

GRANULOMA POR CUERPO EXTRAÑO (*Espina de pescado*)
DE LA REGION DEL URACO

Dr. Jorge Lockhart - Bach. Ruben Ardao

La trayectoria muchas veces imprevisible y contrariando los planos anatómicos normales, las topografías más sorprendentes con sintomatología desconcertante e irregular y los procesos anatómo-patológicos más diversos de la reacción inflamatoria son las características salientes que suelen adoptar los cuerpos extraños y sobre todo los punzantes cuando el aparato digestivo o el respiratorio están sometidos a las vicisitudes de su agresión.

Si nos referimos en particular a las espinas de pescado son conocidos y frecuentes los accidentes y trastornos que pueden provocar cuando son ingeridas.

En el cuello, previo pasaje de las paredes de la faringe o del esófago, originan abscesos, flemones, a veces celulitis sobreagudas rápidamente mortales. En el tórax, las mediastinitis y aun lesiones más graves como en el caso de Ferreira Berrutti en que una espina gruesa atravesó el esófago y la aorta provocando la muerte rápidamente por hemorragia incoercible. En el abdomen Crottogini cita un caso de absceso hepático en cuyo interior se encontró una espina que posiblemente llegó allí previo pasaje a través de las paredes gástricas. Y así sucesivamente podríamos citar las localizaciones más diversas y las lesiones del tipo inflamatorio que pueden ir desde el proceso agudo, no limitado, las celulitis, hasta los crónicos, organizados, verdaderos granulomas pasando por toda la variedad de abscesos y flemones imaginables.

A continuación relataremos un caso de topografía muy particular y cuyos aspectos clínicos e inclusive el acto operatorio dieron lugar a las interpretaciones más diversas y donde solamente el estudio de la pieza anatómica permitió llegar a la verdadera conclusión.

El enfermo A. B., de 52 años, consultó el 28 de marzo del corriente año por un cuadro de vientre localizado en la región umbilical y que había comenzado 5 días antes, con dolor intenso en el flanco izquierdo irradiado al hipogastrio y a la F.I.D. acompañado de chuchos de frío y temperatura que oscilaba alrededor de los 38 grados. Luego los dolores se localizaron en la región umbilical y se acompañaron de constipación y sensación de ardor infra-umbilical en el momento de las micciones.

No había antecedentes de sufrimientos análogos. Antiguo específico, que presenta actualmente una R. de W. positivo.

En el momento de ingresar tiene buen estado general, 38 de temperatura axilar, 38 $\frac{1}{2}$ rectal y 90 de pulso.

Al examen físico, el abdomen aparece algo saliente en la región umbilical, se moviliza poco a la respiración y duele discretamente. Al palpar se comprueba la existencia de un proceso que infiltra los planos parietales de la región del ombligo que rebasa dos traveses de dedo hacia el epigastrio y que se propaga algo hacia los flancos, sobre todo el izquierdo y hacia el hipogastrio pero dejando libre la región suprapúbica. No se modifica luego de la evacuación vesical. Duele cuando se palpa aunque el sufrimiento es tolerable y persiste con la contracción de los restos a los que rebasa lateralmente. El resto del examen del vientre es sin particularidades. Tacto rectal s/p. Leucocitosis: 22.000. Orina: normal.

En ese momento la cicatriz umbilical está indemne y a su nivel no parece haber puerta de entrada.

El diagnóstico que se planteaba en este primer momento era en primer lugar un diagnóstico topográfico, conduciendo los datos clínicos a pensar en un plastrón umbilical cuya naturaleza es discutida planteándose el origen apendicular, en el divertículo de Meckel en la diverticulitis intestinal o en los procesos supurados del uraco. Los procesos del Retzius y de la vaina alantoidea se descartaban por los caracteres semiológicos de la afección.

Se indican bolsa de hielo, sulfamidas y dieta hídrica.

En los días sucesivos persiste la fiebre pero con buen estado general, el ombligo empieza a distenderse, luego fluctúa y a los 3 ó 4 días se incinde dando salida a unos 4 cmts. cúbicos de pus bien ligado y del tipo colibacilar. Sigue supurando 2 ó 3 días y luego, rápidamente cierra la herida entrando en vías de cicatrización.

La fiebre descendió a las cifras normales, el plastrón fué disminuyendo paulatinamente y en pocos días quedó reducido a una tumoración mediana infra-umbilical adherida a la cara profunda de los planos parietales y a la que se decide intervenir con el diagnóstico de posible tumor del uraco supurado o, de un proceso residual de peritonitis plástica originado en un órgano intra-abdominal.

En el curso de esta evolución se hicieron sucesivos estudios radiológicos.

1) Cistografía. La primera mostraba un límite superior algo difuso e irregular; la segunda es normal.

2) Cistoscopia - normal.

3) Radioscopia de intestino por boca (Dr. Zerboni) aparecen ansas intestinales aglutinadas en la zona media del vientre y que no se pueden desplazar con las maniobras manuales.

4) Radiografía de intestino por boca. Se repiten las imágenes radioscópicas y se visualiza el apéndice que aparece dirigido también hacia la zona de presuntas adherencias. No hay divertículos intestinales. Última ansa ileal sin particularidades.

5) Radioscopia de intestino por enema (Dr. Zerboni. Se observa como se llena rápidamente la ampolla rectal: luego el bario se dirige a la línea media y alrededor del ombligo describe 2 ó 3 vueltas que quedan fijas para luego rellenarse el ángulo izquierdo.

6) Radiografía de intestino por enema. Se repite la imagen radioscópica. No hay divertículos.

De acuerdo con el estudio radiológico se fueron planteando una serie de posibilidades que fueron descartadas o por lo menos puestas en duda sucesivamente.

La última ansa ileal era evidentemente normal.

El apéndice con su luz conservada era poco probable que estuviera en causa si bien se orientaba hacia la zona enferma.

No aparecía causa vesical y la primera cistografía con su límite superior difuso e irregular y que luego se hizo normal sólo podía traducir la vecindad o el contacto con la lesión inflamatoria de origen.

Los Rayos X sólo podían indicar la existencia de un proceso de aglutinación y fijeza de ansas y del sigmoide en la parte media del vientre pero cuyo origen no se podía afirmar.

Cuando luego de un mes y medio de evolución se decidió la intervención, los caracteres físicos de la tumefacción palpable hacían sospechar la posibilidad de un proceso peritoneal plástico residual a punto de partida en un órgano intra-abdominal o bien un quiste o tumor del uraco supurado que se había abierto temporariamente al nivel de la cicatriz umbilical y que no había sido posible visualizar radiológicamente por haber cicatrizado rápidamente en el término de 5 ó 6 días.

Intervención: Mayo 10: Anestesia: éter. Practicante: Barboza. Ayudantes: Dr. Bonnacarrere. Pte.: Rearden.

Incisión mediana resecaando ombligo y prolongada hacia el puvis abierto el peritoneo (hubiera sido imposible extirpar el proceso sin abrirlo por estar íntimamente solidarizado a su cara posterior). Se comprueba una tumoración mediana ovoidea que se extiende desde el ombligo hasta el vértice de la vejiga con quien adhiere íntimamente siendo imposible encontrar un plano de clivaje. Se liberan algunas adherencias con el epiplón y ansas delgadas así como el sigmoide. Se extirpa el presunto tumor entero pero como no se puede liberar de la vejiga con quien parece formar cuerpo se hace cistectomía del vértice. Se cierra la vejiga y el peritoneo parietal dejando un drenaje en el Douglas. Se hace talla hipogástrica extraperitoneal y se deja drenaje del Retzius previa sulfamida local. Cierre de los planos musculares y de la piel.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Postoperatorio. Muy bueno y sin incidentes ni complicaciones pese a tratarse de un específico. Al 3er. día se extrajo el tubo del Douglas: al 5º el de Retzius: a los 12 días se puso sonda uretral en permanencia y a los 30 días había cerrado completamente la herida operatoria, orinando espontáneamente.

Postoperatorio. Muy bueno y sin incidentes ni complicaciones pese a tratarse de un específico. Al 3er. día se extrajo el tubo del Douglas: al 5º el de Retzius: a los 12 días se puso sonda uretral en permanencia y a los 30 días había cerrado completamente la herida operatoria, orinando espontáneamente.

ANATOMIA PATOLOGICA

Granuloma por cuerpo extraño (espina de pescado) de la región del uraco

La pieza estudiada comprende una masa fibrosa, de forma redondeada con muchas irregularidades en su superficie. Mide 5 cms. de diámetro transversal por 6 cms. en sentido vertical y 4 en profundidad.

La superficie externa es muy irregular con salientes mamelonadas y entrantes agudas separadas por escotaduras profundas. El color es variable: blanco-grisáceo en muchas zonas, amarronado en otras.

En algunos sitios se observan restos de tejido adiposo y de tejido conjuntivo fibroso con el aspecto de bandas o flecos libres en la superficie exterior.

En el polo inferior de la tumoración se observa una zona redondeada, del tamaño de una moneda de cincuenta centésimos, lisa, aterciopelada al tacto. Es de color rosado y contrasta con el resto. Corresponde a una porción de pared vesical adherente a la formación que estudiamos.

En el polo superior se observa otra zona de tamaño similar a la anterior, pero de un aspecto muy distinto. Es brillante y anacarada; corresponde a un fragmento de peritoneo también adherente a la tumoración.

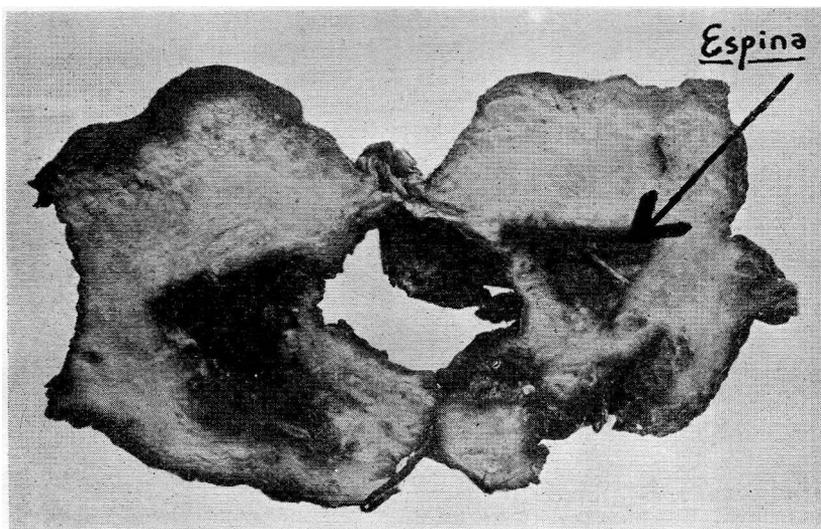
La consistencia es firme y elástica. Al corte, el cuchillo encuentra resistencia porque el tejido que la compone es muy duro. En la superficie de sección mediana el aspecto es lardáceo y el corte revela que la pieza no es totalmente sólida, sino que en su mitad superior existe una cavidad irregularmente cuadrilátera. Las dimensiones de esta cavidad dadas por dos ejes perpendiculares, son de 2 cms. de alto por 1 de ancho. Ella está parcialmente vacía, conteniendo adheridos a sus paredes restos amorfos de una sustancia amarillenta en partes y en otras de color oscuro, que parece ser necrótica y de degeneración grasosa. La superficie interior es sumamente irregular. Esta cavidad se agota rápidamente en cortes sucesivos practicados a 4 ó 5 milímetros uno de otro y paralelos al primero efectuado. En sus polos se continúa con una pequeña zona semi-sólida del mismo aspecto amarillento oscuro necrótico y degenerativo de los restos adheridos a las paredes de la cavidad.

Es en uno de estos cortes que se encuentra, incluido en medio de la masa necrótica, un cuerpo extraño de un centímetro de longitud, de color blanquecino, a extremos afilados, con todos los caracteres de un fragmento de espina de pescado.

Alrededor de la cavidad se ven numerosas zonas pequeñas, irregulares, de color amarillento o anaranjado, que son evidentemente depósitos de sustancias grasas de degeneración.

El resto de la superficie de sección, muestra un tejido fibroso denso, escleroso, con fascículos anacarados, sobre todo abundantes por debajo de la cavidad antedicha donde se continúa con el fragmento de mucosa vesical adherido.

Nuevos cortes practicados a escasos milímetros unos de otros muestran el mismo aspecto del tejido y las mismas relaciones con el fragmento de mucosa vesical mencionado.



Estudio histológico. — Para realizar el estudio histológico se extrajo una rebanada de la sección total de la tumoración la cual se ha estudiado en cortes en sus diferentes partes. Se han practicado las técnicas de Hematoxilina-Eosina común, Hematoxilina Férrica-Bicrofucsina, coloración de grasas (Rojo Escarlata) y del pigmento férrico por el método de Perhls del Azul de Prusia.

Los cortes practicados a nivel de la adherencia de la tumoración a la vejiga muestran la estructura de este órgano el que presenta un intenso proceso inflamatorio infiltrativo a predominio en la sub-mucosa, de tipo linfo y plasmocelular. Los elementos celulares se disponen en grandes acúmulos alrededor de los vasos; se ven también numerosos vasos congestivos, llenos de sangre. El exudado celular se observa también entre los fascículos musculares del órgano. En la profundidad los haces musculares son disociados por el tejido fibroso que se continúa, más lejos con el tejido fibroso de la tumoración.

El estudio de ésta revela que está constituida esencialmente por tejido fibroso denso, en intensa degeneración hialina casi todo él y en algunas partes en degeneración mucosa. A este tejido fibroso se mezclan islotes de tejido adiposo normal que ha sido englobado por el tejido conjuntivo en su proliferación y crecimiento. Se ven también numerosos vasos, algunos de ellos de paredes muy gruesas. Entre las bandas de tejido fibroso se observan algunos islotes de fibras musculares lisas, también preexistentes y englobadas por la proliferación fibrosa. La infiltración celular es intensa, disponiéndose las células en acúmulos densos o infiltrándose a lo largo de las fibras conjuntivas. Los elementos de la infiltración son linfocitos y, sobre todo, plasmazellen. En algunos sitios se trata de verdaderos folículos linfoides, con células claras, más jóvenes, en el centro, y pequeñas, a núcleo denso, típicos linfocitos adultos en la periferia. Con la tinción de Van Gieson se pone de manifiesto el denso tejido fibroso colágeno teñido en rojo intenso por la fuczina. En las partes vecinas al foco destructivo en el que se aloja el cuerpo extraño, cambia el tipo de tejido. Es un tejido de granulación constituido por células jóvenes (fibroblastos), finas fibrillas y neovasos delicados, llenos de sangre, y muchos de ellos con polinucleados en su interior. En las mallas de este tejido de granulación se encuentran leucocitos, linfocitos, abundantes plasmazellen y muy numerosas células macrofágicas, grandes, con núcleo único, en las que, con la tinción de la hematoxilina-eosina, el protoplasma aparece esponjoso, por la presencia, en su interior, de sustancias grasas que se revelan con el Rojo Escarlata. Esta grasa proviene de los focos de degeneración y necrosis y de la transformación de la grasa preexistente incluida en la proliferación fibrosa inflamatoria. Fagocitan también pigmento férrico que se ve suelto y abundante en los intersticios. La naturaleza férrica la comprobamos por la reacción del azul de Prusia. Entre el tejido de granulación y el tejido viejo, escleroso, se ven todas las fases de transición. En los numerosos cortes revisados no hemos encontrado células gigantes multinucleadas; sólo se aprecia cierta tendencia, en los elementos más jóvenes, a formar masas sincitiales, pero no típicas células gigantes.

Como vemos, en el caso que presentamos, se trata nada más que de un proceso común en el organismo frente a los cuerpos extraños; lo que acabamos de decir no es más que la puesta en ejecución de un mecanismo general de defensa del organismo en presencia de sustancias extrañas incluidas en cualquiera de sus tejidos. Sabido por todos es que los cuerpos capaces de despertar tal reacción son de una gran diversidad: hilos de catgut, restos de algodón o gasa, restos de vestidos introducidos en las heridas y no extraídos de ellas, fragmentos de metales, madera, trozos de vidrio, polvo o partículas minerales diversas, agujas,

espinas de pescado (como en nuestro caso), restos vegetales de toda clase; cuerpos pertenecientes al reino animal como ser: parásitos del tipo de las biliarzias, demódex, restos de quitinosa hidática, fragmentos de quitina de ciertas caparazones, etc.; líquidos pesados de difícil reabsorción como ocurre con las inyecciones terapéuticas de bismuto; sustancias del tipo de la parafina, aceites minerales. Otros cuerpos extraños son producidos por el mismo organismo en el que se albergan como la sustancia amiloide en ciertos casos, cristales de ácidos grasos en las esteatonecrosis, como en la enfermedad de Lee y Adair, calcio, depósitos uráticos, etc., etc. La reacción que cualquiera de estos cuerpos puede producir es siempre la misma, depende solamente del tipo de cuerpo extraño de que se trate, de que sea más o menos irritativo para los tejidos en que se aloja o que sea más o menos difícilmente reabsorbible por los elementos tisurales encargados de eliminarlo. Es que desde el momento mismo que el cuerpo extraño toma ubicación en los tejidos surgen en primera instancia elementos celulares encargados de fagocitarlo y eliminarlo: serán micro o macrófagos o células gigantes multinucleadas las que se encargarán de realizar tal misión según que el cuerpo extraño sea más o menos fácilmente eliminable. Si esos elementos se bastan en su papel defensivo, el organismo, por su intermedio se desembaraza de la sustancia extraña, pero si es un cuerpo difícilmente reabsorbible o irreabsorbible ya se suscita una reacción más seria, ocurre una modificación más profunda, ya no serán simplemente células las que actúen, sino que entonces entrará en escena un tejido con todos sus elementos (células subordinadas unas a otras, sustancia intermediaria, vasos) con aquellas células de ataque sueltas en su trama y que tendrá por papel, ya que no la puede eliminar, de aislarla del resto del organismo, lo que al fin de cuentas es también un modo de eliminarla, pues la aísla totalmente a la sustancia extraña, encapsulándola. Ese papel está reservado al mesodermo y su expresión es el tejido de granulación que irá evolucionando progresivamente, según su modo habitual, hacia el tejido fibroso y luego, por hialinización y desecación, al tejido escleroso hialino, lo que ocurre en la periferia del foco, mientras que el tejido joven es el inmediato al objeto pues contiene los elementos celulares encargados de atacarlo. En

última instancia puede calcificarse y así, dentro de una cápsula mineral, el cuerpo extraño persiste indefinidamente.

Y bien; esto es lo que ha ocurrido en nuestro caso: una espina de pescado es un cuerpo extraño sumamente difícil o imposible de eliminar. La reacción, en consecuencia, ha sido profunda; ella ha provocado la aparición de un tejido de granulación, que es el que aparece rodeándolo, mientras que en la periferia ese tejido evolucionó y se hizo viejo, escleroso, hialino. Frente a tal cuerpo extraño la reacción ha sido intensa y la consecuencia ha sido el desarrollo de un proceso con el aspecto clínico de un tumor, lo que ocurre frecuentemente por otra parte y que llegó a impresionar como un tumor verdadero. La duda desaparece con el diagnóstico anatómico porque se encuentra el cuerpo extraño intacto en el seno de la tumoración y por los caracteres propios del tejido que la constituyen. Por otra parte, esta proliferación inflamatoria de tejido conjuntivo fibroso muy a menudo adquiere un carácter invasor, infiltrante, semejándolo aún más a una formación tumoral, como ocurría en nuestro caso, pues hemos visto como la tumoración de continuaba sin línea de demarcación alguna con la pared vesical en una estrecha zona confundiendo su tejido fibroso con las fibras musculares de la vejiga.

En Resumen:

1º) Se trata de un nódulo de aspecto tumoral de la región del uraco, adherente a la vejiga, cuyas dimensiones son de $6 \times 5 \times 4$ centímetros.

2º) Macroscópicamente es una masa irregular con el aspecto de un tumor verdadero.

3º) Cortes macroscópicos sucesivos revelaron la presencia de un cuerpo extraño (espina de pescado) de 1 cm. de longitud incluida en una cavidad existente dentro del nódulo.

4º) El aspecto macroscópico es el de un tejido fibroso denso, como el de un fibroma. Adhiere a la tumoración un trozo de pared vesical.

5º) Histológicamente, se trata de un tejido fibroso hialino, en la periferia, densamente infiltrado de linfocitos y plasmazellen, englobando tejido adiposo y fibras musculares lisas. En la parte central y alrededor del cuerpo extraño el tejido ya no es

fibroso sino que reviste los caracteres de un tejido de granulación típico.

Se trata, pues, de un voluminoso granuloma por cuerpo extraño (espina de pescado) de la región del uraco, a la cual ha llegado seguramente luego de recorrer el intestino y perforarlo, creando a ese nivel las condiciones favorables para la constitución de dicho granuloma.

Prof. Stajano. — La comunicación del Dr. Lockhart tiene dos aspectos a mi juicio distintos: la parte terapéutica que se resolvió muy bien haciendo una cistectomía parcial siendo el resultado operatorio excelente, y por ello lo felicito. La otra parte interesante es la referente al destino de las espinas de pescado que se ingieren. Evidentemente que originan complicaciones más frecuentes de lo que se cree y es una de las cosas que a menudo se ignoran.

En el Hospital Pasteur, conversando con el Dr. Nin y Silva — que parece tener un espinismo positivo, — me hablaba de la gran cantidad de casos que había operado, con alto porcentaje de peri-sigmoiditis supuradas. Yo me sorprendí porque no tuve ocasión de tratar complicaciones de ese tipo. Comento solo un caso que yo publiqué. Una señora almorzando con nosotros un día, al ingerir pescado, se tragó una espina. En vez de sacársela comió pan y la espina siguió su tránsito normal. A las cinco de la tarde la enferma hizo un cuadro agudo de hipocondrio derecho y es vista por mi maestro el Prof. Pouey, y no le dió importancia. Fué encarada como una colecistitis aguda hasta que un buen día se dibujó como una peri-colecistitis supurada. Se intervino, con un abordaje paramediano y se le sacó la espina de pescado que había perforado el duodeno. Las espinas de pescado pueden perforar a distinta altura del tracto intestinal provocando abscesos que se limitan o van progresando. Las heridas puntiformes permiten la organización de las defensas (peritonitis supuradas circunscritas) y esa cantidad de casos que el Dr. Nin y Silva cita de fosa ilíaca izquierda, parece demostrar que es un lugar de elección. El caso presentado es interesante por eso. Ahí estaba, el asa ilíaca fija, y no sería difícil que fuera la reliquia de un absceso sigmoidiano. Un absceso así puede fraguarse caminos diferentes: fase de absceso agudo, luego crónico y su tolerancia. Es interesante bajo el punto de vista de la migración y la granulación alrededor de un cuerpo extraño. Reitero pues, mi felicitación al Dr. Lockhart por su comunicación y que es interesante pues aumenta la casuística sobre el tema.

Dr. F. Etchegorry. — Contrariamente a lo que se ha dicho, yo no he visto ningún caso de sigmoiditis debido a espinas de pescado. Para mí son raros. Creo que más frecuentemente es en el recto donde los cuerpos extraños de ese tipo se asilan en último término, perforando la pared rectal e interviniendo en la patogenia de algunos abscesos de la fosa ileo-rectal.

Frente a la ingestión de cuerpos de este tipo no hay que olvidar la medicación que Ombrédanne popularizó: ingerir cualquier vegetal que tenga gran cantidad de tejido fibroso. En nuestro país utilizaban las dueñas de casa el puerro y en su ausencia, tronco de hinojo, que también tiene la particularidad de envolver la parte puntiaguda. Ombrédanne aconsejaba el uso del tallo de espárrago.

Prof. Prat. — A propósito de la interesante comunicación del Dr. Lockhart y Br. Ardao, voy a citar algunos casos de mi casuística particular, que recuerdo en este momento. Mencionaré de paso ciertos casos de abscesos de la margen del ano en los que se suele encontrar algún cuerpo extraño, tales como: espinas de pescado, fragmentos de huesos de pollo, etc.; procesos que son los que habitualmente originan las fistulas perianales.

Hace muchos años ya tuve ocasión de tratar un caso similar al presentado. Me refiero a un enfermo que tenía un proceso inflamatorio de la región umbilical, que diagnosticamos como absceso yuxta umbilical, sin poder precisar su etiología. Operado con anestesia local, encontramos un absceso bien colectado, del tamaño de una mandarina, de la cavidad abdominal adherente a la pared, del que evacuamos unos 50 c.c. de pus y en cuyo interior encontramos una *aguja de costurera*, que era portadora de una pequeña hebra de hilo. Lo interesante del caso, es que el paciente era de profesión sastre y tenía la peligrosa costumbre de colocarse las agujas en la boca, pero no tenía recuerdo, ni sospechaba cuando la pudo tragar. Evidentemente se trata en este caso de un absceso abdominal yuxta parietal, producido por la aguja ingerida y que atravesó luego el estómago o el intestino, para llegar al sitio donde originó el absceso. Curó perfectamente con el simple drenaje.

Otro caso de infección por cuerpo extraño ingerido, es el de un uruguayo que estando de paseo por el Sud del Brasil, en Porto Alegre, hizo una grave infección del perineo, con todas las características de una infección urinosa y que un cirujano brasileño trató como tal, con amplias incisiones de la región. Cuando el paciente curado volvió a Montevideo, un colega me consultó sobre este caso a fin de averiguar la etiología del proceso infeccioso. Comprobé las amplias incisiones realizadas, medianas y laterales del peritoneo casi totalmente cicatrizadas y costrosas, pero me llamó particularmente la atención el hecho de que se hubiere producido una infección urinosa tan grave, en un paciente sin ningún antecedente venéreo y con una uretra sana. Por esta razón establecí algunas salvedades sobre la etiología urinaria de la infección.

Poco tiempo después se aclaró la incógnita, porque el enfermo hizo un pequeño absceso en una de las cicatrices laterales, por donde salió un "*escarbadiente*", constituido por un fragmento de caña de bambú de unos 5 centímetros de largo. La explicación es clara: el paciente al comer "*niños envueltos*", que en el Brasil fijan la carne arrollada con un pequeño escarbadiente de bambú; se tragó este cuerpo extraño que muy puntiagudo y

cortante, perforó el intestino grueso, dando lugar con su migración al perineo, a la intensa infección que hemos descrito.

Prof. Dr. Juan Soto Blanco. — La comunicación me parece interesante por la localización del proceso en la vecindad del uraco. El autor no nos habla de que haya encontrado en los cortes histológicos las formas anatómicas que permitieran comprobar la presencia del mismo; por otra parte creo que sería difícil el diferenciarlo de los otros elementos fibrosos. Ha hecho muy bien al titular su comunicación con el nombre puesto.

Dr. Lockhart. — En primer lugar quiero agradecer el interés que ha despertado la comunicación y con respecto a lo que dice el Dr. Soto Blanco fué precisamente una de las dudas que tuvimos antes de ponerle un rótulo a lo que presentaba este enfermo. Nosotros no decimos que sea el uraco, sino de la *región del uraco*, es decir en la región que se extiende desde el vértice de la vejiga al ombligo. Muchas veces el uraco está transformado en una cosa insignificante y como además en este enfermo hubiera un proceso muy destructivo, sería difícil que se encontrara algo en ese sentido. La región del uraco sería la expresión más exacta, sin especificar topografía más determinada. También se podría decir proceso retroperitoneal, infraumbilical pero no señalaría el hecho fundamental que significa la íntima vinculación de la afección con la vejiga.

