

## **ERRORES DE TECNICA QUIRURGICA**

### ***Cuerpos extraños abandonados en el vientre operatorio***

**Carlos STAJANO**

Presentado a la sesión del 27 de Agosto de 1941

He tenido oportunidad de traer en diversas oportunidades a esta Sociedad algunas comunicaciones relacionadas con incidencias y accidentes operatorios, creyendo ser de más utilidad, al médico práctico que pregonando tales o cuales éxitos. Ponía de relieve las causas del error y su posible manera de evitarlos. Así fué el tenor de mis comunicaciones reiteradas, sobre hemorragias inmediatas del post-operatorio, sobre las hemorragias retardadas y tardías del tipo de la hemorragia secundaria en la cirugía perineal, así como la tercera comunicación en colaboración con mi distinguido asistente el Profesor Chifflet sobre las pequeñas hemorragias chocantes de ciertos ambientes topográficos del subperitoneo. En cada una de ellas aporté algún caso personal, conjuntamente con otros, de otros cirujanos, y cuya responsabilidad no me incumbía. En otro trabajo mío anterior (1919) me referí a las heridas, secciones y ligaduras del uréter en la cirugía pelviana, con el aporte de casuística de diversos cirujanos.

Felizmente no aporté casuística personal en ese sentido pero por desgracia he comprobado con relativa frecuencia este error trascendente, sufrido por distintos operadores que ni siquiera han comunicado a ninguna Sociedad sus casos, y lo que es peor han continuado sin inmutarse, estas desdichas quirúrgicas sin mejorar ni pulimentar sus técnicas, en una cirugía que exige, cual ninguna, el dominio regional más completo, por requerirlo así las anomalías caprichosas de ciertas pelvis operatorias.

*Considero necesario hacer esta aclaración* porque excepto los que han agradecido este aporte desinteresado tan poco brillante como útil, existen y especialmente fuera de esta Sociedad, los que

han criticado este tipo de comunicación, no sólo dejando de  
lorar sus enseñanzas sino que han manejado en forma desleal  
su contenido, inculpándome de errores que no me correspondier

A pesar de todo, reitero mi propósito de presentar una nue-  
comunicación de ese mismo molde sacando del error sus enseñanz s  
y dando argumento al disolvente sistemático, para su poca cons-  
tructiva tarea de demolición.

Una casuística variada cedida por Jefes de Servicio y Asi-  
tentes diversos, me permite recoger varios casos de gasas pe-  
queñas, en torundas, en grandes compresas o forma de mecha ,  
abandonadas en el vientre operatorio. Accidente del cuál nadie  
está libre. Mañana tal vez tenga que lamentar por primera vez  
en mi vida quirúrgica este accidente. También es cierto que al-  
gunos cirujanos tienen su buen caudal de errores de este tipo y  
lo seguirán teniendo por la manera de disponer y de manejarse  
en el campo operatorio; a ellos pues va dirigida esta comunicación.  
*Otra verdad es, que ninguna, absolutamente ninguna medida que  
no sea la propia técnica prolija del cirujano, es capaz de ponerlo  
a salvo de este error.*

Las compresas con cintas o tiras, dejadas al exterior con  
pinzas o sin ellas pueden romperse y el cirujano desprevenido que  
confía demasiado en ellas, puede caer en falta. La misión de  
control hecha por la nurse o enfermero de la sala de operaciones,  
puede ser una práctica complementaria, al contar las compresas  
utilizadas y el número de gasas de cada entrega. Prácticamente  
la conceptuamos mala, por cuanto requiere un ambiente único con  
enfermeros de excepción que sin duda los hay, pero cuya práctica  
en diversos medios está expuesta al error como lo hemos visto  
reiteradamente. Mala evidentemente también, *porque diluye la  
responsabilidad del cirujano.* El campo operatorio en todos sus  
detalles, desde la colocación de los campos hasta el cierre de la  
piel, no deben estar sino bajo el control del que opera y si cualquier  
incidencia ocurre, no es el cuerpo de ayudantes mayores o menores  
el responsable, sino el propio operador. Una compresa abandonada  
en el vientre y bien sabemos qué aptitud tiene el abdomen para  
enmascararla y absorberla, depende exclusivamente del director  
del acto operatorio, de su técnica y de su disciplina estricta, vi-  
gilante y atenta a todos los peligros. Por eso es que tratamos de  
evitar la intromisión a veces obligada de ayudantes improvisado

o impuestos, por la abrumadora tarea que exige su vigilancia constante, dado que ellos no comparten la responsabilidad del resultado operatorio. El único que responde es el cirujano, para el éxito o para el fracaso, sin escapar de esta responsabilidad en el raro caso de un síncope anestésico, en el cual el directamente ejecutante, el anestesista, queda en el anónimo y la muerte se carga en el debe exclusivo, del cirujano que opera.

Quiero hacer justicia y destacar la difícil misión del cuerpo de cirujanos de urgencia de nuestro medio. Nadie discute su habilidad, ni su pericia, ni su técnica; al tener que afrontar la más atípica y azarosa cirugía imaginable. Son ellos los que hacen frente a esta acción con los ayudantes que les imponen las guardias respectivas y bien sabemos la multiplicación del esfuerzo que se le exige en ciertos casos, y los peligros de una ayuda ineficaz y tantas veces peligrosa. Algún distinguido cirujano de urgencia me ha referido alguna incidencia del tipo que nos ocupa en condiciones especialísimas en campos cruentos, con hemorragias muy intensas y donde todas las posibilidades del error se conjuraron, hasta la principal, la de los malos ayudantes. Ningún equipo debía ser más perfecto y más completo que el de los cirujanos de urgencia, para tranquilidad del cirujano y de los asistidos. Sería la jerarquía superior a que llegarían los practicantes como ayudantes de operaciones en las guardias de urgencia — mediante un escalafón riguroso de ascensos, de acuerdo a sus aptitudes y competencias.

En nuestra práctica hospitalaria, hemos impuesto desde el año 1936, el team de los ayudantes — con su misión perfectamente definida de orden y con el fin de ahorrar tiempo y esfuerzo y preocupación al cirujano.

No es del caso desarrollar este punto, pero destaco la importancia que en el tema que hoy tratamos, damos al orden del instrumental, y a la disciplina dentro del campo operatorio.

## CASUÍSTICA

### **Orden de exposición de los hechos. — Consideraciones sobre el proceso general.**

- a) *En el tejido celular y otros planos extraperitoneales del abdomen.*

- b) *Dentro del peritoneo.*  
La peritonitis plástica fistulizada al exterior.  
Casos Nos.  
Casos de larga tolerancia y luego evidenciados por supuración.  
el Absceso pio - estercoral (colon - ileon).
- c) *En los dominios del íleon.*  
La abertura del absceso en el intestino delgado, habiendo comprobado varias eventualidades.
- a) La eliminación de la gasa si es pequeña por las vías naturales.
  - b) La obstrucción del delgado por el cuerpo extraño.
  - c) La gravedad de la uni o poli - fistulización ileal en el conglomerado plástico.
- d) *En los dominios del colon.*  
El accidente de eliminación de la gasa puede hacerse en el colon y hemos visto diversas eventualidades.
- a) La eliminación por las vías naturales.
  - b) La obstrucción cólica por tamaño excesivo del cuerpo extraño.

*En este caso insistimos en la dificultad diagnóstica no sólo clínicamente sino en el campo operatorio.*

*El pseudo cáncer del colon.*

## LA GASA

*En el tejido celular y otros planos extraperitoneales de la pared*

Nos referimos en la actual comunicación al cuerpo extraña de gasa — con exclusión de instrumentos metálicos — cuya tolerancia es muy distinta y las incidencias que produce son muy diferentes.

La gasa abandonada en el tejido celular, ya sea el subcutáneo o el subperitoneal provoca una idéntica reacción inflamatoria

ambiente, raramente trascendente. *Una supuración que ha continuado al acto operatorio, o la tolerancia durante varios años y una supuración intercurrente*, dan fin a esta fatalidad. En el caso Nº 2 el tejido subperitoneal supuró profundamente al través de una subtotal hasta tanto no se retiró la gasa. La limitación del proceso inflamatorio alrededor de la gasa da la razón de la rápida curación no bien se drena el absceso y se extrae el cuerpo extraño.

OBSERV. 1. — Enferma operada de colecistitis crónica (*colecistectomía*). *Post-operatorio perfecto*. Al cabo de un tiempo se abre la herida y comienza a dar un poco de serosidad que se mantiene en forma persistente. La herida está en cierto punto algo infiltrada pero como es una enferma muy gruesa no se toma esto en cuenta. *Al cabo de tres meses su herida da siempre algo de serosidad en un punto*. Una mañana al curarla, la enferma insiste en que ella ha visto unos hilitos salir por el orificio que permanece abierto. Se explora con una pinza Kocher y se extrae una *gasa chica* doblada que *estaba localizada en el tejido celular subcutáneo*. Cierre en pocos días.

OBSERV. 2. — Enferma que vemos en el consultorio. Nos consulta por una enorme secreción cérvico-vaginal después de una *histerectomía subtotal* realizada en un sanatorio social. La tratamos infructuosamente durante 3 meses. No sabiendo a que atribuir esa supuración del post-operatorio. Un día con una pinza extraemos *a través del cuello una torunda de gasa*. Curación rápida y total, y sin trascendencia en 4 días.

OBSERV. 3. — Ingres a al hospital con un *proceso inflamatorio de F. D.* Estado nauseoso, fiebre, vómitos, datando de varios días.

Como antecedente dice haber sido operada *hace tres años de apendicitis aguda en campaña* y ostenta una incisión de Jalaguier.

*Examen*: Vientre balonado — *plastrón en el hemivientre derecho*, — *fluctuación de la zona empastada*. Tacto rectal negativo. Incisión de los planos superficiales de pared — evacuando pus de un gran absceso y *una compresa de gasa que estuvo alojada durante 3 años dentro de la vaina rectal*. Curación rápida en 15 días.

OBSERV. 4. — Señora operada en campaña de una *colecistectomía*. Cesa la secreción biliar y persiste una secreción sero purulenta *durante años*. Ingres a al servicio del Prof. Stajano. Por ser muy obesa, tiene una afección cardio-vascular grave se pasa a la sala 3.

Dada de alta, vuelve a campaña, donde en una *inflamación aguda de la zona perifistulosa se abre un absceso saliendo dos compresas de gasa*.

A los 10 meses (agosto de 1939) persistía la secreción sero-purulenta por la fistula. El estado cardio-vascular impide su exploración y su traslado a Montevideo. *¿Existía aún otro cuerpo extraño?*

b) *La peritonitis plástica fistulizada al exterior.*

Las reacciones naturales del peritoneo alrededor de la gasa e lican toda la gama de procesos que se desarrollan a su contacto.

Seremos sintéticos, dejando a la casuística expresar su elocuencia y los detalles. Sólo diremos que la peritonitis plástica y el enquistamiento de cuerpo extraño, en un ambiente de serosidad líquida puede permanecer a éptica y tolerarse mucho tiempo, — o lo que es más frecuente supurar secundariamente abriéndose el absceso ya sea el exterior, o ya en vísceras huecas cercanas, con todas sus consecuencias conocidas. Una fistula persistente como en el caso 5 y 6 constituyen toda la enfermedad, causa de una fistula. La supresión del cuerpo extraño, que tiende a hacerse espontáneamente al exterior por el orificio fistuloso curan a los enfermos después de próximamente un año de enfermedad.

OBSERV. 5. — Enferma operada en 1934 de *colecistectomía* sin dificultades mayores.

Se deja drenaje que se extrae al 12 día pero continúa un *proceso fistuloso que se eterniza.*

*Al cabo de un año*, practicando una curación en la fistula y al pretender ampliarla para colocar una laminaria, se extrae a pinza un *pancito de gasa*, deshilachando y *causa única de la supuración.* Curación rápida.

OBSERV. 6. — J. B. C. Colecistectomía. Drenaje.

A los varios días se pretenden sacar las mechas y se produce la ruptura de una de ellas quedando una parte retenida. Se explora la herida y el cirujano cree haber extraído todo. Sin embargo, varios meses después, salen por el *orificio fistuloso que persiste nuevas gasas.* Curación.

OBSERV. 7. — M. C., 46 años. Ulcus gástrico pequeña curva, prepilórico.

a) Primera intervención: gastro-enterostomía retrócolica, a asa corta. Post-operatorio 10 primeros días normal. 10º día vómitos, dilatación abdominal. Pulso rápido, agravación rápida.

b) Se reinterviene a *los 16 días* y el cirujano explora y hace gastrectomía. (Polya) siguiendo un mal post-operatorio. Supuración de la herida de laparotomía, *un mes y medio a dos meses.* Sospecha el cirujano un cuerpo extraño (gasa) y explora infructuosamente con clan.

*Tercera intervención*, con exploración cuidadosa. Se encuentra gasa pequeña doblada en pequeña curva límite sección gástrica envuelta en epiplón. Post-operatorio bueno.

*Cuarta intervención* a los 4 meses. Cura de eventración. Curado.

LA PERITONITIS PLÁSTICA CERRADA EN LOS DOMINIOS  
DEL ÍLEON

Evoluciones diversas.

a) Enquistamiento aséptico. (El pseudo tumor ileal).

b) Supuración ruidosa.

CASO N° 8. — Operada en diciembre de 1937 por quiste de *ovario derecho con extirpación de anexo derecho*. Presenta posteriormente episodios dolorosos de tipo cólico a localización en fosa iliaca derecha. No se les dió gran importancia. *Ingres a nuestro servicio a los dos años por una tumoración en fosa iliaca derecha*. Es una tumoración que llega a hipogastrio, sin relación con los



planos superficiales, del tamaño de una cabeza de feto, irregular, abollonada, mate, pudiéndose asegurar que el ciego está entre ella y la espina iliaca derecha. No tiene relación con el aparato genital.

Con el diagnóstico probable de "*compresoma*" se decide intervenirla.

En la operación se encuentra un conglomerado de asas intestinales, ciego y colon ascendente. Para su extirpación es necesario reseca unos 20 centímetros de intestino delgado. Se practica enteroanastomosis látero-lateral. Se cierra una pequeña incisión efectuada en el desprendimiento del cielo. La tumoración fué seccionada comprobándose que se trataba de un conglomerado, formado por el asa delgada reseca, epiplón y adherencias rodeando una compresa de tamaño corriente.

Alta en buen estado.

CASO N° 9. — J. A., uruguay, 26 años. 3 de mayo 1939.

Operada al 8° mes, por placenta previa.

Al abandonar ese hospital lo hace con una *tumoración redondeada*,

grande como una naranja, móvil, que se palpa en hipocondrio derecho . flanco; se desplaza hasta la línea media. No hay otra sintomatología, que sea la física.

Junio 10. Asiste a una policlínica de digestivo y se le estudia radiográficamente. Ver placas.

a) Por ingestión: dentro del ángulo hepático hay tumoración extrínseca, que comprime el intestino y achica su luz. Hay una imagen neta de cuerpo extraño.

b) Por enema del colon se distiende normalmente. Tumoración extrínseca al intestino. Además se reconoce el plomo de una compresa operatoria (en ambos exámenes). Pasa al cirujano operador. Opera el 14 de junio (40 días después), sobre masa tumoral dura, rodeada de epiplón. En su interior gran compresa de gasa.

La gasa está en un ambiente supurado con olor neto a Coli. Se drena esa cavidad neoformada curando en un mes y medio.

CASO N° 10. — D. P., 17 años. Utero didelfo y anexitis derecha. Primera intervención: anexectomía derecha con parte de ligamento ancho y el hemiútero derecho más pequeño que el izquierdo. El cirujano lucha en un campo muy hemorrágico. Post-operatorio muy accidentado. Supuración de la herida.

A los 15 días vientre balonado, con trastornos del tránsito.

Otro cirujano del mismo servicio sugiere la existencia de una compresa abandonada al palpar un tumor.

Al mes. Por exploración quirúrgica de la herida el cirujano extrae una compresa en plena pelvis. Curación.

CASO N° 11. — L. C., 64 años. Apendicitis aguda.

Operación laboriosa y complicada. Post-operatorio bueno.

A los 3 meses es vista otra vez con tumor en fosa ilíaca derecha, dolorosa, algo móvil.

*Diagnóstico clínico: tumor cecal?*

Radioscópicamente se comprueba tumor extra-cecal y se sospecha gástrica.

Intervención. Se retira una gasa de la gotera parieto-cólica derecha. Evolución buena.

CASO N° 12. — XX., 47 años. Operada de apendicitis crónica.

Incisión grande de Jalaguier. Apendicectomía. Exploración aparato genital. Post-operatorio normal. Al segundo mes de operada la enferma es intervenida en otro servicio quirúrgico por supuestos trastornos vesiculares. Por examen genital diagnosticase fibroma uterino.

Por mediana infraumbilical se aborda el pseudo-fibroma que resulta ser una enorme gasa envuelta en epiplón, alojada en cara anterior del útero (fondo de saco anterior). Supuración prolongada de esa logia. Curación.

CASO N° 13. — Operación de Doleris realizada en un servicio del A. X. Post-operatorio febril, dolor difuso de abdomen. Empastamiento del Douglas

que persiste lo mismo que la fiebre. Se diagnostica absceso del Douglas y se drena por colpotomía. En esta maniobra se abre un asa delgada, que fistuliza en la vagina. Al cabo de un tiempo que no se precisa si fué muy prolongado, la herida supurante desde la operación, da salida a una pequeña porción de gasa; se tracciona y se extrae una compresa de un metro. Curación con cierre rápido de su colpotomía y así como de la fístula ileal. (Destacamos la excepcional tendencia de las fístulas ileales a cerrar espontáneamente).

CASO N° 14. — Diagnóstico: 1) Quiste h. de hígado. 2) Gasoma.

*Abril 5 de 1941.* — Se opera de quiste hidático de hígado.

Al final de la operación se presenta dificultad para cerrar el vientre, haciéndose reintegración de vísceras dificultosa.

*Durante 19 días* se comprueba una febrícula discreta, moviliza bien su vientre no haciendo ningún fenómeno de orden general.

*A los veinte días* se palpa por debajo de la herida una resistencia pastosa dentro del abdomen en situación epigástrica.

*Al mes* la tumoración epigástrica ha ido creciendo hacia el ombligo; es resistente y ligeramente dolorosa, es móvil en el sentido transversal, ha aumentado rápidamente de tamaño. Se plantea la posibilidad de un quiste biliar o un quiste epiploico.

*Mayo 27.* — Operación: anestesia éter, con anhídrido carbónico, bien tolerada. Incisión transrectal paramediana derecha supraumbilical. Se entra al peritoneo por debajo de la tumoración encontrándose el epiplón que recubre a la tumoración. Se punciona extrayéndose pus. Se cierra el peritoneo, se protege la herida con compresas pasando a través del epiplón; se abre la tumoración, cayendo en una cavidad de enquistamiento que contiene una compresa de un metro. Se extrae y coloca mecha.

*Post-operatorio:* sin novedad.

Alta a los 10 días.

CASO N° 15. — C. R. de L., 41 años.

El 24 de noviembre de 1937 se le practicó una histerectomía subtotal con anexectomía bilateral, con el diagnóstico de angioesclerosis uterina y quiste del ovario derecho. Después de un post-operatorio sin incidencias, fué dada de alta al 10° día.

Es vista a los seis meses de su operación porque desde hace 8 días nota una tumoración dolorosa en la fosa ilíaca derecha. Hasta entonces la enferma no había notado nada anormal. Tiene el tamaño aproximado de un huevo de avestruz, localizada en fosa ilíaca derecha e invadiendo la parte derecha del hipogastrio donde se pierde detrás del pubis. Contacta con la pared anterior sin formar parte de ella. Tiene movimientos discretos en todo sentido sobre el plano posterior de la fosa ilíaca. Afuera se limita bastante bien a la arcada crural: el ciego, distendido y gorgoteante se dispone por fuera de ella. Adentro y abajo es más difícil de delimitar.

A nivel del pubis se sumerge en la pelvis. Es de consistencia firme

elástica, de superficie irregularmente lobulada con algunas zonas más duras: poco dolorosa a la compresión.

Por el tacto genital se toca el polo inferior irregular de la tumoración, muy alto y a derecha independiente del muñón del cuello uterino. Ninguna otra particularidad en el resto del vientre ni en su estado general. P. A. 13/ .

*En la historia clínica no aparece estudio radiológico del colon ni datos sobre el tránsito intestinal.*

*Operación. Mayo 31/938.*

Anestesia raquídea. Incisión paramediana infraumbilical reclinando el recto afuera. Se encuentra una gruesa tumoración formada por ansas delgadas y epiplón, adhiriendo al ciego y colon ascendente. Esa tumoración es toda ella formada de ansas delgadas y epiplón sin que se pueda exteriormente identificar con ningún elemento particular. Se comienza la liberación del colon ascendente y ciego que ofrece cierta dificultad: se prosigue liberando la última ansa ileal hasta unos 40 centímetros de la válvula ileo cecal donde es imposible continuar. Se procede en la misma forma en la parte proximal del delgado. Se reseca toda la porción de intestino comprendida en la tumoración, rehaciendo la continuidad por una sutura látero-lateral después de cerrar los cabos. Se deja un drenaje de mecha protegido por láminas de goma blanda contra la superficie cruenta del ciego y colon ascendente.

Abierta esta gruesa tumoración se encuentra una compresa envuelta en las ansas y con parte de ella invadiendo ya la luz intestinal.

Post-operatorio sin incidencias.

Alta a los 15 días.

RESUMEN. — *Operada de Hicterectomía subtotal Anexectomía bilateral.* Alta a los 10 días.

*A los 6 meses de tolerancia total ingresa con dolor y tumefacción dolorosa de la F. L. D. Enferma en suboclusión.*

El cirujano X interviene por laparotomía mediana derecha. Cae sobre un tumor que no puede liberar dentro del marco cólico. Reseca ansa delgada adherente al tumor cuya naturaleza desconoce en el campo operatorio. Al abrir la pieza comprueba una gruesa compresa de gasa envuelta en asa delgadas y parte de ella haciendo invasión ya en la luz intestinal. Post-operatorio normal. Alta a los 15 días.

*c) Casos ruidosamente evidenciados por supuración aguda.*

En un post-operatorio, inmediato o alejado, no está demás el pensar frente a una reacción peritoneal, mismo frente al absceso, entre otras causas en el cuerpo extraño.

Si bien es cierto que en ciertos medios, prácticamente eso no se ve una clínica cuyos casos proceden de ambientes diferentes esa posibilidad como vemos existe.

El caso N° 16 es felizmente intervenido y el absceso pio-estercoral en es inmensamente superior y en este caso su máxima gravedad aumenta de evolución curó por extraerse la gasa causal y por haber sido el colon el órgano fistulizado. La gravedad de las fístulas del ileon como veremos acuerdo con la altura del sitio de la perforación.

CASO N° 16. — Enferma operada en un departamento del interior de quiste de ovario o de algo anezial.

Su herida sigue supurando al cabo de un tiempo. Por ese motivo ingresa notándose además de la supuración, una masa mediana y dolorosa periumbilical; el color de la supuración es francamente a coli. Se interviene abordando la masa por una mediana. Luego de liberar adherencias sobre un conglomerado de color verdoso muy fétido, se reconoce el tejido de gasa. Se quitan dos gasas de regular tamaño (medio metro dobladas). Mechado en la cavidad. Fístula fecal tal vez cólica que da pocos días, cerrando espontáneamente. Curación.

CASO N° 17. — Observación clínica referente a grandes compresas de gasas olvidadas en el abdomen. (4 operaciones en tres años). Observaciones cedidas de un Servicio de Cirugía vecino al nuestro.

R., 29 años. U. S.

En Marzo de 1930 fué operada de urgencia por una rotura de trompa izquierda por embarazo ectópico. Incisión mediana.

A los 20 días de operada notó "un bulto" en F. I. I. Fué dada de alta. Siguió con dolores abdominales y la tumefacción aumentó de volumen.

6 meses después del accidente por embarazo tubario le hacen una laparotomía exploradora y encuentran una "tumoración adherida a la pared posterior del abdomen y rodeada de ansas delgadas completamente soldadas". Cierre del vientre sin drenaje.

Diagnóstico operatorio. — Tumor maligno inoperable, de etiología X. Le dicen a la familia que se trata de una enfermedad incurable y le indican morfina a la enferma.

3 meses después de la laparotomía exploradora la vemos con un cuadro agudo grave: ¿oclusión de intestino delgado? se toca una tumoración móvil en F. I. I. Ingres a Sala y casi en seguida hace un dolor intenso con contractura y no se palpa más la tumoración.

La operación inmediata muestra una obstrucción aguda del delgado por cuerpo extraño voluminoso. El ansa delgada tiene una placa de esfacelo. Incisión mediana inferior, resección de 30 cm. de intestino, sutura término-terminal. El ansa contenía una compresa de gasa de un metro. La operación se realizó fuera del abdomen y no se usaron compresas intraperitoneales. Evolución excelente. Alta bien.

9 meses después de la 3ª operación reingresa por dolores hipogástricos a derecha, porque notó "un bulto" en el hipogastro y tiene una menorragia de 15 días.

El examen muestra: Estado general bueno, apirexia, eventración me-

diana infraumbilical, tumoración pelviabdominal fija que hace cuerpo con el útero.

*Diagnóstico provisional:* ¿Fibroma uterino con anexitis?

*Operación:* Incisión mediana inferior. Tumoración amarillenta del tamaño de una cabeza de pato formada por una *cáscara* conjuntiva adherida al útero (que es de tamaño normal) y adherida a todas las ansas delgadas que la rodean.

Se rompe dicha formación conjuntiva y viene pus; aspiración que se interrumpe porque algo obstruye el aspirador: se tracciona y viene una compresa de un metro; drenaje de la cavidad supurada. Evolución excelente.

Examen directo y cultivo del pus - amicrobiano.

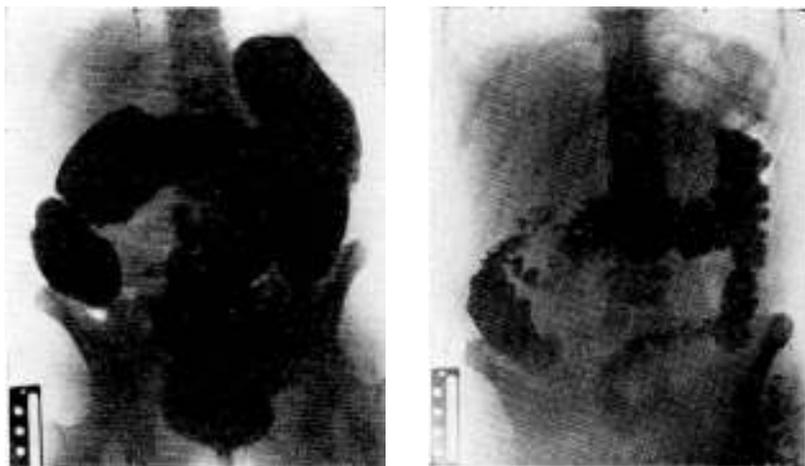
*Julio 16/940.* Este es el resumen de una historia fecunda en enseñanzas. Como es natural no damos nombres ni fechas, ni datos que permitan socavar el interés científico de esta comunicación.

En cuanto a la enferma la hemos visto estos días en perfecta salud y agradecidísima a los que salvaron su vida después de cuatro operaciones sucesivas.

d) *Supuración de la peritonitis plástica y abertura en el intestino delgado.*

La suboclusión — la fístula ileal — su pronóstico.

CASO N° 18. — Casos de la Sala. Ingres a la Policlínica con el diagnóstico de quiste del ovario. Enferma que se le había hecho una histerecto-



mía por fibroma en otro servicio hace 3 meses. Descartamos el quiste del ovario y hacemos el probable diagnóstico de Gasoma. Enferma en suboclusión del delgado. Ver Placa.

Operación: Anestesia éter. Peritonitis plástica muy dura paraumbilical rodeando un absceso pio-estercoral en pleno ambiente ileal, alrededor de

una compresa de gasa. El intestino está abierto en el absceso. Se constituye la fístula ileal que tratamos con todos los medios locales y generales, infructuosamente. *Fallece la enferma por denutrición a los 20 días.*

CASO N° 19. — T. L., operación abdominal obstétrica. No sabemos que operación. Ingres a un hospital particular con un cuadro de oclusión intestinal iniciado días antes, pero con relación evidente al acto operatorio anterior. Enferma gravísima en colapso con una peritonitis plástica oclusiva. Intervenimos y alrededor de un conglomerado pélvico ileal y epiploico se extrae una gran compresa de gasa.

En esa cavidad el intestino delgado está multifistulizado.

*Fallece la enferma a las 24 horas.*

#### EN LOS DOMINIOS DEL COLON

- I. Migración natural por el colon. Curación por eliminación.
- II. Seudo tumor cólico por gasoma. Curación espontánea. Expulsión.
- III. El seudo tumor del colon y la colectomía. 1 ojo.
- IV. La fístula cólica es benigna y curable rápidamente.

CASO N° 20. — Señora madre de un colega, reoperada por cuadro obstructivo. Se encuentra el colon transverso grueso tumoral, por lo cual se cierra sin hacer nada por considerarlo el cirujano un cáncer de colon inoperable. Varios días después expulsa una compresa de gasa por el recto.

Curación persistente.

CASO N° 21. — Enferma operada en 1919 de un gran fibroma uterino. Operación sangrienta. Se usan compresas de franela y mechas de un metro en el curso de la operación. Cierre total sin drenaje. Alta a los 9 días.

*Reingresa a los 24 días con un cuadro oclusivo grave. Interviene el operador del acto anterior. Comprueba una masa cecal tumoral (cáncer?) causa de la oclusión. Practica colectomía ceco-ascendente, e ileo-transversotomía. Fallece a los cuatro días. En el interior del colon D. hay una gasa de un metro que ha migrado de la gran cavidad al interior de la viscera.*

Enfermo ulceroso-gástrico operado en el comienzo del año 1936, practicándosele gastrectomía.

A la tarde al pretender hacer el vaciado y lavado gástrico llama la atención que la sonda no puede penetrar en lo que queda de estómago y no se extrae líquido residual.

El enfermo fallece a las 36 horas con cuadro no determinado. Tóxico oclusivo.

Se le practica la autopsia y se comprueba una compresa de gasa en la luz gástrica suturada en parte en la anastomosis gastro-entérica!!!