. — “Nederl. Weekbl.” (Octubre 1851), in *Pitha*. — “Virchow’s Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie” (T. VI, 1856, página 163).
- XVIII. — *Thorp H.* — “Dublin hosp. Gazette” (1858, p. 101).
- XIX. — *Martin Magron y Soulié*. — “Mémoires de la Société de Biologie” (1860, p. 202-205).
- XX. — *Gibb, D.* — “Fistulous communication between the bladder and small intestine” (The Lancet, 1861, t. I, p. 384).
- XXI. — *Eble*. — Würtemb., “Correspond. Bl.” (T. VII, N.º 36). Citada por *L. Mayer*. — “Monatsschrift f. Geburtsk. u. Frauenkr.” (1863, tomo XXI, p. 259).
- XXII. — *Bainbridge F.* — “Brief notes of two cases of vesico-intestinal fistula” (The Medical Times and Gazette, 1863, T. I, p. 397).
- XXIII. — *Martin E.* — “Monatsschrift für Geburtskunde u. Frauenkrankheiten” (1863, t. XXI, p. 270-271 y 1864, t. XXIII, p. 103-106).
- XXIV. — *Mayer Luis*. — “Ueber einen Fall von Fistula intestino-vesicalis nebst Bemerkungen über Arten und Vorkommen der Blasencontinui-

tätss störungen überhaupt'' (Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, 1863, t. XXI, p. 252-269).

XXV. — *Wegscheider*. — "Monatsschrift für Geburtskunde", 1863, tomo XXI, p. 271.

XXVI. — *Bainbridge*. — "Gazette médicale de Paris" (1864, p. 285).

XXVII. — *Naudot*. — "L'Abeille médicale" (Paris, 1864, p. 74-76).

XXVIII. — *Curling*. — "The Lancet" (1865, t. I, p. 3-5).

XXIX. — *Saxinger*. — "Prager medicinische Vierteljahresschrift" (1866 y 1867). — Observación reproducida "in Schmidt's Jahrbücher der gesamten Medicin" (1867, t. CXXXI, p. 180).

XXX. — *Watts R.* — "New-York medical record" (1867, T. II p. 208).

XXXI a XXXVII. — *Heilborn M.* — "Der Krebs der Harnblase" (Tesis de Berlín, agosto 8 de 1868).

XXXVIII. — *Bryant*. — "The medical Times and Gazette" (1875, I, página 87).

XXXIX. — *Simpson*. — "On vesico-uterine, vesico-intestinal, and utero-intestinal fistulae as result of pelvic abscess" ("The Works of sir V. Simpson. Edimbourg, 1871, t. I, p. 814).

XL. — *Simon G.* (de Heidelberg). — "Archiv. für klin. Chirurgie" (t. XV, 1873 (?), p. 99-121).

XLI. — *Heath*. — Sociedad Clínica de Londres, sesión del 23 de febrero de 1872. "Medical Times and Gazette" (1872, I, p. 327).

XLII. — *Davat*. — "Bull. Soc. Anat." (Paris, 1873, tomo XLVIII, página 577).

XLIII. — *Jennings*. — "Dublin Journal of Medical Science" (1874, Tomo LVIII, p. 168-170).

XLIV. — *Bartels*. — "Archiv für Klinische Chirurgie" (1878, T. XXII, páginas 519-628, Berlín. "Die traumen der Harnblase").

XLV. — *Heim-Vöggtin* (de Zurich). — "Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte" 1879, t. IX, p. 424-427).

XLVI. — *Parish W. H.* — "Gazette médicale de Strasbourg" (1882, páginas 42-43).

XLVII. — *Valenta*, de Laibach. — "Gangrän der Harnblase mit Perforation in den Dünndarm resp. Bildung einer Harnblasen. Dünndarmfistel bei Retroflexio Uteri gravidi V mensis" (Memorabilien, 1883, p. 1-5).

XLVIII. — *Morand*. — "Gazette médicale de Strasbourg" (1882, páginas 42-43).

XLIX y L. — *Goodell*. — "Philadelphia med. Times" (1883, páginas 514-515).

LI. — *Guéniot*. — "Soc. Chirurgie" (1884, y en *K. Boden* ("Inaug. Dissert. Wurzburg, 1895).

LII. — *Duménil*. — "Revue de Chirurgie" (1884, p. 241-255).

LIII. — *Duménil*. — "Application de la colotomie aux fistules vésico-intestinales" (Revue de Chirurgie, 1884, p. 1000).

LIV. — *Cripps* (1888). — Loc. cit.

LV. — *Skene*. — "Amer. Journ. of Obstetrics" (T. XII, p. 740).

LVI. — *Wallace*. — "Saint Bartholomews Hospital Reports" (London, 1888, T. XXIV, p. 258).

LVII. — *Thunn*. — "Ueber den Verschluss der Scheide bei Blasen-Scheiden fisteln" (Tesis de Greifswald, 1889).

LVIII. — *Chrobak*. — "Centralbl. f. Gynäk". (1889, N.º 33, p. 588).

- LIX. — *Hermanides*. — “Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde” (1889, t. II, p. 429-431).
- LX. — “*Guyanne*. — “The Lancet” (1889, t. II, p. 1231).
- LXI. — *Noble*. — “Medical and Surgical reporter” (Filadelfia, 1889, t. LX, p. 77-78).
- LXII. — *Lanclongue*, de Burdeos, (1890). — “Clínica del hospital Saint-André”.
- LXIII. — *Pamard*, de Aviñón. — “Bull. et mém. Soc. Chirurgie” (Tomo XVI, p. 294-296).
- LXIV. — *Chopart*, in *Wagner*. — “Ueber nicht traumatische Perforation der Blase und ihre Folgezustände” (Arch. f. Klin. Chir., 1892, t. XLIV, páginas 303-368).
- LXV. — *Husson* in *Wagner*. — Loc. cit.
- LXVI. — *Meyer* in *Wagner*. — Loc. cit.
- LXVII. — *Guyon*. — Hospital Necker (1893(?)) in *Pascal*, Obs. 267, página 289.
- LXVIII. — *Brewis C.* — “Transactions Edimburg Obstetrical Society” (XIX, 1893-1894, p. 17-19).
- LXIX. — *Jercell K.* (de Christiania). — “Typhlitis und Blasendarmfistel” (Forhandlingar i. ost. med. Selskab, 1895, 25 septiembre).
- LXX. — *Von Bardleben*, in *J. Becher*. — “Ueber die Operation der Blasen-Mastdarmfisteln” (Inaug. Dissert., Berlín, 1896, p. 15).
- LXXI. — *Imes*. — “Medical Press. and circular” (1896, t. I, p. 469).
- LXXII. — *Beach*. — “Annals of surgery” (1896, II, p. 484-7).
- LXXIII a LXXVI. — *Th. Tuffier y J. Dumont*. — “Des fistules intestino-vésicales chez la femme” (Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale, 1898, Paris, T. II, p. 441 a 480).
- LXVII. — *Poncet*, in *Vladoff*. — “Des abcès appendiculaires ouverts dans la vessie” (Tesis de Lyon, 1898).
- LXXVIII y LXXIX. — *H. A. Kelly y W. Mc Callum*. — “Journal of the American medical association” (1898, II, p. 375-381).
- LXXX. — *Bazy* in *Pascal*, obs. 283.
- LXXXI. — *Marey*. — “Annals of Surgery” (N.º 73, enero 1899, p. 69).
- LXXXII y LXXXIII. — “Tesis” de *Michailoff* (Lyon, 1899).
- LXXXIV. — *Schwartz* in *Pascal*, obs. 265.
- LXXXV y LXXXVI. — *Duplay*. — “Bulletin médical” (Enero 1899).
- LXXXVII. — *Tesson* in *Pascal*, obs. 280.
- LXXXVIII. — *Savariaud* in *Pascal*, obs. 281.
- LXXXIX. — *Bazy* in *Pascal*, obs. 284.
- XC. — *Jeanne* in *Pascal*, obs. 285.
- XCI. — *Hæpfl*. — “München med. Woch.” (1901, t. XLVIII, páginas 1172-1173).
- XCII. — *Livingstone*. — “Brit. Med. Journ.” (London, 1902, Tomo II, páginas 701-702).
- XCIII. — *Heppner* (1902) in *W. Heine*. — “Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sexual org.” (Leipzig, 1904, t. XV, p. 401-459, obs. 6).
- XCIV. — *Füth*. — “Monatschr. f. Unfallheilk” (1903, Leipzig, t. X, páginas 369-371).
- XCV. — *Walthers*. — “Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurg. de Paris” (11 de marzo de 1903, T. XXIX, p. 314-324).
- XCVI a XCVIII. — *Thomson*. — “Zentralbl. f. Gynaek” (Leipzig, tomo XXVII, 1903, p. 1498-1500).

- XCIX.—*G. Michel y G. Gross*.—“Arch. gén. de méd.” (Agosto 26 de 1903) y “An. des mal. des org. gén.-urin.” (T. 22, 1904, p. 564).
- C.—*M. H. Appham*.—Tesis de Nancy, 1903.
- CI.—*Stone*.—“Ann. of. Surgery Philad.” (1904, T. XXXIX, páginas 265-267).
- CII a CVIII.—*Rothe*.—“Monatschr. f. Geburtsh u. Gynäk.” (Berlín, 1904, T. XX).
- CIX.—*Cunningham*.—“Surg. Gynaecol. and Obst.” (T. XXI, 1915, página 510).
- CX.—*Heine* in *R. C. Bryan*.—“Ann. of Surg.” (T. LXIII, 1916, página 353).
- CXI.—*Von Franqué*.—“Deutsche med. Woch.” (Leipzig y Berlín, 1906, T. XXXII, p. 1974).
- CXII.—*Hartmann H.*—“Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris” (1906, T. XXXII, p. 959-961).
- CXIII.—*Royster* (1906), in *Bryan*, loc. cit.
- CXIV.—*Westhoff* (1907) in *Bryan*, loc. cit.
- CXV a CXVII.—*Everke C.*—“Zeitschr. f. Gynäk., Urologie” (Leipzig, 1909).
- CXVIII.—*E. Bureau y Pasquereau*.—“Gaz. Méd. de Nantes” (1909; 2.^a s., T. XXVII, p. 608-611).
- CXIX.—*Cadwalader R.*—“Journ. Am. Med. Ass.” (Chicago, 1909, T. II, p. 1107).
- CXX.—*Gutzeit*.—“Zeitschr. f. Gynäk. Urol.” (Leipzig, 1910-1911, tomo II, p. 18-20).
- CXXI.—*Cunningham*.—(1910), loc. cit.
- CXXII.—*J. L. Bochin y J. Mc H. Dean* (San Luis).—“The American Journal of Urology” (T. VIII, N.º 9, septiembre 1912, p. 474-482).
- CXXIII.—*Cunningham*.—(1915), loc. cit.
- CXXIV.—*Weibel W.*—“La Gynécologie” (1920, t. XIX, p. 116).
- CXXV.—*Salvador J.* in *Devoto H. J.*—“Contribución al estudio del tratamiento de las fistulas vesicales en la mujer” (Tesis de Buenos Aires, 1921).
- CXXVI a CLII.—*Mayo*.—“Clinic”, in *Sutton*, loc. cit.
- CLIII.—*Salvador J.* (1921).—Inédita.

Diciembre 23 de 1921.

34286



