

GRANULOMA DE LA REGION PERINEAL POR CUERPO EXTRAÑO (*)

Dres. D. Prat y J. Medoc

Presentamos a la Sociedad de Cirugía del Uruguay un caso de granuloma de la región perineal por escarbadiente y comentaremos también otras observaciones con lesiones provocadas por cuerpo extraño.

Observación 1ª — Granuloma de la región perineal por fragmento de escarbadiente. — M. R. de G., de 45 años, uruguaya, nos consulta porque presenta desde hace dos años y medio, una tumefacción en la región perineal derecha que se ha formado lenta y progresivamente, que la molestaba relativamente poco a no ser cuando estaba sentada, que era cuando se hacía más sensible. Consultó a su médico en campaña, quien le aplicó un tratamiento que al no dar mayor resultado, le incindió la tumefacción, que dió salida a sangre y serosidad. Se drenó el foco que eliminó una secreción purulenta durante unos días pero que cicatrizó muy pronto, persistiendo una induración que siguió aumentando de volumen; es entonces que se nos consulta.

Al examen comprobamos que en la región perineal derecha, en el espacio comprendido entre el isquion y el ano, existe una tumefacción que levanta ligeramente la piel, que es de aspecto normal sin características de inflamación y en la que se observa la cicatriz de una incisión.

A la palpación la tumefacción es redondeada, del tamaño de una ciruela de consistencia ligeramente dura, sensible a la presión y que se moviliza bien, aunque adherente a los planos superficiales. No le encontramos vinculación con las formaciones óseas adyacentes como ser el isquion, sacro, coxis, etc.

El tacto rectal permite comprobar que la tumefacción ocupa la fosa isquio rectal inferior, que está adyacente al recto a través de cuyas paredes se palpa bien la tumefacción, pero sin adherencias directas al recto, siendo su mucosa completamente normal. El tacto vaginal no aporta datos complementarios.

El estado general de la paciente es excelente, con deposiciones regulares y normales, sin haber observado ningún trastorno de su tubo diges-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la ½ hora previa el día 12 de mayo de 1954.

tivo, sólo comprobó la aparición de la tumefacción. No ha tenido temperatura y todos los exámenes de sangre, orina, etc., son normales.

En presencia de esta sintomatología planteamos el diagnóstico de un tumor mixto o de un teratoma de la porción terminal de la columna vertebral, descartamos los procesos inflamatorios, por la evolución de la tumefacción y aunque ésta se infectó y segregó pus después de incindida, eso fué debido casi seguramente a la infección secundaria del drenaje, en una región séptica dada la proximidad del ano. Además no encontra-

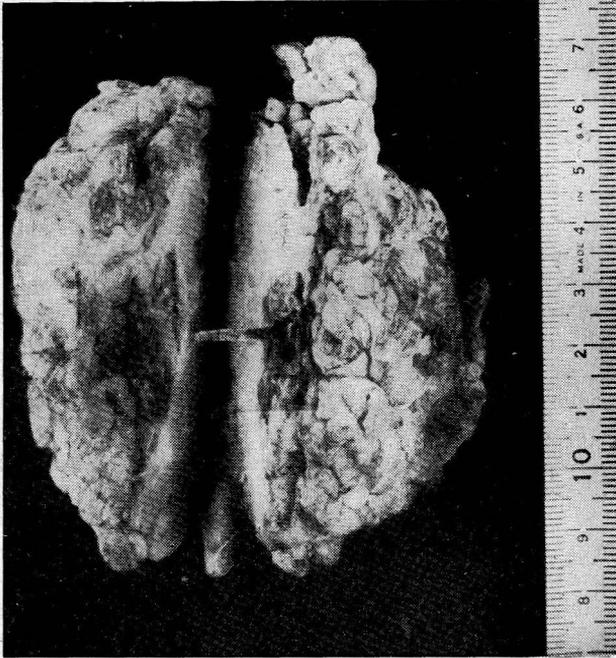


FIG. 1. — Pieza seccionada al medio. La astilla atraviesa de parte a parte la superficie de sección.

mos antecedentes etiológicamente infecciosos de parte del recto o del sigmoide.

Nos inclinamos al diagnóstico de un quiste dermoideo o más bien, de un tumor dermoideo o teratoma de la región sacro coxígea; descartamos sin embargo, el quiste dermoideo interglúteo del que tenemos amplia experiencia y que no presenta ninguna característica clínica.

Consideramos que la lesión debe ser extirpada quirúrgicamente y en consecuencia se le propone la operación que la paciente acepta y que se realiza después del completo examen humoral de sangre, orina, etc. que es normal.

Operación. — Anestesia local y crepuscular. Incisión vertical sobre la tumefacción que la rebasa arriba y abajo. Sección de los planos superficiales y puesta al descubierto la superficie externa de la tumefacción y comprobada su consistencia dura y su independencia de las formaciones óseas y anatómicas vecinas, procedemos a su extirpación pasando a medio centímetro de la superficie externa del tumor y eliminando en consecuencia una capa grasosa de medio centímetro que circunda al tumor y que comprobamos que no tiene ninguna conexión con los elementos vecinos, en particular con el recto que, dada su proximidad, creímos que podría tener alguna relación. Se extirpa una masa tumoral ovoidea de unos 9 centímetros de largo por 5 de ancho, que de inmediato, para cerciorarnos de la naturaleza de la lesión, seccionamos verticalmente el tumor y al comprobar la presencia de **un trozo de escarbadiante en su interior** y **un absceso residual** establecemos el diagnóstico macroscópico de Granuloma y se procede al cierre completo de la piel, sin drenaje, después de efectuar una perfecta hemostasis. Curación normal de la herida operatoria por primera y alta a los 7 días.

Informe anátomo-patológico de la pieza operatoria por el Dr. J. Medoc
Nombre: M. R. de G.

Pieza remitida por el Prof. Domingo Prat. (Proceso látero rectal).

1° **Examen macroscópico.** Masa grasosa, de superficie irregular, de 110 gramos de peso. Al seccionar según su diámetro mayor, el cuchillo encuentra una resistencia que corresponde a un cuerpo extraño: astilla de madera, fina, de 2 ½ cms. de largo por 2-3 mm. de espesor, tallada con la forma y aspecto de un mondadiante. Dicho cuerpo extraño está en el centro de un nódulo de aspecto inflamatorio crónico, que tiene por fuera abundante tejido fibroso y por dentro, rodeando al palito, escasa secreción purulenta (Fig. 1).

2° **Examen microscópico.** Se trata de un granuloma inflamatorio crónico. En su parte central, en lo que sería la luz virtual, contra la astilla, abundan los leucocitos polinucleares y detritus celulares. Más hacia afuera aparece una membrana piógena con abundante infiltración leucocitaria y plasmocelular, histiocitos, fibrocitos y algunos macrófagos. Rodea a esta zona piógena tejido conjuntivo cada vez más denso hasta constituir el tejido fibro escleroso o periférico envolvente. De este nódulo fibroso parten tractus que se pierden en la grasa ambiente.

En resumen: se trata de un proceso inflamatorio, exudativo, leucocitario y productivo, desarrollado y entretenido por un cuerpo extraño (astilla de madera), al parecer un gran fragmento de mondadiante. Firmado: Dr. Juan Medoc.

Este caso no merece mayores comentarios puesto que el diagnóstico exacto surgió claramente del examen macroscópico que efectuamos en seguida de extirpado el tumor y la inmediata suposición de Granuloma por cuerpo extraño, fué completamente confirmada por el examen histológico, así como también la identificación del **mondadiante** que fué la causa del proceso.

En la investigación ulterior que realizamos averiguamos que la enferma comía habitualmente niños envueltos, en los que se emplea un mondadiente para fijar la carne arrollada; cuerpo extraño que al ser ingerido atravesó las paredes rectales originando el proceso inflamatorio que provocó el granuloma; aunque sorprenda realmente que en la etapa de perforación rectal por el cuerpo extraño no haya comprobado la paciente ningún trastorno. Esto nos demuestra que en la ausencia de síntomas rectales, el silencio clínico del intestino no constituye un antecedente semiológico concluyente para descartar la etiopatogenia rectal de estos granulomas perineales por cuerpo extraño.

Observación 2ª — Flemón difuso perineal provocado por un cuerpo extraño (mondadiente), simulando un flemón difuso periuretral (Infiltración de orina).

Un joven uruguayo realiza un viaje de turismo al Brasil y en pleno estado de salud hace una inflamación aguda del perineo, con todas las características clínicas del flemón difuso periuretral, conocido vulgarmente por infiltración de orina. Al médico que lo asiste en el Brasil, le violenta aceptar el diagnóstico de flemón difuso periuretral porque el paciente no tiene absolutamente ningún antecedente urinario, pero dado que las características anatómicas y clínicas del caso son típicas, realiza el tratamiento quirúrgico clásico de la incisión mediana y lateral del perineo y después de un prolongado drenaje de la infección, se logra curar al enfermo, que llega de vuelta a Montevideo y me consulta por su lesión. El examen cuidadoso que le practicamos comprueba las cicatrices típicas del tratamiento del flemón urinoso perineal, pero al negarnos todo antecedente de blenorragia y estrechez uretral, nos cuesta aceptar el diagnóstico establecido. Las heridas están en vías de cicatrización casi completa y el paciente en excelentes condiciones, siguiendo como antes sin manifestar ningún trastorno urinario y tampoco encontramos nada anormal en la región perineal después de una exploración minuciosa.

Resolvemos continuar su vigilancia al mes vuelve a vernos el paciente, porque en una de las cicatrices laterales del perineo se ha formado una pequeña tumefacción con las características de un absceso. Lo incinimos, sale pus, en seguida chocamos contra la punta de un cuerpo extraño, que extraído resulta un mondadiente que tiene unos 8 centímetros de largo y 4 milímetros de espesor. Entonces nos resulta fácil explicar la etiopatogenia de la afección perineal. En el Brasil comió niños envueltos, en los que emplean un mondadiente de bambú para mantenerlos arrollados; el paciente ha tragado uno de estos cuerpos extraños de bambú, agudos y filosofos, que perforó el intestino grueso en la pelvis y que emigró al perineo provocando la infección flemonosa perineal que fué confundida con el flemón periuretral.

Observación 3ª — Obstrucción intestinal por virola neoplásica que es solucionada por la intubación intestinal. Obstrucción completa días después por la obliteración de la estenosis neoplásica por un hueso de pollo.

B. A., de 50 años de edad, es atendido en el Instituto de Clínica Quirúrgica por un síndrome de fleo, caracterizado por constipación de materias y gases, dolores de tipo cólico, síndrome de König y balonamiento abdominal. Ante este cuadro clínico, por su edad de 50 años y por su síndrome obstructivo, realizamos de inmediato un examen radiológico, por enema opaco del intestino grueso y comprobamos una estenosis pronunciada del sigmoide que de acuerdo con nuestra experiencia y por la sintomatología presentada, catalogamos como cáncer del intestino grueso a evolución estenosante. El tratamiento médico clásico de la obstrucción

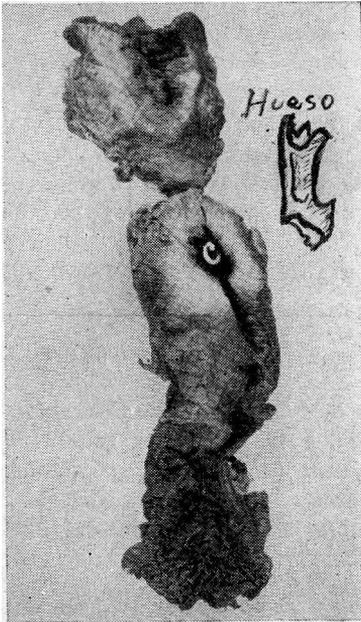


FIG. 2. — B. A. Neo en virola estenosante sigmoide rectal. Se ve el orificio residual de la estenosis con el fragmento de huevo obliterante.

intestinal es complementado por una intensa y continuada **intubación intestinal**, que extrae mucho líquido y a las 48 horas el paciente está muy mejorado, vencido su síndrome de fleo y se le empieza a preparar para operarlo de su lesión estenosante neoplásica del sigmoide.

Días después hace un nuevo síndrome de obstrucción, que después de tratarlo transitoriamente por la intubación intestinal, se le opera.

Como lo habíamos diagnosticado se encontró un tumor neoplásico del sigmoide, del tamaño de un puño, muy desarrollado y extendido, con gran cantidad de ganglios del pedículo de la mesentérica inferior. Se extirpó el tumor lo más ampliamente que se pudo, así como también el pedículo vascular linfático de la mesentérica inferior, pero convencidos de que la extirpación no podía ser radical y completa. No comprobamos formaciones neoplásicas de la superficie hepática. Se terminó la opera-

ción con una extirpación amplia del tumor y colon sigmoideo, dejando un ano definitivo ilíaco y cierre del muñón del cabo inferior. A pesar de la operación incompleta, este paciente vivió dos años, unos veinte meses bastante bien con una actividad casi normal.

Lo interesante de este caso es que cuando se produjo la obstrucción intestinal por la estenosis neoplásica y que vencimos con la intubación intestinal; días después hizo un nuevo episodio de obstrucción completa, que al abrir la pieza operatoria, comprobamos su causa: **un fragmento de hueso de pollo se había enclavado en la estenosis** y había provocado la obstrucción completa; pollo que el paciente había comido dos o tres días antes. Se comprobó por lo tanto una complicación obstructiva del intestino por cuerpo extraño, en una estenosis neoplásica, casos poco frecuentes pero no excepcionales, ya que Okinczyc los ha descrito en su trabajo de la Revista de Ginecología de 1908.

El fotograbado de la Fig. 2 pone bien de manifiesto la lesión estenosante del cáncer sigmoideo y al margen está representado esquemáticamente el fragmento de hueso de pollo que produjo la obstrucción completa del intestino. Este problema de la obstrucción lo hemos tratado amplia y completamente en nuestra "Semiología del Cáncer del Colon y del Recto", publicada en 1951. (Dr. Prat. Editorial del Ateneo. Buenos Aires, 1951).

Observación 4ª — Absceso de la región umbilical producida por la ingestión de una aguja de costurera.

En mi práctica clínica tuve ocasión de observar un enfermo de profesión sastre, que presentaba una tumefacción de la región umbilical, desarrollándose principalmente en la cicatriz umbilical, que se presentaba en forma de tumefacción, con piel roja, caliente, fluctuante y dolorosa. Presentaba esta tumefacción todas las manifestaciones clínicas del absceso, circunscrito al ombligo; el resto del vientre estaba libre. Supusimos que se trataba de una infección de origen externo, partiendo de la cicatriz umbilical, pero sin poder descartar la etiología de un proceso embrionario, que hubiese evolucionado tardíamente complicándose con la supuración. No realizamos en este caso la **radiografía** que nos habría dado la solución exacta del diagnóstico, porque supusimos que se trataba de una infección simple.

Con anestesia local incindimos el absceso y después de evacuar el pus, comprobamos la existencia en el foco, de un cuerpo extraño que resultó ser una aguja de costurera, que aún tenía una pequeña hebra de hilo. Nos resultó entonces sencilla la explicación del proceso inflamatorio de nuestro paciente: en su profesión de sastre tenía la costumbre de ponerse las agujas en la boca durante el trabajo; sin darse cuenta se tragó una de estas agujas, que atravesó el duodeno o el yeyuno y fué a localizarse contra la pared abdominal anterior, en la región umbilical donde originó el absceso. Lo curioso del caso es que el enfermo no recuerda el episodio de la ingestión de la aguja, que tampoco le provocó

ninguna molestia ni dolor que hubiese podido revelar la presencia del cuerpo extraño.

Conviene destacar y recordar que en estos casos una simple radiografía impondrá el diagnóstico exacto.

Observaciones 5ª y 6ª — Dos casos de Síndrome oclusivo, uno por granuloma abdominal provocado por el catgut de las suturas y ligaduras viscerales y el otro, por bridas post-apendicectomía de etiopatogenia infecciosa y por el talco.

La observación 5ª corresponde a una mujer de 50 años que presentó un tumor abdominal con síndrome obstructivo, que fué operado por nuestro asistente el Dr. Miqueo. Se le practicó una resección intestinal con reconstitución del tránsito intestinal por sutura al catgut. Las lesiones consideradas como neoplásicas en la operación fueron catalogadas como inflamatorias por el examen anatomopatológico; pero habiéndose producido la reproducción de la tumefacción con trastornos intestinales se creyó que existiese una recidiva neoplásica y se reoperó a la enferma. En esta nueva operación se encontró la formación de procesos inflamatorios reaccionales provocados por la no reabsorción de las suturas y ligaduras de catgut. La paciente curó perfectamente con la extracción del catgut residual y desinfección del foco. A esta paciente se le hizo la investigación alérgica del catgut por medio de inyecciones dérmicas de soluciones del catgut empleado, pero todas ellas fueron negativas.

La observación 6ª corresponde al enfermo J. B., de 44 años de edad, uruguayo, apendicectomizado en 1947 en el Instituto de Clínica Quirúrgica; se encontró gran cantidad de adherencias y bridas en el foco apendicular que hicieron laboriosa la apendicectomía.

A los dos años, en 1949, vuelve a ingresar al Instituto por un síndrome oclusivo caracterizado por constipación, dolores cólicos y pérdidas rojas por el recto. El examen radiológico revela un tránsito irregular del delgado, engrosamiento de pliegues yeyunales y dilatación segmentaria de asas. El sondeo aspiratorio por intubación intestinal mejora y normaliza al paciente permitiendo operarlo en condiciones normales.

En la operación se encuentra gran epiploítis de la fosa ilíaca derecha que engloba asas delgadas, ciego y colon; múltiples adherencias y bridas epiploicas que son ampliamente resecaadas. Se encuentra una tumefacción del tamaño de una ciruela formada por dos asas delgadas fusionadas entre sí y al mesenterio, reunidas en forma de nudo cerrado, que constituye el foco principal de la oclusión. Liberadas las asas a tijera sale mucus de la cavidad que formaban entre sí, donde existe una ulceración mesentérica, que se peritoniza cuidadosamente. En la pared pelviana anterior hay dos asas adherentes y acodadas, existen además, nódulos redondeados como avellanas que al abrirlos dan salida a mucus claro. Se liberan las adherencias intestinales y se peritoniza lo mejor posible, para ello hay que recurrir al adosamiento y plicatura de asas y fijación de ellas entre sí, según la técnica de Noble. Velos y epiplón que recubren y adhieren al ciego y colon ascendente, que son resecaados, logrando liberar

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

así estos segmentos intestinales. Hemostasis y cierre de la pared en tres planos. Excelente evolución y alta a los 7 días.

En estas dos observaciones creemos que haya intervenido activa e intensamente en la producción de estos procesos adherenciales, el catgut en la observación 5ª y la infección y el talco en la 6ª. En efecto, la comprobación de la intervención del catgut en la observación 5ª fué hecha directamente por el cirujano Dr. Miqueo, quien encontró en la reoperación la presencia del catgut, agente productor de la lesión; aunque nos sorprendió que la investigación de la alergia al catgut fuese negativa en la enferma.

En la observación 6ª encontramos profusas adherencias y bridas, provocadas en primer lugar por el proceso infeccioso apendicular, pero seguramente intervino también la acción del talco, por la característica de procesos tumorales intestino-mesentéricos conteniendo mucus, así como también, los nódulos de la pared pelviana con contenido mucoso, con reacción granulomatosa al examen histológico.

Al no haber investigado ni comprobado por los métodos especializados la presencia del talco, no tendríamos derecho a considerar su intervención en la producción del proceso peritoneal que describimos, pero a pesar de esa lamentable omisión, aceptamos como muy posible la intervención del talco en la producción de este proceso patológico abdominal post-operatorio.

He aquí resumidas y muy sintetizadas los comentarios que nos sugiere la intervención de los cuerpos extraños en determinados procesos de la patología humana.

Montevideo, Mayo 12 de 1953.

Para finalizar esta comunicacion sólo deseamos mencionar la intervención de los cálculos estercorales en la complicación de las peritonitis apendiculares y de las fistulas post-operatorias que ocasionan. La consideración de los cálculos estercorales en las complicaciones de la apendicitis nos llevaría fuera del tema, por lo que consideramos oportuno dejarlo para otra ocasión.

Dr. Piñeyrúa. — Quisiera preguntar si en la primera observación, la del granuloma, una vez que se incindió el absceso, la primera vez, se hizo posteriormente penicilina o algún otro antibiótico.

Dr. Prat. — Creo que se le hizo tratamiento de antibióticos, por eso posiblemente, después de haber supurado, había una secreción purulenta, cerró completamente, quiere decir que había una infección muy atenuada.

Dr. Piñeyrúa. — Porque tuvimos en una guardia del Hospital Pasteur, con ocho días de diferencia, dos enfermos muy parecidos, uno por escaribiente y otro por espina de pescado. El Dr. Mourigón puede ser que

se acuerde: era la época anterior de la penicilina y sulfamidas, en el año 1932 ó 1933. Ahora, es muy interesante porque nosotros hemos visto, después de la aparición de las sulfamidas y antibióticos, por ejemplo en abscesos por inyección intraglútea, verdaderos cuerpos extraños con lesiones histológicas muy semejantes a la interesante que acaba de presentar el Dr. Prat. De manera que me parece que es una cosa de hacer recalcar la influencia que puede tener, en cierto sentido perjudicial, el tratamiento sistemático de penicilina en los enfermos que han tenido un foco circunscripto, como puede ser un absceso de fosa isquio-rectal, por eso preguntaba si se había dado penicilina en ese caso.

Dr. Cendán. — El problema de los granulomas de cuerpo extraño ofrece a veces una importancia que desborda lo que uno puede suponer. Me refiero a los casos en los cuales estos granulomas adoptan el tipo fibro-escleroso que hace pensar que es un proceso maligno y que lleva a realizar una intervención que lógicamente está desproporcionada con la causa que la provoca. Cuando el profesor Prat leía su comunicación, yo recordaba el caso de una enferma de la sala Ramón, Servicio del profesor García Lagos, que ingresó para operarse de un tumor de seno que examinado por varios clínicos de reconocida competencia había sido diagnosticado neoplasma de seno; fué vista por nosotros, con el profesor Palma y también hicimos diagnóstico de neoplasma de seno. Lo que llamaba la atención era el enorme volumen de la tumefacción, la poca repercusión en la región periférica del tumor y la ausencia absoluta de adenopatía axilar. En ese momento estaba un poco de moda la radiografía simple del seno. Se hizo una placa y con gran sorpresa nos encontramos que en esa tumefacción había una imagen nítida de cuerpo extraño que era una aguja de colchonero. La enferma no recordaba absolutamente el momento que se había clavado esa aguja. El problema se resolvió simplemente con una incisión, sacando el cuerpo extraño y curando lo que había parecido un cáncer; esa enferma corrió el riesgo de sufrir una mamectomía radical por un error de diagnóstico de cuerpo extraño.

El otro caso que recuerdo es el de una enferma que tenía un tumor inflamatorio del ciego en el cual el diagnóstico no se hizo durante la operación; se pensó que era un carcinoma y se hizo colectomía derecha; en el examen de la pieza se comprobó que era un tumor inflamatorio por cuerpo extraño, cuya naturaleza en este momento no recuerdo, pero creo que era una espina de pescado, de modo que es un problema que tiene importancia.

El otro tipo de problemas que presentan los granulomas de cuerpo extraño es la dificultad de encontrar el cuerpo extraño que determinó el granuloma; hay casos en los cuales el examen anatomo-patológico incompleto, no hecho exhaustivo, no demuestra la existencia del cuerpo extraño. Recuerdo el caso de una enferma que consultó por una tumefacción de la región yugal cuya etiología escapaba. Se resolvió hacer la extirpación y enviada la pieza para estudio histológico al Prof. Lasnier, éste contestó que se trataba de una tuberculosis. Pero el examen de esta enferma

hecho en la Clínica Otorrinolaringológica no demostró lesiones tuberculosas de vecindad y el Prof. Alonso insistía en que no podía tratarse de una tuberculosis dado que todas las lesiones tuberculosas de la región bucal eran consecutivas a tuberculosis abiertas de otras localizaciones en relación con la cavidad bucal, como ser la laringe, pulmón, etc. El estudio exhaustivo de la enferma demostró que no se trataba de una tuberculosis, y el examen más completo de la tumefacción extirpada, permitió encontrar unos pequeños nódulos de una sustancia que no pudo ser determinada; pero se tuvo la certeza de que se trataba de un granuloma por cuerpo extraño. La enferma curó completamente con la operación. Es lo que quería decir, como contribución al excelente trabajo que nos ha presentado el Prof. Prat.

Dr. Barani, Julio C. — He tenido oportunidad de ver varios casos de granulomas por cuerpos extraños. Los hilos que se usan en las suturas de bronquios pueden ocasionar tos espasmódica o hemoptisis.

Referiré uno muy interesante: se trataba de un enfermo de 65 años, operado en Suiza, donde se le practicó una neumectomía derecha. Vino a Montevideo y comenzó con grandes hemoptisis. Sus médicos, los Dres. Artuccio y Armand Ugón pensaron de inmediato en un granuloma ocasionado por los hilos. Sugerido por ellos hice broncoscopia y en plena hemoptisis saqué 3 hilos que asomaban en un granuloma sangrante situado en el muñón bronquial. Varios días después dejó de sangrar y fué dado de alta. Otro caso: hoy, precisamente, en el Ateneo del Prof. Purriel oí relatar el siguiente caso: granuloma del bronquio principal derecho en un hombre con antecedentes de haberse atorado al tragar un hueso hacía 3 años.

Se le hace neumectomía, pues padecía de una supuración pulmonar y al examinar la pieza se encuentra el hueso en el interior del granuloma. Sobre este tema me he ocupado en un trabajo titulado "Lo que el médico práctico debe saber sobre las Hemoptisis en enfermos no tuberculosos", Anales de O. R. L. del Uruguay, 1950, Año XX, parte 1, págs. 5-10.

Dr. Prat. — Ante todo quiero agradecer a todos los colegas que han hecho uso de la palabra ocupándose de esta comunicación.

Lo que este trabajo tiene de interesante es lo siguiente: se trata de lesiones por cuerpo extraño y que el cirujano no sospecha su causa etiológica; cuerpo extraño que después de reconocido, explica toda la etiopatogenia y resuelve la terapéutica realizando el mínimo de tratamiento, como ocurrió en el caso del tumor perineal.

Indudablemente no pensé nunca en un tumor maligno, pero sin embargo llamaba la atención la dureza y no tenía la evolución de los procesos inflamatorios, como casi siempre se observa, y la evolución fué entre lo inflamatorio y lo tumoral, pero cuando abrí la tumefacción y encontré en su interior el escarbadiante, eso fué una solución perfecta, que me dió la seguridad del diagnóstico y extirpé la lesión sin drenaje.

Creo, pues, que en estos casos hay que tener bien en cuenta y presente la posibilidad del cuerpo extraño.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Me han sorprendido sobremanera las observaciones que citó el Dr. Barani y me permito felicitarlo por haber podido visualizar en plena hemorragia los hilos bronquiales, haberlos quitado y curado el enfermo evitando una neumectomía.

Dr. Barani. — Tenía una neumectomía.

Dr. Prat. — Una bronconeumectomía que hubiera sido muy seria e importante, de manera que conviene conocer bien las lesiones o complicaciones para proceder como corresponda y con el mínimo de peligro para el enfermo.