

No por esto estaremos exentos del error, pero nuestra tendencia a hacer diagnósticos cada vez más basados en los síndromes fisiopatológicos la justifica, la serie de constataciones que hacemos diariamente, confirmando nuestra manera de interpretar la sintomatología abdominal.

Nuestros dos casos son dos comprobaciones anatómicas más, hechas en la mesa operatoria, de nuestra manera de interpretar los síntomas: **tenesmo rectal y sensibilidad del Douglas**, de los cuales nos hemos ocupado con gran atención.

(1) Sociedad de Cirugía, 20 de Mayo 1922. — Cuadros simpáticos y hemorrágicos del vientre ginecológico. — "La distensión vísceral". — Stajano. — Anales de la Facultad.

Presentado en la sesión del 17 de Julio de 1929

Preside el Dr. Albo

✓ *Fístula útero cutánea consecutiva a una cesárea abdominal*

por el Dr. D. Prat

Ema M. de, uruguaya, de 27 años de edad, es enviada a nuestro servicio de Cirugía del Hospital Pasteur. Hace cuatro años que fué operada en Fray Bentos, practicándosele una cesárea abdominal, después de habersele practicado un forceps sin resultado. Al decir de la enferma, suponemos que se admitió como causa de la distocia, un quiste del ovario, cosa que no hemos podido aclarar debidamente, por no haber recibido contestación a nuestro pedido de antecedentes. Curó bien de su operación, pero hará aproximadamente unos cuatro meses apareció en la parte alta de la cicatriz abdominal, cerca del ombligo, un fístula. Por esta fístula sale pus y en los períodos menstruales, sale sangre con las mismas características de la sangre menstrual. Cuando ingresó al servicio, el orificio de la fístula estaba casi cerrado y era bastante difícil su cateterismo. Se hace el examen vaginal y se constata un útero de tamaño normal cuyo fondo presenta un cordón que lo fija a la pared a nivel de la fístula. Examen indoloro. Anexos bien. Presenta flujo debido a una cervicitis subaguda, para la que se le instituye un tratamiento enérgico. Dilatamos el orificio externo de la fístula, aplicándole una laminaria, y una vez ampliada su abertura, se inyecta una solución de yoduro de sodio en el trayecto y se le hace una Radiografía. Fué tan pequeña la cantidad de yoduro que penetró en el trayecto, que la radiografía fué negativa. El yoduro de sodio, hizo cerrar casi completamente la fístula al punto de que en el próximo período menstrual, apenas salieron unas gotas de sangre por el orificio. Se resuelve la operación que acepta complacida la enferma.

Operación. — Drs. Prat y Soto Blanco. Anestesia raquídea entre la 3.^a y 4.^a lumbares, solución de novocaína 0 gr. 10. Esta anestesia fracasó. Anestesia general al Éter. Incisión de celiotomía mediana, extirpando la vieja cicatriz abdominal y circuncribiendo el orificio fistuloso que está a unos seis centímetros por debajo del ombligo. Se abre el vientre y se encuentra un útero alargado, de unos diez y seis centímetros de largo, con un cordón que representa el trayecto fistuloso de unos seis centímetros de longitud, que va desde el orificio, cutáneo al fondo uterino. El epiplon está adherido al trayecto y al fondo del útero, se desprende y se reseca toda la parte adherente. Como el aspecto del útero es completamente normal, salvo la implantación de la fístula en su fon-

do, nos resolvemos por el método conservador, dejando el útero y extirpando sólo el trayecto con su implantación fúndica. Una vez bien liberado el trayecto, se reseca una cuña del fondo uterino, comprendiendo la implantación del cordón fistuloso; al abrir la cavidad uterina, vemos en el tejido uterino extirpado, un cordón blanquecino, que es la hebra de seda que se empleó para hacer la sutura de la brecha uterina de la Cesárea. Suturamos cuidadosamente el útero con catgut, un plano muscular y otro seroseroso. Extirpación de la fístula englobando en ella todo el orificio cutáneo. Se puncionan dos pequeños quistes del ovario izquierdo y se incinde y se reseca una capa conjuntiva que englobaba las franjas de las trompas y que las cerraban completamente.

Sutura de la pared en tres planos.

Post operatorio muy bueno. Alta a los 14 días.

La pieza operatoria que presentamos conservada en Kayserling, comprende un trayecto y dos orificios: uno el cutáneo, el otro que correspondía a la cavidad uterina y que lleva la hebra de seda de la sutura de la incisión uterina y que muy posiblemente fué la causante de la fístula útero-parietal.

Como vemos, en la enferma objeto de nuestra comunicación, se trata de un caso de fístula útero cutánea, complicación de una histerotomía transperitoneal alta o cesárea abdominal. Estas complicaciones sin ser excepcionales no son muy frecuentes, sin embargo, han dejado de ser rarezas desde el momento que la cirugía obstétrica ha preconizado en estos últimos tiempos la práctica habitual de la cesárea abdominal.

Masson y Simon en los Papers de la Mayo Clínica de 1928, citan diez y seis casos de fístula útero-cutáneas, consecutivas a operaciones pélvicas sobre los órganos genitales, pero en esa estadística no figura ningún caso de fístula por operación cesárea.

Las fístulas útero parietales, consecutivas a la histerotomía, pueden ser inmediatas o tardías, parecen ser bastante más frecuentes las primeras. En nuestro caso se trata evidentemente de una fístula tardía puesto que ha aparecido tres años y medio después de su operación.

Si tratamos de analizar las causas de estas fístulas, nos encontramos con varios factores que pueden ser causa eficiente de ellas. Figura en primer término la infección de los labios de la histerotomía, infección que se trasmite de la cavidad uterina y que contaminando los hilos de la sutura, ya sean éstos de catgut o no reabsorvibles, seda o hilo de lino, constituyen un factor fundamental de desunión de la herida uterina o de una coaptación viciosa e imperfecta de sus labios, que podían ocasionar accidentes de infección peritoneal o la fístula uterina de que ya hablamos. La simple formación de un absceso a nivel de la sutura uterina, absceso que buscará salida a través de la celiotomía, dejará constituida la fístula.

Esta acción inicial de la infección como causal de la fístula, estará reforzada y complementada por el material de sutura y por las adherencias útero abdominales.

El material de sutura puede ser también un factor eficiente y a veces el único responsable de la fístula. Las suturas uterinas con catgut sim-

ple y con mayor razón los catguts a reabsorción lenta como el cromado una vez infectados, se eliminan con gran lentitud y mantienen en actividad, infecciones útero parietales que fatalmente se van a drenar por la laparotomía. Si el hilo empleado es de seda o el hilo de lino, las probabilidades de la fístula son mayores aún, puesto que una vez infectado este material de sutura, hace de cuerpo extraño, ocasionando infecciones atenuadas que temprano o tarde concluirán por abrir brecha a través de la pared abdominal. Esto nos explica la producción de las fístulas tardías en los casos en que se emplea el material de sutura no reabsorbible, tanto más, si los puntos de sutura del útero son perforantes, es decir, si comunican con la cavidad uterina, permitiendo que los agentes sépticos de la profundidad, contaminen la superficie peritoneal de la víscera por intermedio de los hilos.

La infección primitiva de la herida uterina o la infección secundaria de la sutura, pueden dar lugar a adherencias de la pared uterina anterior y principalmente de su porción fúndica, con los órganos vecinos, a la pared abdominal anterior y al epiploon, que es la adherencia más corriente de todas, explicable por la acción defensiva y protectriz del epiploon contra las infecciones.

Estas adherencias o conexiones de la sutura uterina con la pared abdominal, explican también la vía de mínima resistencia que seguirá la infección para abrirse al exterior.

Lo característico de estas fístulas útero cutáneas, es la salida de sangre por ellas durante el período menstrual, cosa que nosotros tuvimos ocasión de constatar durante la permanencia de la enferma en nuestro servicio. Esta constatación no nos permitía dudar sobre la naturaleza de la fístula, sin embargo y a fin de conservar una documentación de nuestro caso a la vez que la confirmación del diagnóstico, le tratamos de hacer una radiografía de la fístula inyectada previamente con yoduro de sodio. Desgraciadamente, fué tan pequeña la cantidad del líquido que penetró en el trayecto, que la radiografía no dió nada evidente, pero produjo en cambio una reacción tan marcada de la fístula que su orificio cutáneo se cerró y hubo que dilatarlo con una laminaria.

En lo que se refiere al tratamiento, hemos optado por el tratamiento conservador porque el caso se prestaba a ello idealmente y por tratarse de una mujer joven a la cual no había por qué suprimirle inútilmente la maternidad.

Los autores y en especial Couvelaire, han preconizado la histerectomía en estos casos de fístula útero cutánea, fundados en que el método conservador puede ser sólo de utilidad teórica, dado que la maternidad en estas mujeres puede estar contraindicada o que la extirpación de la implantación de la fístula en la cara anterior del útero, obligue a practicar

una resección tan amplia que sólo deje un útero completamente impropio para la gestación.

Sin negar que esto sea exacto en ciertos casos, no ocurría lo mismo en nuestra observación, donde no existía causa permanente que contraindicara la maternidad, como lo establecería, p. ej., una estrechez pélvica. Ya vimos, que a falta de datos concretos de parte del cirujano, nosotros aceptamos como causa de la distocia una lesión ovárica, y evidentemente en el acto operatorio no encontramos elementos que nos hicieran variar de opinión. Por otra parte, la fístula nacía por un rodete cilíndrico en el fondo del útero, que con una simple resección fúndica del útero, se podía extirpar, sin modificar para nada ni la configuración ni la capacidad uterina; y es por eso que adoptamos el método conservador, extirpando únicamente y en su totalidad la fístula, con sus dos orificios, dejando intacto su aparato genital.

Al resecar en cuña la implantación fúndica de la fístula, encontramos la hebra de seda que suturó la brecha uterina y que seguramente fué la causa ocasional de la mencionada fístula tardía. Esto nos inclina a **desechar el uso de los hilos no reabsorvibles en las suturas uterinas consecutivas a la cesárea abdominal**; ese es el consejo que nos permitimos dar cuando el cirujano tiene la libre elección del material de sutura, pero en cambio, el uso del hilo reabsorrible o sea el catgut, constituye una rigurosa indicación, cuando actuemos en un **medio infectado**. Creemos que con catgut se pueden realizar suturas del útero perfectamente seguras, como lo hemos realizado varias veces ya, estando **menos expuestos a la fistulización iterativa**. Diremos de paso, que en estos casos de operación cesárea en que nos ha tocado actuar, no hemos hecho nunca la **inyección de ergotina** previa ni concomitante a la operación, y que tampoco hacemos nunca las **suturas perforantes**. Hemos empleado dos o tres planos de sutura al catgut, uno del labio mucoso, otro muscular y otro músculo peritoneal superficial o solamente dos: uno mucoso y otro músculo peritoneal.

Diremos para terminar, que nuestra enferma después de su operación no tuvo ningún embarazo más, cosa que se explicaba en este caso por la **obliteración** de los orificios abdominales de las trompas. El proceso **inflamatorio** desarrollado en la pelvis, provocó un exudado fibrino leucocitario que al organizarse dió origen a un velo que envolvía completamente las franjas del orificio peritoneal de las dos trompas, y las cerraba herméticamente. Bastó desgarrar con la punta de la tijera ese velo inflamatorio, para que reaparecieran las franjas normales de la trompa y su orificio. Esta investigación y esta pequeña maniobra de liberación y abertura de la **trompa**, no deja de tener su importancia, tanto en este caso, como en todos los procesos inflamatorios genitales, pues muy posiblemente, muchos casos de esterilidad se explican por este cierre del orificio profundo de la

trompa y de tan fácil solución y curación, como es la simple maniobra de liberación de la membrana que engloba, aglutina y cierra las franjas y el orificio de la trompa.

He aquí el caso, que he considerado oportuno, presentar a la consideración de la Sociedad de Cirujía.

Presentado en la sesión del 17 de Julio de 1929

Preside el Dr. Albo

✓ Cuatro casos de prostateintomía por vía perineal

por el Prof. Mérola y Dres. Caprio y Borrás

Presentamos estas observaciones que creemos de interés, por tratarse de un ensayo, cuyos resultados consideramos buenos, y que justifican no haber hecho el clásico Freyer.

Ciriaco Ch. — 63 años — Ingresa al Servicio el 31 de Enero 1.º CASO de 1929 — Enfermo con trastornos de la micción desde, hace 10 años, exacerbados estos últimos tiempos y caracterizados por disuria, poliakiuria diurna y nocturna, pesantez del hipogastrio. 13 días antes de su ingreso, ha tenido una hematuria terminal. — Antecedentes sin mayor importancia — Exámen general nada de particular.

Exámen local. Uretra sin estrecheces. Próstata grande, irregular lobulada; un núcleo duro, como un grano de maíz en el lóbulo izquierdo y otro en el derecho; Consistencia general del órgano, blando, renitente. El sondaje muestra que el enfermo retiene 60 grs.

La cistoscopia muestra una próstata saliente con tres lóbulos grandes. Se coloca una bequille en permanencia y se hace el estudio del funcionamiento renal por la prueba de dilución y concentración de Volhard y Strauss. La eliminación en la primera parte de la prueba es mayor que lo absorbido; la concentración baja y más o menos igual en las diversas micciones; tendencia a la insostenuria. En la segunda parte elimina también más de lo absorbido la concentración es un poco más baja de la normal hay polinuria compensadora.

Se trata de un caso de insuficiencia renal latente o compensado. La prueba de la fenoltalema es normal. No hay aumento de urea en el suero.

Los exámenes de orina muestran que es normal.

Febrero 9 — Operación — Prof. Mérola, Dres. Caprio y Borrás. Anestesia epidural y. transacra con novocania al 1 %. Resultado muy bueno.

Se pasa un benique para referencia de la uretra. Abordaje de la próstata por talla perineal. Hay lesiones de periprosfatitis discreta. La