

Mix B75 / 2

SESIÓN DEL 18 DE MAYO DE 1938

Presidencia del Dr. DELFOR DEL VALLE (h.)

Acta de la sesión anterior

Se da lectura al acta y puesta en discusión se aprueba.

A propósito del acta

TEMAS EN DISCUSION

Sobre un caso de estrechez intestinal consecutivo a una hernia estrangulada y operada (1)

por los DRES. J. SALABER y A. RAFFAELE

(Relato del Dr. Gallo)

Ficha 7570. — M. M. de C., 55 años, española, casada, quehaceres domésticos.

11-3-37: Ingresa al Hospital y es estudiada por la guardia, que recoge estos antecedentes: desde hace 10 años pequeña tumoración herniaria en región crural derecha; el día 10 de marzo de 1937, a raíz de un esfuerzo, siente fuerte dolor en ingle y fosa ilíaca derecha e hipogastrio. Luego nota considerable aumento de su tumoración herniaria, acompañado de vómitos, al principio alimenticios y después biliosos, cólicos intestinales y constipación. Con este cuadro es examinada y se nota tumoración herniaria en región crural derecha, tensa, no renitente y dolorosa. Abdomen globuloso, timpánico, se perciben, a intermitencias, contracciones peristálticas visibles. Doloroso a la palpación profunda. Temperatura axilar 37°2 y rectal 38°8, pulso 100 por minuto.

Se le practica tratamiento quirúrgico. Cura radical.

(1) La publicación de esta historia fué involuntariamente omitida en el Boletín anterior.

Es dada de alta en buenas condiciones el día 27-3-937.

El día 20 de mayo reingresa la enferma en la cama 38 y se levanta el siguiente historial:

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: en menopausia desde los 45 años.

Enfermedad actual: comienza poco tiempo después de ser dada de alta, el 27 de marzo, notando dolores tipo cólico, en abdomen con borborismos y aumento de volumen del mismo en la región umbilical, volviendo luego el abdomen a su tamaño normal, sin notar la enferma expulsión de gases. Poco tiempo después, de 10 a 15 días, los dolores cesan espontáneamente y aparecen vómitos casi diarios de 1 a 2 horas, después de las comidas y que eran unas veces alimenticios, y líquidos biliosos otras, quedando luego durante todo el día con intolerancia gástrica. Mejora espontáneamente y en los dos días que siguen, con una alimentación muy restringida, no vomita. Ha perdido varios kilos de peso y dice haber movido su vientre con regularidad, a veces con diarrea, no precisando el tipo de la misma.

Estado actual: enferma en regular estado de nutrición, pálida^a con enoftalmia, pupilas iguales, regulares, céntricas, movilidad ocular conservada. Boca: dientes normales: mucosas húmedas y rosadas. Tórax: bien conformado. Corazón: 2º tono aórtico reforzado, los demás normales. Pulmones: nada de particular. Mamas: normales. Abdomen: incisión quirúrgica de 12 cms. sobre la arcada crural derecha. Resquebrajaduras. Meteorismo generalizado aunque más acentuado en la región periumbilical; de paredes tónicas. Hígado y bazo no se palpan. Riñones ídem. Examen ginec.: aparato genital en involución senil, sin particularidad digna de mención.

Examen radiográfico: a las 6 horas la cabeza de la mezcla opaca no ha llegado a ciego, mostrando una gran dilatación del intestino delgado. A las 24 horas ciego y apéndice llenos. A las 48 horas colon lleno en totalidad, tipo espasmódico, persistiendo la imagen de delgado observada a las 6 horas.

Diagnóstico radiológico: obstrucción del delgado en su extremo distal, con dilatación por encima.

28-5-37: Opera Dr. Salaber. Ayudantes: Dres. Raffaele y Calatroni. Anestesia al éter con Ombredanne. Laparatomía mediana infraumbilical. Abierta la cavidad peritoneal se comprueba que en la porción terminal del ileon hay dos asas adheridas en forma de omega entre sí y a su vez al ciego y a la punta del apéndice que es descendente interno. Toda esta aglutinación intestinal se halla íntimamente adherida a la cara peritoneal de la anterior cicatriz operatoria. Se desprenden todas estas adherencias a tijera, comprobándose luego la existencia de una estenosis circular que dificulta el tránsito intestinal situada a unos 20 cms. del ángulo ileocecal. Se reseca la porción estenosada y se restablece el tránsito intestinal practicando una entero-anastomosis latero-lateral. Cierre de la pared por planos. Cicatrización por primera.

Post-operatorio: muy bueno los primeros días, luego a los dos días de estar levantada, edema blanco en ambos miembros inferiores que va en aumento. Fenómenos tróficos en uñas de los pies.

El edema va disminuyendo paulatinamente y el día 17 de junio se da de alta en buenas condiciones, habiéndosele practicado antes otro estudio radiológico.

Informe anátomo-patológico del Dr. R. Sammartino:

El tubo intestinal aparece acodado y envuelto en un tejido de reacción inflamatoria; en cortes paralelos es posible seguir la luz acodada y muy estrechada, siendo esta sólo virtual en la parte más prominente de la curva; la pared intestinal aparece en la convexidad completamente desorganizada por un proceso inflamatorio intenso que toma todo su espesor, llegando a la serosa. La mucosa está ulcerada en varios sectores; se encuentra abundantes acúmulos de leucocitos neutrófilos contenidos en cavidades que en parte de su contorno muestran todavía conservado el epitelio cilíndrico, como si se tratara de repliegues profundos de la mucosa a consecuencia de la intensa retracción originada por el proceso inflamatorio inespecífico.

El examen radiológico practicado después de la intervención, no muestra ningún trastorno en el tránsito intestinal; intestino delgado de calibre normal.

(A propósito del relato del Dr. Gallo, B. y T. S. de C., N° 5, pág. 161)

El Dr. O. Ivanissevich hace la siguiente aclaración:

“Conviene destacar un hecho que parece haber pasado desapercibido y es el del cierre u oclusión del asa estrangulada. Cuando un asa queda incluida en un anillo herniario repite accidentalmente la experiencia de Klecci y Clado, es decir, que hay un segmento aislado de la luz general del intestino al que se agregan las dificultades circulatorias conocidas. La exaltación de la virulencia microbiana en esa cavidad cerrada es conocida y sus consecuencias también.

No es lo mismo pues, un pellizcamiento lateral o la acción de una brida que sólo presionan un punto del intestino y no hacen una cavidad cerrada. La cirugía nos muestra con frecuencia que las ligaduras intestinales, para hacer una exclusión, a pesar de la intensa atracción de las paredes no determinan infección peritoneal.

Por eso es menester distinguir el tipo de estrangulación y el contenido del saco herniario.

En cuanto a la indicación de reducir, exteriorizar o extirpar el asa herniada y sospechada de necrobiosis evolutiva no hay signo patognomónico que nos permita resolver el problema.

En el estado actual de la cirugía ese interrogante, como muchos otros, se resolverá con el criterio personal, es decir, con toda la imprecisión que ese criterio personal supone.

Hemos visto reducir asas intestinales que nosotros no hubiésemos reducido y la evolución ulterior pareció negarnos la razón y hemos visto a la inversa extirpar asas que a nuestro criterio podrían haber sido reducidas.

Ni el color, ni la infiltración, ni el tiempo de evolución permiten ser asertivos, pero conviene siempre usar el suero caliente y mirar largo rato el asa enferma antes de resolver el problema que puede costar la vida al paciente.

Relatos

Prolapso rectal

por el DR. JORGE MULCAHY

(Relato del Dr. Guillermo Zorraquín)

Don Jorge Mulcahy, nos presenta una observación realizada en el Hospital Británico, de "Prolapso Recto-Genital", debiendo definir así el caso ateniéndonos a los términos de la historia: "el fondo del útero, se acuesta en los esfuerzos, sobre el entreabierto esfínter del ano.

Dice así la comunicación:

La observación que presento refiérese a una enferma de 17 años de edad, soltera, tratada en el Hospital Británico. La presento, más que todo, como confirmación de la teoría de la hernia perineal de Moschowitz y por el método quirúrgico empleado para su curación, asociando distintos procedimientos.

Se trata de una joven bien desarrollada, que practica toda clase de deportes y que, en sus antecedentes, no existe causa que explique su prolapso de recto. La enfermedad data de un año. Ya en el momento del primer exa-

men sufría de prolapso en cada defecación y a raíz de cualquier esfuerzo. El recto hace prociencia en una extensión de 6 cms., dibujándose un surco de separación en el esfínter. La mucosa turgente se halla libre de ulceraciones. Por medio del tacto rectal y del anoscopio se descubren dos hechos importantes.

a) El ano se halla entreabierto y la musculatura del periné es flácida.

b) Durante los esfuerzos la prociencia de la mucosa rectal va seguida de propulsión del útero hacia atrás, tanto que su fondo acuéstase sobre la cara superior del esfínter.

La rectoscopia comprueba la presencia de una mucosa exuberante y arrugada, dispuesta en forma de anillos superpuestos.

Operación: Anestesia general con ciclopropane.

Practico una laparotomía mediana infraumbilical. Abierto el vientre, encuentro al peritoneo libre, sin adherencias.

El ciego (en franca ptosis) y el apéndice sano, situado en la pelvis menor. Practico primero la apendicectomía. El ansa sigmoidea y el recto gozan de una movilidad anormal a causa de la longitud de sus respectivos mesos que no se hallan espesados. Tirando del recto y reduciendo las ansas del intestino delgado al abdomen superior, compruebo la profundidad exagerada del fondo de saco de Douglas. El útero en retroposición apoya, por su cara posterior, sobre el recto y un periné flácido. Al soltar las ansas del delgado llenan enseguida al resto del espacio de Douglas, empujando al cuerpo del útero y a la cara anterior del rector, produciendo un hedrocele.

Decido practicar una triple operación.

1º Ligamentopexia del útero a la manera de Baldy-Dartigues. Los ligamentos anchos y los ligamentos redondos son flácidos y complacientes, permitiendo a todo el útero un desplazamiento hacia atrás, anormal.

Fijo los ligamentos redondos a la cara posterior del útero, además de unirlos entre sí, con puntos de seda.

2º Sutura de ambos ligamentos útero-sacros con puntos separados de seda, después de reunirlos entre sí. La colocación de estos puntos me ofrece cierta dificultad por la profundidad anormal del Douglas, como ya subrayé, pero tirando sobre el útero llegué a facilitar este tiempo operatorio. Coloqué los puntos más posteriores con sumo cuidado evitando de no estrechar al recto. El punto más posterior toma, además, a la serosa de la cara anterior del recto. Llego a crear de esta manera un techo al fondo de saco de Douglas, obliterando al hedrocele.

3º Pexia del recto y ansa sigmoidea al peritoneo parietal posterior. Practico la pexia con puntos de seda fina colocados a intervalos de una pulgada, fijando, ya sea una de las bandeletas o por intermedio de los apéndices epiploicos.

El recto y ansa sigmoidea quedan fijados al peritoneo pelviano, suprimiendo a sus respectivos mesos exuberantes.

Terminada la operación coloco a la enferma en posición de Trendelenburg y la constipo durante ocho días.

Dos meses después, con anestesia local, refuerzo al periné haciendo una miorrafia anterior, de los músculos elevadores del ano.

No toco al esfínter anal, por temor a que cualquier sutura ocasionara una fibrosis que disminuyera la contractilidad del músculo, ya bastante deficiente.

La enferma, a los seis meses de operada, se considera curada y el examen confirma momentáneamente el hecho.

El caso es interesante por la forma en esa edad. Se trata de una niña de 17 años, que hace toda clase de deportes, y que presenta, sin embargo, un prolapso recto-genital de gente vieja. El caso es tratado con el concepto clásico que se tratan todas las hernias, de las que no se pueden separar estas hernias anales: suprimir el saco y estrechar el orificio, usándose para este efecto una plástica combinada: abdomino-perineal, en dos sesiones separadas por sesenta días una de otra: Obturación del Douglas de Quenu, con fijación peritoneal de Duval, en una primera sesión, y dos meses después una perineorrafia anterior.

La obligación del relator, es sacar o dar relieve a la enseñanza que, como elementos de vanguardia dan los casos nuevos que se presentan a esta Sociedad de Cirujanos, y a este efecto, tamizaremos esta historia clínica, con la buena voluntad de hermano mayor, dentro de los conocimientos y experiencia actuales, rigurosamente establecidos sobre este asunto, en la parte nosológica, en la clínica y en la quirúrgica.

Concepto etiológico patológico. — En todas las hernias y en las hernias inguinales que son las de observación diaria, la *etiología* se basa en la existencia o persistencia del canal peritoneo-vaginal y del orificio peritoneal congénito; la *patogenia* está subordinada al esfuerzo que provoca el prolapso o la ocupación del saco preexistente o en formación. Por eso cuando la historia clínica dice, coincidiendo con el trabajo de Carrasco, sobre este asunto, de 1934, del Servicio de Hartmann, de que la etiología del prolapso está basada en el esfuerzo, creemos que se aleja de la verdad, o por lo menos, nosotros enseñamos lo contrario y así lo hemos expresado al mismo Hartmann, durante la asidua visita que nos hiciera a nuestro

Hospital, entonces llamado Nueva Pompeya, y donde operamos para su complacencia uno de estos prolapsos. Nosotros pensamos que, salvo excepciones, en general, la debilidad de pared es fundamental y que la formación y agrandamiento del saco y el prolapso son secundarios, y esto lo pensamos así por las pruebas: a) anatómica, b) clínica y c) quirúrgica.

a) *Prueba anatómica.* — La constituye la existencia relativamente frecuente a la autopsia de canal peritoneo vaginal sin noticias de hernia. Ha habido esfuerzos de defecación y saco y no ha habido prolapso. A pesar del saco, el tonismo de pared ha hecho obstrucción al anillo inguinal congénito. Lo mismo es evidente que la existencia del orificio anal, no obliga al hidrocele. La tonicidad del esfínter y suelo pélvico ha hecho obstrucción. El esfuerzo ha existido siempre, la debilidad es la patológica.

b) *Prueba clínica.* — Hemos realizado alguna vez, la cura ortopédica de la hernia y la hemos visto realizar en algún estudiante de Medicina. En general, pensamos que todos los vendajes y aparatos ortopédicos, son atrofiantes, incluídos los bragueros. Pero hemos hecho alguna observación de que un braguero, en un hombre joven, bien colocado, estudiante de medicina, localizando una presión sobre el canal inguinal, congénito, determina un traumatismo obstructivo sobre el canal, que hemos visto curativo.

c) *Quirúrgica.* — En los niños, es suficiente la resección del saco y su ligadura con catgut, (que se desata siempre), para tener la curación de la hernia inguinal, sin preocuparse de estrechar el orificio ni aproximar los pilares; a pesar de persistir el esfuerzo de la defecación y la persistencia del orificio, la tonicidad de paredes realiza la obstrucción.

Todos estamos habituados a las curas de las hernias inguinales a lo Felizet, sin plástica de pared, en los niños y también estamos habituados a ver recidivas de curas quirúrgicas de hernias, por debilidad de pared, con gran frecuencia en las hechas a catgut, con menos frecuencia en las hechas a lino o seda y también hemos visto alguna recidiva en plásticas a crin.

Entramos al concepto de táctica quirúrgica y seguiremos con el de técnica, sin alterar nuestro propósito ordenado.

Respecto a la táctica quirúrgica o tacto quirúrgico, no nos parece útil adquirir el ascendiente necesario sobre el enfermo para justificar o imponer a un enfermo, por un prolapso de esta clase, una plástica abdomino-perineal en dos sesiones. Habitado a la gran cirugía mutilante de la neoplasia rectal y pelviana, no comprendemos bien este desdoblamiento de esta intervención plástica (que no toca el vago abdominal!) en dos tiempos. Nosotros preferimos, cumplir menos con la ciencia y pasar de lado de un apéndice sano, como dice la historia y cumplir más con el enfermo: realizar la plástica pelviana en la misma sesión que la plástica abdominal.

Para esto debemos explicarnos también. Pensamos que el apéndice tiene un valor fisiológico y que la apendicectomía tiene un valor traumático. Que el apéndice tiene un valor fisiológico porque es como un nivel manométrico que, inicialmente dirige y colabora y defiende a la función del colon derecho que es el valor morfológico del tercer estómago de los rumiantes y que, aunque como regulador funcional y como defensa, la naturaleza frecuentemente lo anula, siendo terminalmente un órgano atrófico funcional y nulo, no nos creemos autorizados a embestir con él, sin causa, a simple título profiláctico, porque su ablación significa tocar el vago y el corazón abdominal.

Que la apendicectomía tiene un valor traumático se ve en la paresia intestinal secundaria, el timpanismo y su reflejo sobre el corazón abdominal que tiene el hombre, corazón que se pone en juego en los tironeamientos peritoneales y de los mesos, lo mismo que en las resecciones intestinales y claramente en la apendicectomía. Este corazón abdominal es el que evita las operaciones perineales y vaginales en la cirugía pélvica.

Estos hechos, definitivamente establecidos, son los que nos autorizan, con técnica reglada, a combinar frecuentemente operaciones abdomino-perineales en una sesión, operaciones simples y complejas. Simples como hemorroides y apendicitis, y complejas como vaciamientos combinados.

Técnica quirúrgica. — El operador realiza la obstrucción del Douglas a la Quenu y la fijación peritoneal del recto a la Duval. El

tiempo perineal, lo suponemos también, aunque no lo dice la historia, realizado a seda. Alguna vez lo hemos visto realizado a crin.

La elección de los procedimientos combinados, sucesivos, es feliz. La doble fijación abdominal a seda, Quenu-Duval simple, es buena técnica: no es de nuestra elección incondicional. Nosotros creemos que la fijación extraperitoneal de Mummery es de mayor eficacia anatómica, de menor perturbación fisiológica, y más simple y de menores riesgos.

Queremos decir tres palabras respecto a la forma de terminar las plásticas, cosa que es más importante que las plásticas mismas. Las plásticas a catgut las realiza en general la naturaleza; el cirujano sólo las presenta, las propone. La única circunstancia en que el cirujano lleva una soldadura como de plomero es en las plásticas a hilos de lino, algodón o seda, y como hemos visto supuraciones alejadas de algunas plásticas perineales a crin, no nos consideramos autorizados a incluirlas aquí como plásticas definitivas. El catgut se desata siempre y las debilidades de pared raras veces encuentran en él un estímulo cicatrizal.

Quisiéramos repetir aquí una experiencia que ya realizamos anteriormente, en esta misma mesa, pero cuyo significado, por ser demasiado claro, no ha dado la sensación de su profunda importancia. Se trata de un sifón, o de un sistema sifón entre dos vasos a distinta altura, que se ceba espontáneamente con una mecha de algodón, fenómeno que muestra cómo los tejidos que tienen capilaridad, como los de hilo, algodón y seda, chupan el líquido que atraen a su interior, lo mismo que chupan la granulación que atraen también a su interior, por eso es que se pegan las gasas a las curaciones y que sangran las granulaciones al arrancarlas.

Casi todos los cirujanos, con práctica estimable y no elegida, recordamos plásticas hechas con seda, que han supurado y sobre las que hemos conseguido muchas veces la tolerancia y el enquistamiento secundario de muchos puntos de hilo o seda, ya sea espontáneamente, ya tratando su fístula de diversa manera. Sin olvidarnos naturalmente, de las veces que nos hemos visto obligados a ir a buscar puntos supurados de seda intolerada, debemos recordar, puntos de seda, numerados, que a pesar de supuración no ha sido necesario ir a extraer, por la capacidad de enquistamiento secundario, que tiene este

material de sutura, con propiedad de capilaridad, como se ve en la experiencia: igual que la mecha de una lámpara, los tejidos de celulosa o equivalente, con capilaridad, chupan el líquido y las granulaciones de las heridas.

Hemos dicho que hemos sacado alejadamente algunas veces crines de Florencia, de plásticas perineales, porque la crin de Florencia, no tiene capilaridad ni capacidad de enquistamiento de que aquella propiedad es exponente, por lo que no es aplicable, según nuestro criterio ni a esta plástica perineal ni a otras plásticas de otras hernias.

Este estudio de la función de la capilaridad en el material quirúrgico, nos ha acercado a contemplar procesos elementales de terapéutica quirúrgica y así después de haber visto algunas incongruencias graves en tratamientos modernos de quemaduras orificiales y no orificiales, nos ha preocupado de construir mallas que tuvieran las propiedades físicas del vidrio, del caucho o de la crin de Florencia, sin poros, ni porosidad; sin capilaridad interior, y en esto hemos trabajado varios años, sin traer nunca referencia a esta Sociedad de todos estos trabajos. Nos ha preocupado construir mallas o tules vitrificados de una manera *fija*, con la incapacidad de humedecerse, mojarse, empaparse, chupar o penetrarse íntimamente de líquido, secreción o brote ulceroso, mejorando los aprestos quirúrgicos conocidos del tulgras y del cicatul y otros americanos, en los que después de doce horas, los aprestos de vaselina y parafina son removidos de las gasas por las secreciones biológicas y después de estas 12 horas se fijan a las heridas. El doctor Enrique Finochietto nos ha mostrado últimamente gasas y mallas no capilares, de origen alemán, con aprestos duros, cuya experiencia le ha resultado satisfactoria por estas condiciones físicas, es decir, incapacidad de adherirse, de fijarse o chupar granulación, es decir, renovables de las quemaduras y úlceras de piel, sin dolor ni hemorragia. Nosotros hemos realizado estas mallas de distinta manera, hemos empezado con tules de mosquitero, impregnados de solución de celuloide en acetona y hemos adoptado definitivamente estos otros que presentamos, de tul de mosquitero, impregnado de caucho, que nos ha realizado la India Rubber Gutta Percha. Si la crin (cuyo valor quirúrgico estamos considerando) nos hubiera dado un tejido blando, lo hubiéramos realizado

por su capacidad negativa de enquistamiento. Sobre estas mallas, la aplicación de curaciones hidrófilas, actúan siempre como papel secante, sin adherir ni pegarse.

Creo que hemos demostrado que los hilos no capilares como la erin, no son prácticos en plásticas profundas como las consideradas.

Dr. Calcagno. — El caso del Dr. Mulcahy es interesante, pues se trata de la curación de un prolapso rectal mediante una operación compleja, aunque perfectamente lógica bajo el punto de vista de la concepción patogénica. La división en dos sesiones operatorias se explica por la necesidad de preparar dos campos y la conveniencia de no prolongar excesivamente la intervención.

Desde hace mucho tiempo hemos sostenido en lo referente al prolapso uterino, la ventaja de ejecutar todas las maniobras, tanto las intraperitoneales como las destinadas a reforzar el periné, por una sola y misma vía. He tenido oportunidad de practicar muchas veces la ligamentopexia de Baldy-Dartiguez por vía vaginal, tal como la ejecutó por vez primera Bottaro entre nosotros, asociada a la miorrafia de los elevadores. También realicé una demostración del procedimiento en el Servicio del Prof. Jean Louis Faure.

La idea se ha abierto camino y, con variantes, casi diría que se ha generalizado. En el momento actual está en boga para el prolapso uterino la operación de Halban, que empleamos con excelentes resultados y cuyos tiempos, intraperitoneal, vaginal y perineal, se ejecutan por vía baja.

Otro tanto puede hacerse para el prolapso rectal, asociando el refuerzo de los medios de contención al de los elementos de suspensión. La operación realizada por el Dr. Mulcahy es en esencia la que nosotros empleábamos en el prolapso uterino; la oclusión del fondo de saco de Douglas podría obtenerse por sutura directa, bajo el control de la vista, o indirectamente, practicando una colpotomía posterior y colocando una mecha de gasa, que es retirada progresivamente. En estas enfermas, que tienen órganos móviles y mesos laxos, las maniobras operatorias ofrecen menos dificultades de las que podría suponerse a priori, siempre que se tenga experiencia de la vía vaginal.

Otra asociación fácil y posible sería la de la miorrafia de los

elevadores, que considero fundamental, con la operación de Sick y Lockhardt-Mummery.

Procediendo así se simplifica la intervención, se evitan los cambios de posición y la multiplicidad de campos, se abrevia el acto, se disminuye el shock y se reduce al mínimo la posibilidad de complicaciones. En las operaciones por vía baja la mortalidad es, prácticamente, nula.

Comunicaciones

Bronquiectasia. Lobectomía. Curación.

por el DR. JOSÉ ARCE

No se difunde todavía entre nosotros, como fuese de desear, la posibilidad de aliviar y curar por procedimientos quirúrgicos, algunas afecciones pulmonares, en las cuales fracasa, habitualmente, la terapéutica médica. Por este motivo no se ofrece a los cirujanos la oportunidad de ser útiles a muchos pacientes que, a menudo, por no decir siempre, nos llegan demasiado tarde. Prescindamos del cáncer del pulmón, al que hay que declararle guerra sin cuartel, reclamando a los médicos nos envíen inmediatamente, aun a los sospechosos de estar afectados por dicha enfermedad. No nos detengamos demasiado en la tuberculosis, cuyo tratamiento se encuentra hoy casi exclusivamente confiado a la cirugía la que, felizmente, en nuestro país, desarrolla ya la acción que de ella se puede esperar.

Me refiero, especialmente a las afecciones menos difundidas, no malignas y de origen no tuberculoso, cuyo tratamiento debiera confiarse más frecuentemente y con mayor precocidad, a la cirugía. Y porque reputo necesario insistir en el tema para despertar el interés de los cirujanos y el celo de los médicos, me parece útil llamar de tiempo en tiempo, la atención sobre los éxitos del tratamiento quirúrgico en esas afecciones.

Motiva este comentario una enferma afectada de bronquiectasia del lóbulo inferior del pulmón izquierdo, complicada con episodios supurativos, que ha curado definitivamente gracias a una lobectomía.

Se trata de una enferma de 35 años, anotada en el registro general del Instituto de Cirugía bajo el número 74.359. Se encuentra presente y Vds. pueden observar su excelente estado general.

Tuvo coqueluche a los 5 años y una congestión pulmonar a los 17. A partir de este momento comienza una larga vía crucis. Sospechada de tuberculosis fué sometida durante dos años a cura de reposo, aceite de hígado de bacalao y sales de calcio. Vuelve a sus tareas durante dos años, pero la expectoración se mantiene, especialmente en invierno. Un nuevo episodio febril rotulado de "grippe" la vuelve a un hospital de tuberculosos donde permanece tres años. Sin embargo los exámenes de esputos han sido siempre negativos. Posteriormente es trasladada al Sanatorio Vicente López y Planes, dependiente de la Sociedad de Beneficencia, y recién allí se orientan el diagnóstico y el tratamiento. Se llega a la conclusión de que se está frente a una bronquiectasia que mejora algo, gracias a las inyecciones endobronquiales de lipiodol. Como la mejoría es solo pasajera, se practica una frenicectomía que la mejora notablemente hasta el punto de transcurrir dos años casi sin expectoración y sin que la llegada del invierno despierte los habituales episodios febriles que se observaban antes.

Pero las dilataciones saculares de los bronquios persisten y al cabo de esos dos años, la expectoración reaparece, esta vez acompañada de hemóptisis moderadas y el Dr. José Egües, a cuyo cuidado se encuentra la enferma, tiene la gentileza de solicitar nuestra intervención.

El 2 de septiembre de 1937 le practico una lobectomía, con ayuda del torniquete de Nelson seguida de cierre total de la herida y drenaje declive. Las cosas marchan bien a pesar de un derrame que se hace abundante; la herida se entreabre y finalmente establecemos un drenaje a que nos obliga un empiema alto, bien localizado. A partir de este momento todo entra en orden y la herida marcha rápidamente hacia la curación. Es dada de alta y devuelta al establecimiento de Rodríguez, de donde procedía, el 7 de enero del año en curso. Tiene pues, poco más de seis meses de operada y su estado es excelente; no hay tos, no hay expectoración desde hace tres meses, después de haber expectorado durante once años cantidades variables entre 15 y 200 c.c. La exploración radiográfica muestra imágenes bronconeumáticas de pulmón sano.

No agregaré una sola palabra de técnica, porque es conocida y no lo reputo necesario; me limito a llamar la atención sobre el resultado del tratamiento quirúrgico en esta falsa tuberculosa que durante muchos años fué tratada por medios médicos y que ha alcanzado últimamente su curación definitiva por una operación que no es sencilla, pero que es mucho menos grave que la vía crucis que debió recorrer antes de llegar a manos del Dr. Egües y a la mesa de operaciones en el Instituto a mi cargo.

Permitidme ahora que os muestre la evolución radiográfica de la enfermedad y del pulmón izquierdo en esta paciente desde antes de la operación hasta la fecha.

Dr. Calcagno. — Tengo en este momento en el Servicio de Cirugía, una enfermita de 15 a 16 años que constituye la mejor demostración de la conveniencia que los clínicos envíen estos enfermos precozmente al cirujano. Mi pequeña paciente tiene una bronquiectasia, cuya historia clínica se inicia a los 3 años de edad y como es frecuente, a raíz de una tos convulsa. La exploración bronquial muestra que hay lesiones bilaterales, en ambos lóbulos inferiores, pero a predominio izquierdo. Hay también una cavidad en el lóbulo superior izquierdo, que puede considerarse como un quiste de origen congénito pero que algunos tisiólogos del hospital supusieron que pudiera ser producido por una tuberculosis secundaria. La joven inicia, dice la historia clínica, su enfermedad en la primera edad de la vida: ésta es rica en episodios y la acompaña hasta el momento actual. Con frecuencia hace procesos febriles, tuvo una pleuresía purulenta y actualmente su pleura está adherida. El estado general de esta enfermita es tan precario que francamente no me animo a llevarla a la mesa de operaciones. Y para colmo de desventuras tiene un conato de toracoplastía que le hicieron hace unos años, y digo conato, porque tomaron 2 o 3 arcos costales y, resecaron 7 u 8 cms., ni siquiera en su parte posterior. No sabemos si hay una tuberculosis injertada; la investigación de bacilos de Koch en esputos es negativa, pero las inoculaciones matan rápidamente a los animales (cobayos), por la presencia de estreptococos de gran virulencia. El caso demuestra cómo el presentado por el Dr. Arce, la necesidad de: 1º) Hacer un diagnóstico precoz y enviar el enfermo también precozmente al cirujano. 2º) Aconsejar a los colegas no apliquen las operaciones paliativas, que suelen ser inútiles o nocivas, trátase de frenicectomías o de toracoplastías incompletas. Estas intervenciones deben ser realizadas por cirujanos generales, con dominio total de los procedimientos técnicos y de sus indicaciones. Es evidente que el método de elección en estos casos es la lobectomía.

Absceso crónico de pulmón por bronquiectasia. Lobectomía pulmonar

(Con presentación de enfermo)

por el DR. ALEJANDRO J. CEBALLOS

L. A., 12 años, argentino. Ingresa al Hospital de Niños el 2 de Septiembre de 1937. Cama 26.

Diagnóstico: Bronquiectasias congénitas supuradas. Pioscleriosis del pulmón derecho.

Este enfermo me fué remitido por el Dr. Caupolicán R. Castilla y atendido en compañía del Prof. Ruiz Moreno y del Dr. Ricardo Aguirre.

Antecedentes hereditarios. -- Padres dicen ser sanos.

Antecedentes personales. — Nacido a término. Reg. constipado. Criado a pecho hasta los 24 meses. Hace tres años tuvo sarampión. Coqueluche hace tres años. También padeció de neumonía hace 2 ½. Ha dejado, como consecuencia, el punto de partida de su cuadro actual.

Enfermedad actual. — Comienza hace dos años y tres meses consecutivamente a una neumonía; el niño permanece con un cuadro febril intermitente (38, 39, 39,5, 37,5) vespertina, tos; al principio seca luego con abundante expectoración amarillenta, a veces grisácea, muy fétida, tos que luego toma el carácter quintoso, repitiéndose los accesos 2, 4, 5 veces por día, coincidiendo los mismos con la marcha y los movimientos. En el decúbito lateral izquierdo, dolor en forma lancinante, localizado en campo pulmonar derecho a nivel de la tetilla del mismo lado, que se exacerba al toser. Después de las quintas, el niño expectora abundantemente, con los caracteres arriba citados y queda luego abatido y cianótico (labios y mejillas). Apetito conservado. Desde hace un mes empeora. Y desde hace 15 días empeora aún más.

Estado actual. — Niño en precario estado de nutrición, decúbito facultativo. Piel blanca, húmeda, escaso pániculo adiposo. Micropoliadenopatía inguinal doble, escasos ganglios sub-maxilares. En ambas axilas se palpan algunos ganglios pequeños, de mayor volumen en axila derecha. Masas musculares poco desarrolladas, atrofia de los extensores de ambos antebrazos, mal trofismo muscular.

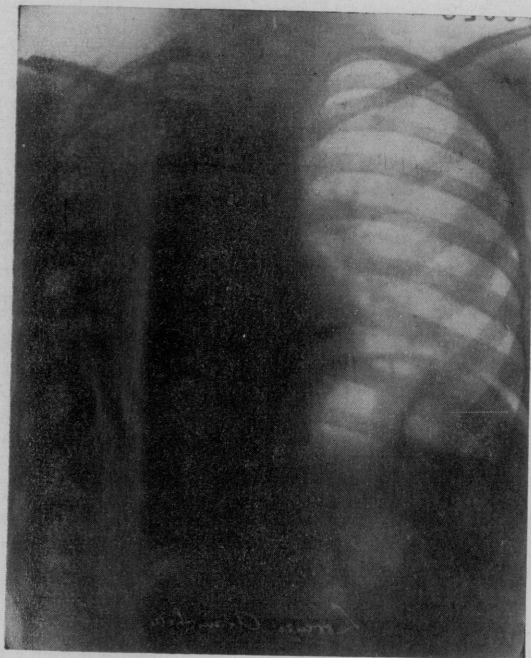
Esqueleto óseo bien conformado. Se palpa espina ósea a nivel de la parte interna del tercio inferior del húmero izquierdo. Sistema piloso muy escasamente desarrollado.

Cabeza: Cráneo; delicocefalo, bien conformado. Cabello cortado, presenta alopecias difusas. Cejas pobladas. Pestañas largas abundantes, bien implantadas. Ojos, conjuntivas coloreadas; pupilas normales; Motilidad ocular conservada. Oídos, sin particularidades; Audición conservada. Boca, labios secos; Lengua saburral, húmeda; Dientes distróficos bien implantados; Fauces se encuentran libres; Aliento fétido. Cuello, delgado; Latidos arteriales visibles.

Tórax: Asimétrico con abovedamiento manifiesto del hemitórax derecho en su parte posterior. Elasticidad disminuída en hemitórax derecho.

Vibraciones vocales normales en pulmón izquierdo. Exageradas en pulmón derecho, excepto en la región de la extrema base, donde se palpan de manera menos intensa.

Percusión; sonoridad pulmonar conservada en pulmón izquierdo. Matitez percutoria en pulmón derecho desde el ángulo inferior de la escápula hacia la extrema base donde es más evidente.



Radiografía 1

Antes de la operación.

Sonoridad pulmonar disminuída a nivel del espacio interescápulo vertebral derecho. Matitez percutoria de pulmón derecho por delante y a nivel de la axila.

Auscultación: murmullo vesicular conservado en pulmón izquierdo, sin ruidos sobreagregados.

Pulmón derecho, doble soplo tubario, a resonancia anfórica, especialmente evidente a nivel del espacio inter-escápulo-vertebral, con rales húmedos gruesos. Broncofonía y pectoriloquia áfona. Murmullo vesicular disminuído en la extrema base.

En axila derecha se ausculta igualmente el doble soplo tubario y también por delante aunque de manera menos intensa.

No hay disnea. Tos frecuente, catarral, fétida. Esputos purulentos, verdosos, color y aspecto de puré de arvejas, sumamente fétidas.

Abdomen: Algo prominente, meteorizado. Palpación indolora. No hay contractura de defensa.

Hígado: borde superior imposible de delimitar a consecuencia de la matitez torácica contigua. Borde inferior no se palpa.



Radiografía 2

La misma, de perfil, mostrando los niveles líquidos.

Bazo: en sus límites normales.

Sistema uro-genital: Normal.

Sistema nervioso: Sin particularidades.

Sangre: Prot. 2653. Wassermann, reacción negativa.

Espeto: Prot. 2301. Se observan estafilococos y micrococus catarralis.

No se observa bacilo de Koch. (8-9-37).

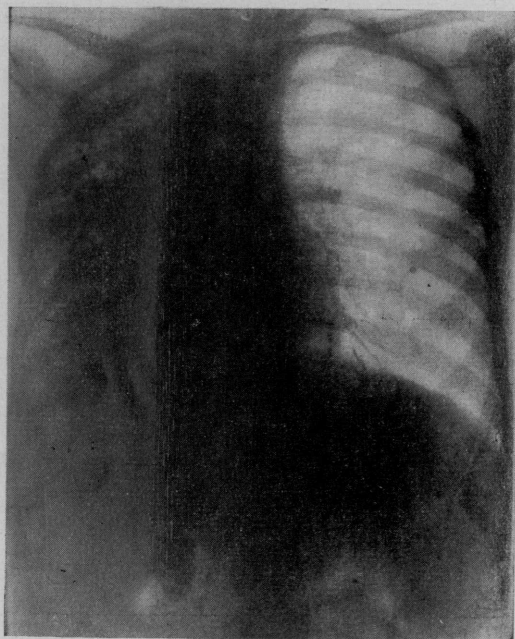
Al examen directo, se observa regular cantidad de mucina. Algunas células planas y restos descamativos. Células sanguíneas (polinucleares y linfocitos) sin predominio aparente. Se observan estafilococos en gran can-

tividad. Algunos neumococos y micrococcus catarrhalis. No se observan bacilos de Koch. Port. 2946. (4-9-37).

Sangre: Prot. 2807. Hb. 70 %, Roj. 3.680.000; G. blancos 8000. R. Glob. 1/460 V. Glob. 0,97. Neut. 69 %. Eos. 4 %. Linf. 21 %. Monuc 6 %.

Orina: Prot. 5067. Acida. 1015. Resto normal. Contiene Indican. Escaso leucocitos. Una que otra célula plana. Escasos elementos cristalinos (7-9-37).

Radiografía del tórax: 75.023. 4-9-37: Se visualiza sombra intensa parenquimatosa, no homogénea, a límites difusos y con zonas claros en su in-



Radiografía 3

Broncografía para mostrar las dilataciones brónquicas.

terior, que ocupa el pulmón derecho. Corazón y tráquea atraídos hacia el lado del proceso del pulmón derecho. Velo difuso de paquipleuritis que imposibilitan la visión del diafragma derecho y del fondo del saco costo-diafragmático.

Septiembre 6: Continúa con igual cuadro clínico pulmonar. La temperatura se mantiene en 37°3.

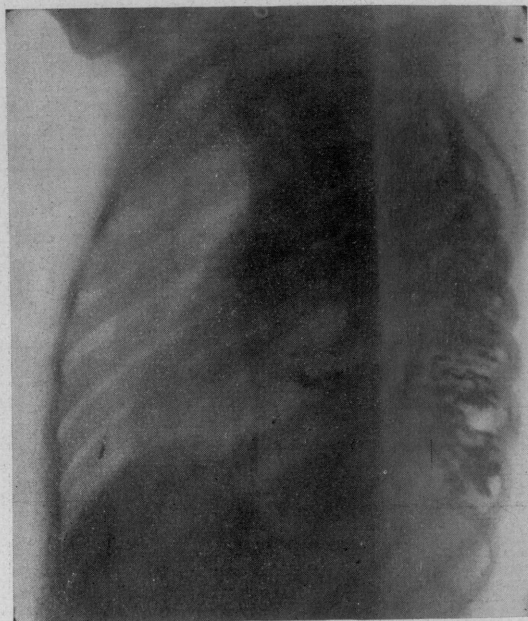
Septiembre 8: Mejor estado general. La temperatura ha descendido y se mantiene desde hace tres días alrededor de 37°3. El niño se siente mejor, ha

disminuído la tos, la expectoración, que había sido intensa por la mañana. Cuadro pulmonar sigue con igual sintomatología.

Septiembre 10: La temperatura ha ido descendiendo, hoy tiene $36^{\circ}7$. Mejor estado general. Resto del examen clínico pulmonar sin variantes.

Septiembre 13: El niño sigue con su tos matinal y a los movimientos con su expectoración de regular intensidad de olor fétido. Temperatura con máxima de $37^{\circ}7$.

Septiembre 15: Sigue febril, con su tos y su expectoración sin variantes.



Radiografía 4

Dilataciones del lóbulo postero-superior.

Septiembre 17: Hoy con $38^{\circ}3$. Esta mañana más abundante la expectoración fétida.

Septiembre 19: Después de la inyección de 0.12 grs. de sulfarsenol presenta una crisis nitritoide caracterizada por mareos, enrojecimiento y calor en la cara y ligera inyección conjuntival.

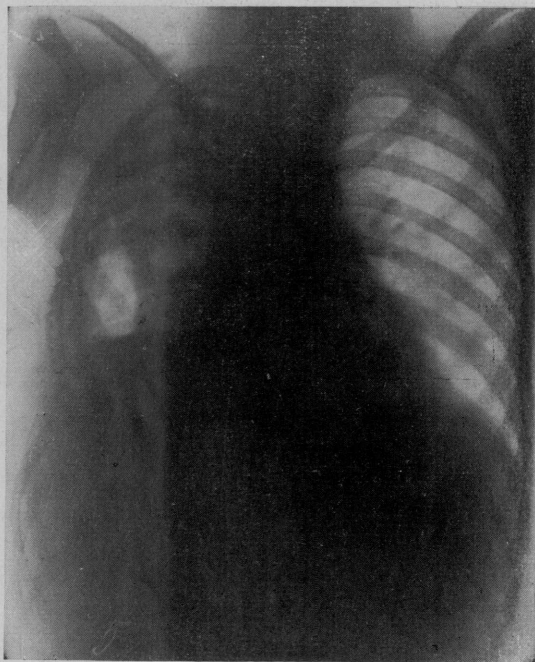
Septiembre 22: El niño tiene menos expectoración fétida, temperatura máxima $37^{\circ}5$.

Sigue auscultándose soplo tubario intenso y gorgoteo.

Septiembre 24: La temperatura desde hace tres días se ha elevado por las tardes a 38 y décimas. Cuadro clínico pulmonar sin variantes.

Septiembre 27: La temperatura se ha elevado hasta 38° y décimas. Igual estado general y su cuadro clínico pulmonar.

Septiembre 30: La temperatura ascendió ayer por la tarde a 38 grados y medio. Hoy afebril. Niño animado igual estado pulmonar.



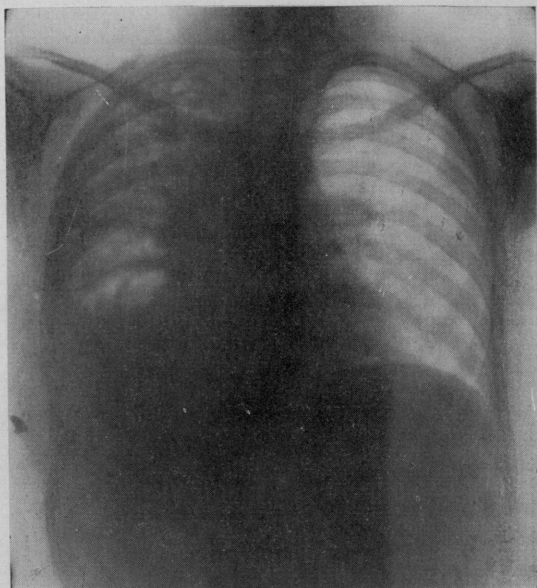
Radiografía 5

15 días después de operada. Se ve la expansión de los lóbulos superiores

Septiembre 30: Las radiografías obtenidas el día 25 son sumamente ilustrativas visualizando diferentes niveles y además de la zona infiltrativa del parénquima pulmonar diferentes imágenes areolares bronquiectásicas.

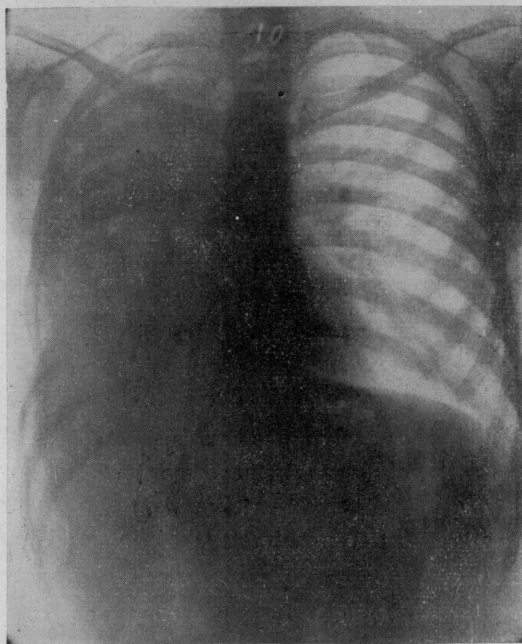
Octubre 1: Mismo estado general. Igual sintomatología física. Expectoración abundante y fétida.

Octubre 8: Igual estado general. La radiografía con lipiodol revela la retracción de la tráquea y de los bronquios hacia el lado enfermo y además las bronquiectasias.



Radiografía 6

En vías de curación, un mes y medio después de operado.



Radiografía 7

Dos meses después.

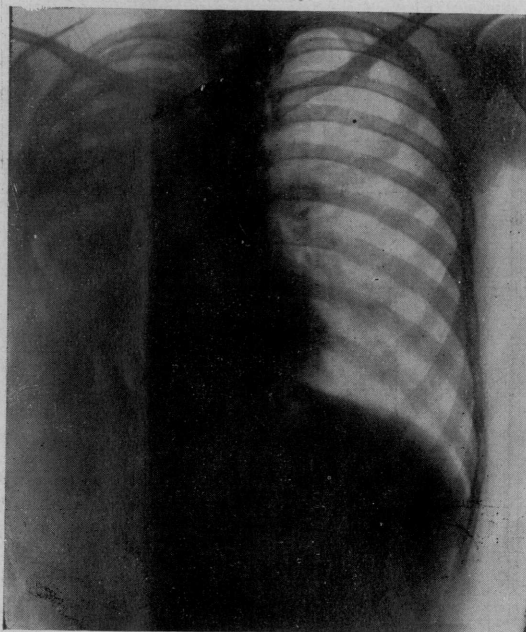
Octubre 16: Continúa en el mismo estado.

Octubre 20: Continúa con su temperatura remitente entre $37^{\circ}2$ y $38^{\circ}2$. La reacción de Mantoux. La lectura a las 24 horas, positiva débil (+).

Pasa a Servicio de Cirugía, sala X del Dr. Ruiz Moreno.

Sangre: Prot. 3041. H. B. Glóbulos rojos: 4.380.000. Glóbulos blancos: 8.600. R. glób. 1/509. For. leuc.: Neutróf. 82 %. Eosinóf. 2 %. Linfocitos 15 %. Mononuc. 1 % (29-9-37).

Sangre: Prot. 3032. Eritrosedimentación: A la hora 70 mm. A las 24 horas: 126 mm. (28-9-37).



Radiografía 8

A los cuatro meses la herida cicatrizada. Clínicamente curado.

Espustos: Prot. 4212. Se observa escaso mucus y fibrina. Albúmina en densa capa.

Gran cantidad de leucocitos. Algunas células descamativas del epitelio glossofaríngeo. Escasos neumococos. No se observan bacilos de Koch ni fibras elásticas. (21-X-937).

Fundados, en la historia clínica y en el examen radiológico, formulamos el diagnóstico de absceso crónico del pulmón derecho en el

lóbulo inferior, bronquiectasia congénita y atelectasia parcial del lóbulo superior.

La indicación del tratamiento quirúrgico se desprende del fracaso de la terapéutica empleada a pesar de la buena elección de los medicamentos. El estado precario del enfermo, la cantidad de pus eliminada en las vómitas diarias, la larga duración de la enfermedad apresuraban con carácter de urgencia la realización operatoria.

Planteado así el problema queda por elegir el método que se ha de emplear. Es inaplicable la freniectomy o el neumotórax por la inseguridad de sus resultados y por la extensión de las lesiones. La neumotomía y cauterización tampoco ofrece garantías por los numerosos niveles observados en la radiografía que indican otras tantas cavidades hidroaéreas. No quedaba como método sino la lobectomía pero la infección tan extendida y la inseguridad de la existencia de adherencias pleurales nos decidió por la operación en dos o más tiempos. Operamos ayudados por el Dr. Ruiz Moreno.

El primer tiempo se realizó el 23 de Noviembre de 1937. Anestesia por gases con el aparato de hiperpresión (Mac Kesson) administrada por el Dr. Ortega. La posición decúbito lateral izquierdo. Se hizo una incisión de 12 cms. en el 7º espacio intercostal derecho. Al separar las costillas con el separador de Tuffier se ve que no hay sínfisis pleural, por lo que decidimos resecar la 7ª, 8ª y 9ª costillas. Se desprende la fascia endotorácica hacia arriba, se hace enyodado de la cara externa de la pleura parietal y se coloca una emplomadura de gasa fenicada, después de haber resecado los músculos y paquetes vásculo-nerviosos intercostales. Se sutura la herida incompletamente dejando salir un extremo de la gasa. Apósito algodónado abundante y vendaje de poca compresión. Inyecciones de suero glucosado hipertónico y fisiológico.

El enfermo ha resistido bien la operación. Inmediatamente se inicia mejoría traducida en disminución del expectorado, la tos y la fiebre. Sigue bien durante una semana, al cabo de ella aumenta la cantidad de pus vomitada, asciende otra vez la temperatura y se establece nuevamente el estado de antes de la operación con el pulso a 100 por minuto.

El 7 de Diciembre de 1937 se efectúa el 2º tiempo bajo anestesia de gases con el mismo aparato. Abierta la herida se com-

prueba que se han formado adherencias. Se abre la pleura sin embargo bajo débil presión; se aísla el lóbulo pósterio-inferior; el medio y ántero-superior están adheridos. Se secciona el ligamento triangular. Aislado el lóbulo se le enlazó con el torniquete de Carr porque dado la gravedad del enfermo se le dejará "in situ" para la hemostasia, abreviando el tiempo de la sutura hemostática del pedículo. Se extirpa el lóbulo seccionándolo a tijera en la vecindad del pedículo. Se drena con gasas y tubos cerrando incompletamente la herida. La operación no ha durado más de 25'. Inyecciones de suero, etc., y se coloca al enfermo en la cámara de oxígeno.

El post-operatorio es normal porque el shock no ha sido muy intenso. La temperatura desciende, el pulso se regulariza y la expectoración desaparece desde el primer día. A los 10 días cae el sierra-nudos y se cambia el drenaje de gasas por tubos. Una semana después se observa un pequeño nivel en la cavidad pleural con 38° que es drenado por el mismo tubo. A fines de Enero de 1938 se ha establecido la fístula bronquial, cuando se la ocluye aparece expectoración. Se coloca un drenaje irreversible. El 5 de Febrero se resacan la 10ª y 11ª costilla para disminuir el volumen del espacio pleural y se continúa con el mismo drenaje. El estado general es excelente. A fines de Marzo la fístula está completamente cerrada. No tiene fiebre ni expectoración.

El 15 de Abril de 1938 es dado de alta en las condiciones actuales, herida curada, sin temperatura, sin expectoración y sin tos. La capacidad respiratoria acrecienta continuamente. El examen radiográfico del 24 de Abril demuestra la sombra del espesamiento de la pleura en la base y aún alguna opacidad en el lóbulo superior.

Clínicamente podemos considerarlo curado por que está afebril y sin expectorado pero la película radiográfica obliga a mantener cierta reserva que no invalida el buen pronóstico. No es extraño que existan algunas dilataciones bronquiales en el lóbulo superior pero el mayor desarrollo del mal estaba en el inferior y el resultado ha comprobado la buena indicación operatoria.

Me he limitado a presentar la historia clínica y a presentaros el enfermo como un hecho demostrativo de la indicación de la lobectomía en los abscesos crónicos que pueden complicar las bronquiectasias.

Dr. Ivanissevich. — Considero que en este enfermito las lesiones de los lóbulos superior y medio persisten tal cual y nadie puede afirmar que el enfermo está curado.

El estado actual parece bueno pero convendría seguir la evolución ulterior, que es la única que nos podrá dar datos ciertos. De un momento a otro, dentro de una semana, un mes o un año, puede reproducirse todo el cuadro clínico anterior.

La documentación radiográfica pre y post-operatoria es insuficiente; el control debe hacerse con la broncografía contrastada o con la tomografía.

Dr. R. E. Donovan. — Sería interesante seguir la observación presentada por el Dr. Ceballos con tanto éxito, durante un tiempo más o menos prolongado, pues la radiografía nos muestra una esclerosis de pulmón, que nos hace reflexionar sobre el pronóstico definitivo.

Dr. Calcagno. — Pido a los señores consocios que me disculpen por intervenir una vez más en la discusión, pero los asuntos tratados son hoy muy interesantes. Ruego también al Dr. Ceballos que no interprete lo que voy a decir, como crítica a su caso, que es brillante por tratarse de un enfermo aparentemente curado, por una lobectomía, de su proceso supurativo pulmonar.

La cuestión básica que deseo plantear me parece de gran importancia: ¿cómo debe proceder el cirujano en estas afecciones supurativas broncopulmonares?; ¿cuál es la indicación operatoria en las bronquiectasias abscedadas, caso sometido a nuestra consideración? ¿Qué razones deben inducirnos a optar por la lobectomía o por la cauterización?

Entiendo que la cauterización, que el Dr. Ceballos ha defendido entre nosotros, permite practicar no solo una lobectomía sino hasta una verdadera neumectomía. Tengo en este momento en mi Servicio Hospitalario un enfermo al que le hemos resecado a bisturí eléctrico y electrocoagulado casi todo el lóbulo superior y parte del inferior, en etapas y con perfecta tolerancia.

El método de Graham tiene la ventaja de permitirnos perseguir las lesiones bajo el control de la vista, orientando la destrucción o

supresión del parénquima pulmonar, de acuerdo con las necesidades y en toda la extensión de las lesiones.

Me parece que la lobectomía hace correr mayores riesgos al paciente. Basta recordar las posibilidades bajo el punto de vista de difundir la infección, — me he referido en esta misma sesión a una enfermita bronquiectásica cuyos esputos matan rápidamente a los cobayos por la acción de un estreptococo muy virulento.

Además tiene el inconveniente de limitar su acción a un lóbulo pulmonar. Como las lesiones no están siempre circunscriptas a un sector del pulmón puede ocurrir que, aun sacrificando porciones sanas, la acción del cirujano resulte incompleta. Es más, la distensión del parénquima conservado podría, tal vez, agravar lesiones preexistentes.

La cauterización asociada a la toracoplastia puede procurarnos la curación, con menos brillo y menos riesgos, pero con mayor seguridad de perseguir y destruir totalmente al proceso supurativo.

Una circunstancia digna de consideración es que en el caso particular se trata de un niño, por lo que conviene en principio evitar operaciones y curaciones prolongadas y dolorosas. Sin embargo, tampoco parece muy convincente la historia bajo este punto de vista.

Vuelvo a repetir que planteo cuestiones doctrinarias y de ningún modo críticas a la observación del Dr. Ceballos, caso feliz dentro de esta cirugía de vanguardia, por el éxito operatorio obtenido.

Dr. Ceballos. — Los reparos que formulan los distinguidos colegas se fundan en un “tal vez”. Yo mismo he dejado el interrogante en el pronóstico pero clínicamente lo considero curado. Cuando hemos visto, con los Dres. Ruiz Moreno, Caupolicán Castilla y Aguirre, a este niño casi muriendo, no podemos menos de clasificar el resultado como magnífico. No comparto la opinión del doctor Calcagno sobre la cauterización para este caso por lo que dije de la difusión de las lesiones y por la extensión de la pío-esclerosis con los niveles líquidos de las cavidades. ¿Por dónde empezaríamos? Estaba todo el lóbulo profundamente atacado y en este caso debíamos temer, empleando la cauterización, a la hemorragia no sólo operatoria sino a la secundaria. Tiene muchos riesgos cauterizar en la vecindad del hilio. Hemos visto en un caso así, que cauterizamos, producirse una hemorragia fatal a los 15 días.

En una de las últimas sesiones del año pasado presentamos seis casos en los que habíamos efectuado la lobectomía en un tiempo, sin neumotórax, bajo anestesia por gases y con hiperpresión. Entre esos enfermos había dos operados por abscesos crónicos, uno un hombre joven de 25 años y otro de 43. Ambos curaron. En ellos la infección fué menos grave que en este caso. Los dos fueron operados en un tiempo.

En este enfermo hemos hecho una lobectomía que entra en las realizadas en dos o más tiempos. Y si hemos de clasificarla de acuerdo con las técnicas descriptas para esta operación por etapas vemos que no coincide con la referida por Robinson que abre la cavidad pleural en el primer tiempo, ni con la de Alexander que también penetra en la cavidad y aísla el lóbulo ni con la de Nissen. Se asemeja a la empleada por Sauerbruch en la emplomadura, que él hace sin embargo con parafina pero se diferencia en que él liga en un tiempo anterior a la extirpación del lóbulo, la rama correspondiente de la arteria pulmonar.

No le he hecho aún broncografía contrastada por que es una molestia grande para el niño pero tendré ocasión de traerlo nuevamente dentro de corto tiempo para que podáis seguir la evolución.

JULIO DIEZ

Director de Boletines

