

9. ELLIS y HARKEN.—Circulation, 11, 637, 1955.
10. VARELA DE SEIJAS y URIEL.—I Reunión de la Sociedad de Medicina Interna, Madrid, 1951.
- 10 a WALLACH, LUKASH y ANGRIST.—Amer. Heart J., 45, 252, 1953.
- 10 b JORDAN, SCHIFFLEY y EDWARDS.—Circulation, 3, 363, 1951.
11. WRIGHT.—Amer. Heart J., 32, 20, 1946.
12. WRIGHT.—Proc. Am. Feder. Clin. Res., 2, 101, 1945.
13. WRIGHT.—Amer. J. Med., 14, 720, 1953.
14. WRIGHT y FOLEY.—Amer. J. Med., 3, 718, 1947.
15. FOLEY y WRIGHT.—Amer. J. Med. Sci., 217, 136, 1949.
16. TULLOCH y WRIGHT.—Circulation, 9, 823, 1954.
17. SPRAGUE y JACOBSEN.—Med. Clin. North Am., 32, 1309, 1948.
18. ASKEY y CHERRY.—Journ. Am. Med. Ass., 144, 97, 1950.
19. ZILLIACUS.—Acta Med. Scan. Supl., 171, 1946.
20. WRIGHT, H. P.—Brit. J. Surg., 40, 163, 1952.
21. STEPHENS.—Circulation, 9, 682, 1954.
- 21 b WOOD y CONN.—Circulation, 10, 517, 1954.
22. WRIGHT, BOURGAIN, FOLEY, McDEVITT, GROSS, BURKE, SIMON, LIEBERMAN, SYMONS y HUBNER.—Circulation, 9, 748, 1954.

SUMMARY

The writer discusses the problem of the therapeutic measures to be taken for the prevention of embolism in those patients with mitral stenosis of Group I without pulmonary hypertension or physical disability who survived a serious embolic accident. Two case records are given of patients who recovered after cerebral embolism. In a patient it was decided to remove the left cusp; on the sixth day of a normal post-operative period he died as a result of pulmonary embolism following phlebotrombosis of the leg. The other patient leads a normal active life without accidents after six months of anticoagulant treatment. The second method of treatment appears to give the patient more protection and be more helpful than when the condition is left to run its course which is in the long run more dangerous than the possible risks of the treatment employed.

ZUSAMMENFASSUNG

Besprochen wird das therapeutische Problem von Patienten mit Mitralstenose der Gruppe I ohne Lungenüberdruck und physische Untauglichkeit, die aber eine schwere Embolie überlebt haben, um alle Massnahmen zur Vermeidung eines ähnlichen Vorfalles zu treffen. Man bringt die Krankengeschichten von 2 solchen Patienten, die sich von mehreren Gehirnembolien wieder erholt haben. Bei einem Patienten schritt man zur Exstirpation des linken Herzohres; aber am sechsten postoperativen, bis dahin normalen Tage starb der Kranke infolge einer Lungenembolie im Anschluss an eine Thrombophlebitis eines Beines. Die zweite Patientin führt ein normales aktives Leben ohne irgendwelche Zwischenfälle nach der Durchführung einer sechsmonatlichen antikoagulierenden Therapie. Es scheint so, als ob diese zweite Behandlungsmethode den Patienten mehr schätzt und vorteilhafter ist, als wenn man ihn der spontanen Weiterentwicklung überlässt, was auf die Dauer gefährlicher ist als die etwaigen Gefahren der angewandten Therapie.

RÉSUMÉ

On signale le problème que représentent les malades souffrant de sténose mitrale du groupe I, sans hypertension pulmonaire ni incapacité physique, mais ayant souffert un accident embolique grave auquel ils ont survécu, pour prendre une attitude thérapeutique à fin d'éviter un accident semblable.

On présente 2 histoires cliniques de malades de ce genre, récupérés de leurs embolies cérébrales. Dans l'un on décida l'extirpation de l'auricule gauche, mais le sixième jour d'un post-opératoire normal, le malade mourut par embolie pulmonaire consécutive à la phlébothrombose d'une jambe. L'autre mène une vie active et normale sans accidents, 6 mois après le traitement anticoagulant. Il semble que cette deuxième méthode de traitement peut protéger davantage le malade et est plus utile que de la laisser abandonner à son évolution spontanée, qui à la longue est plus dangereuse que les possibles risques de la thérapeutique employée.

FISIOPATOLOGIA DEL CONFLUENTE DUODENO-BILIAR POSTGASTRECTOMIA

A. Díez CASCÓN.

Comandante Médico.

L. TORRE ELEIZEGUI.

Del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.

Hospital Militar del Generalísimo, Barcelona.
Servicio de Cirugía, Equipo quirúrgico del Doctor ANGEL Díez CASCÓN.

Es general la inquietud acerca del porvenir inmediato y tardío de los enfermos gastrectomizados, patente en la literatura médica por la reiterada publicación de estadísticas y resultados. La generalización de la gastrectomía subtotal en el tratamiento del úlcus gastroduodenal quirúrgico ha permitido a las diversas escuelas deducir conclusiones, no siempre unánimes y con gran frecuencia sometidas a revisión, sobre las ventajas e inconvenientes de las diversas modalidades técnicas. La mortalidad inmediata y las recidivas sintomáticas han mejorado progresivamente; pero, pese a ello, quedan todavía puntos oscuros que conceden permanente actualidad a los problemas del gastrectomizado.

Hemos seguido con esta inquietud el curso inmediato y alejado de nuestras 500 gastrectomías por úlcus. El detallado estudio de las mismas fué realizado bajo el siguiente esquema de trabajo:

1. Control postoperatorio diario.
2. Exámenes radiológicos y biligráficos realizados a partir del séptimo día en numerosos casos.
3. Revisión estadística del curso posterior de los pacientes, facilitada por la índole del Servicio, que ha permitido el contacto directo o epistolar con más del 90 por 100 de operados.
4. Conclusiones y comprobaciones deducidas de nuestras reintervenciones por recidiva sintomática.

Nos proponemos dar a conocer la totalidad de resultados y los problemas que ellos sugieren en una publicación detallada. En la presente, intentamos tan sólo señalar algunos puntos que consideramos de interés, en relación con la fisiopatología del muñón duodenal, durante el postoperatorio inmediato de la gastrectomía subtotal tipo Hoffmeister-Finsterer.

LOS FALLOS DEL MUÑÓN DUODENAL.

En contraste con el hecho excepcional de fallo en la sutura gastroyeyunal, la dehiscencia del muñón duodenal comparte con la hemorragia postoperatoria la primacía causal en las complicaciones y exitus postgastrectomía. La complicación surge en algunos casos, pese a la máxima perfección técnica, basada en la sutura sobre tejido duodenal sano, con buena vascularización y conservación de la capa serosa anterior y posterior. El temor a este riesgo ha inducido a diversas escuelas al establecimiento sistemático de un drenaje subhepático que, canalizando al exterior el posible fallo duodenal, evite la invasión del peritoneo libre, aun con la servidumbre de una fístula duodenal grave. Idéntico objetivo persiguen los que, ante importantes dificultades en la liberación duodenal, concluyen la intervención mediante drenaje aspirativo del muñón no suturado o con cierre parcial del mismo.

Los principales factores que, actuando aislada o conjuntamente son responsables de la dehiscencia duodenal, pueden agruparse en los siguientes tipos:

A. *Factores biológicos*, que interfieren la normal cicatrización a nivel de la línea de sutura:

1. Isquemia de la pared duodenal, motivada bien por una excesiva liberación del muñón que compromete su vascularización, bien por la producción de hematomas en los mesos o en la subserosa, bien por la excesiva reiteración en los puntos de sutura e infundibulización, en un equivocado intento de conseguir un más hermético cierre.
2. Mala calidad tisular, con dificultades para una buena peritonización o intensa esclerosis periulcerosa.
3. Intensa flogosis, con infiltración tisular y edema. El mismo papel representa la inva-

sión de la línea de sutura por edema de origen metabólico.

4. Alteraciones generales, especialmente hipoproteïnemia y anemia.

B. *Factores mecánicos*, tales como la oclusión del asa aferente, la invaginación de la misma o la práctica de una anastomosis gastroyeyunal antiperistáltica. Todos ellos son causa de hipertensión en la luz del asa duodenal, la cual, por doble mecanismo mecánico e isquémico, pueden hacer fallar cualquier muñón por bien peritonizado que esté.

C. *Factores fisiopatológicos*, responsables de atonía y estasis a nivel del muñón y asa aferente, que se mantiene varios días y es también responsable de una perjudicial hipertensión.

Así como los tipos A y B son perfectamente conocidos y, en consecuencia, las técnicas quirúrgicas han ido adaptándose a la realidad de su existencia, apenas hemos encontrado referencias al problema fisiopatológico del estasis, al que dedicaremos en esta nota preferente atención.

EL ESTASIS EN EL MUÑÓN DUODENAL.

La observación detallada del curso inmediato de nuestros gastrectomizados, partiendo de una hipótesis de trabajo en la que admitíamos teóricamente la posibilidad de retención, estasis y atonía a nivel del asa aferente, nos permitió adquirir argumentos que demuestran su evidencia.

Fundamentos.—Basamos esta realidad en los siguientes hechos de observación clínica:

a) Desde un principio había llamado nuestra atención el hecho, reiteradamente comprobado, de que en el líquido obtenido por la sonda de aspiración continua situada en el muñón de gastrectomía, no existen indicios de bilis hasta transcurridas 48-62 horas. El hecho no podía explicarse sino admitiendo una suspensión del flujo biliar durante dicho período de tiempo o bien suponiendo que el jugo biliar quedaba retenido en la luz del muñón duodenal y asa aferente. Como indicaremos más adelante, hemos podido comprobar la existencia de un flujo biliar continuo hacia el duodeno, por lo cual orientamos nuestras investigaciones en busca de la existencia de un estasis duodenal y al análisis de sus causas.

b) La exploración directa del duodeno en el postoperatorio inmediato reviste extraordinarias dificultades. Sólo es posible necrópticamente, en casos de exitus inmediato y quirúrgicamente en las reintervenciones justificadas por una grave complicación precoz. En la primera eventualidad, nos sorprendió encontrar en un caso un megaduodeno, en forma de bolsa, con abundante contenido líquido (jugos duodenal, pancreático y biliar), aun en ausencia de todo obstáculo mecánico distal.

En las reintervenciones por fallo de sutura

duodenal, hemos aspirado de la cavidad peritoneal libre grandes cantidades de líquido de aspecto biliar, aun en fase precoz en que existe exudado peritoneal inflamatorio.

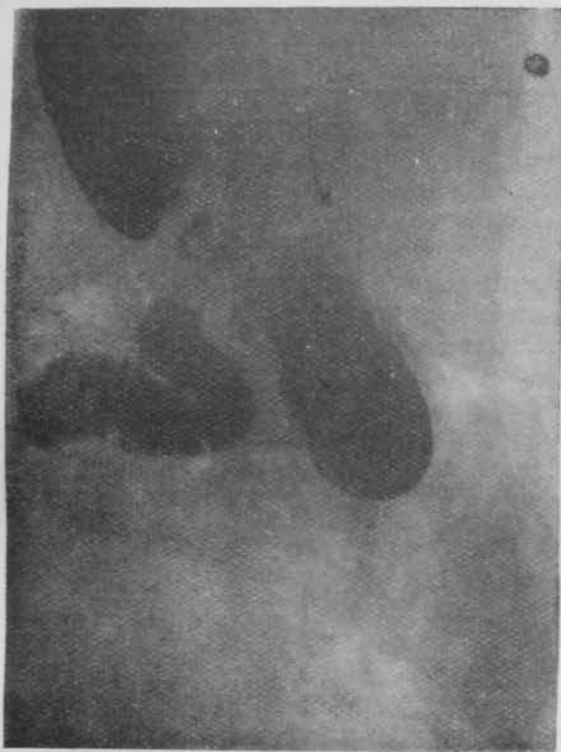


Fig. 1.

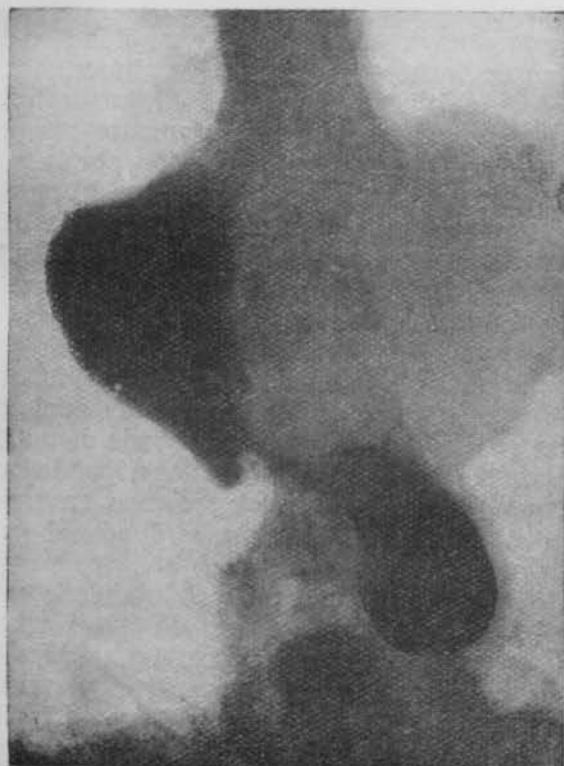


Fig. 2.

c) El exiguo número de casos que pueden ser así explorados directamente nos estimuló a intentar el examen radiológico precoz del mu-

ñón duodenal. Consideramos que la utilización tan precozmente de las maniobras y técnicas propuestas para conseguir el relleno baritado del asa aferente en el estudio de las complicaciones postoperatorias tardías podía resultar peligrosa. Sin embargo, el examen radiológico precoz de nuestros gastrectomizados con técnica Billroth I permitió obtener conclusiones, en cuanto a dinámica y tonicidad del asa duodenal, que tienen idéntica vigencia cuando se emplea un tipo Billroth II.

La iconografía que presentamos (figs. 1 a 6) ilustra sobre la imagen que reiteradamente, y casi sin excepción, obtenemos. Es evidente en



Fig. 3.

todas las radiografías la importante atonía de la segunda y tercera porciones del duodeno, que en ocasiones llega a adquirir un calibre doble o triple del normal, y se mantiene como mínimo durante 3-4 semanas.

Con todo rigor lógico, cabe admitir en el asa aferente de la gastrectomía tipo Hoffmeister-Finsterer idénticas alteraciones en el tono y motricidad, capaces de representar la base patogénica de un estasis, que en este caso vendría favorecido por factores mecánicos sobreañadidos, de los que nos ocuparemos a continuación.

Causas del estasis duodenal.—Consideramos que la retención inmediata en el asa aferente es resultante de la acción conjunta, con mayor o menor intensidad, de los siguientes factores:

1. Alteración funcional del duodeno, con atonía y acinesia, cuya realidad clínica hemos

intentado demostrar en los anteriores apartados.

Es un hecho universalmente admitido la atonía postoperatoria—a veces definitiva y las más muy prolongada—del muñón de gastrectomía. El fenómeno se atribuye a la interferencia en la inervación vagal consecutiva a la liberación del estómago y, en menor grado, a la perturbación que para el funcionalismo muscular representa la sección del estómago, las suturas y los fenómenos inflamatorios inherentes a las mismas. Con mucha frecuencia, asimismo, se comprueban atonías gástricas de mayor o menor gravedad y duración, como complicación postoperatoria de vagotomías o re-

do de bilis mucho más precozmente que en las intervenciones primitivas.

2. A estos fenómenos dinámicos—comunes a todas las técnicas de resección gástrica—se



Fig. 4.

secciones esofágicas, que comportan una sección bilateral del neumogástrico.

Creemos que la atonía duodenal postoperatoria tendría una base patogénica similar: de una parte, sería consecuencia de la total denervación vagal del muñón duodenal, y de otra, en menor grado, sería influida por el edema e infiltración inflamatoria de la pared duodenal subsiguientes a la sutura e infundibilización del muñón.

Ambas causas de atonía son pasajeras. Progresivamente remiten los fenómenos inflamatorios y más lentamente se instaura un automatismo neuromuscular que restablece el tono de la pared duodenal y reanuda su actividad peristáltica. Quizá en este automatismo radique la explicación de que el líquido aspirado a través de la sonda gástrica, en los casos de regastrectomía por ulcus recidivante, aparezca teñi-

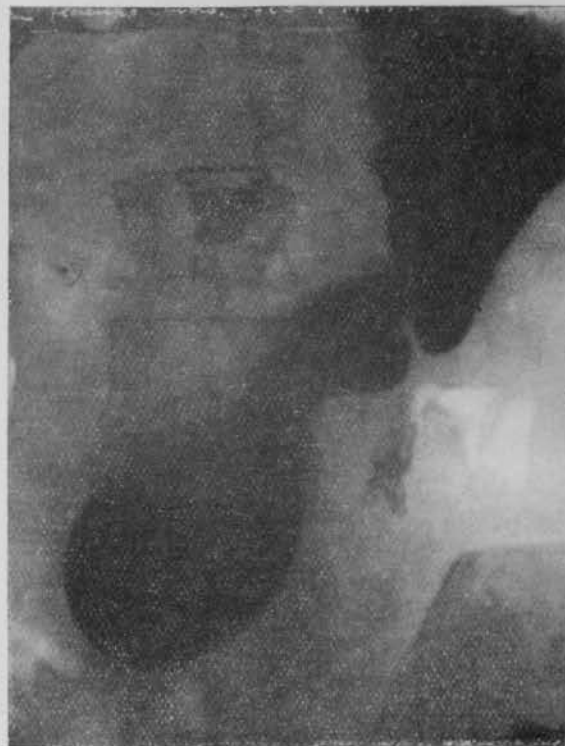


Fig. 5.



Fig. 6.

asocian, en la gastroyeyunostomía, fenómenos mecánicos que facilitan la retención. Prescindiendo de las oclusiones del asa aferente debidas a un error técnico, es evidente que el más

o menos largo trayecto ascendente que la bilis debe recorrer, desde la papila al asa eferente, constituye una nueva dificultad a su normal progresión, agravada en muchos casos por las maniobras técnicas destinadas a colgar el asa aferente de la pequeña curvadura del muñón con objeto de prevenir el reflujo alimenticio.

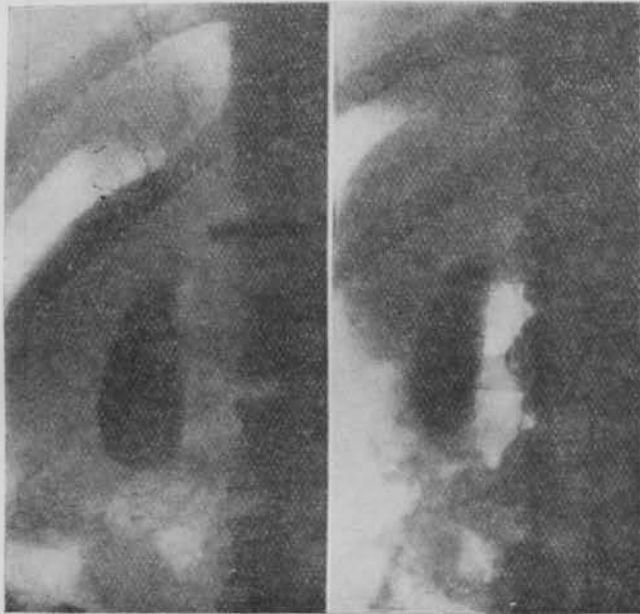


Fig. 7.

Por otra parte, la yeyunitis, que indefectiblemente asienta en el tramo anastomótico, cursa con edema más o menos importante de la mucosa, el cual, por acción mecánica y extendiendo a esta zona los fenómenos de atonía, constituye un nuevo obstáculo al vaciamiento del contenido líquido proximal.

3. Existencia de una secreción bilio-duodeno-pancreática normal, que progresivamente rellena el asa atónica. Es evidente que el trastorno general y las alteraciones del equilibrio hidro-mineral de la sangre, así como las manipulaciones en la vecindad y la ausencia del estímulo fisiológico de las secreciones digestivas, suponen una disminución relativa de su cantidad diaria. Sin embargo, aun suponiendo que estos factores determinen una merma del 50 por 100, es evidente que la cantidad de líquido acumulado en las primeras 48 horas puede sobrepasar el litro, contenido desproporcionado al exiguo continente representado por el asa aferente.

Para confirmar la normalidad de la función biliar en el postoperatorio, dirigimos nuestras observaciones en un doble sentido:

A. Estudio del tono y motricidad biliar, mediante examen radiológico con Biligrafina, efectuado a los 7-10 días de la intervención. Fueron así estudiados nuestros quince últimos gastrectomizados, y del análisis de las series radiográficas (figs. 7 y 8) obtenidas deducimos las siguientes conclusiones:

a) En ningún caso ha sido posible visualizar la vía principal, ni siquiera las ramificaciones intrahepáticas, ni antes ni después de la prueba de Boyden. Pueden, por tanto, eliminarse en nuestros casos la posibilidad de alteraciones anatomofuncionales capaces de determinar un estasis y retención por obstáculo mecánico o inflamatorio en la vía principal o en la papila.

b) El relleno vesicular ha sido completamente normal y la cinesia del colecisto en la prueba de Boyden se ha mantenido en límites aceptables.

c) En cierto número de casos hemos obtenido imágenes correspondientes a vesículas atónicas que, no obstante, responden normalmente a la prueba de Boyden. Concedemos escasa significación a estos casos, que pueden explicarse perfectamente como hipotonías constitucionales, si bien es posible que la vesícula y sus vías de excreción participen en cierto grado en la hipotonía regional postoperatoria. A este respecto, y pese a lo incompleto de nuestros conocimientos acerca de la regulación nerviosa de la motilidad biliar, no debe olvidarse la posible influencia de las fibras que el neumogástrico izquierdo envía al plexo hepático, las cuales pasando a través del epiplón menor, son seccionadas durante la resección gástrica.

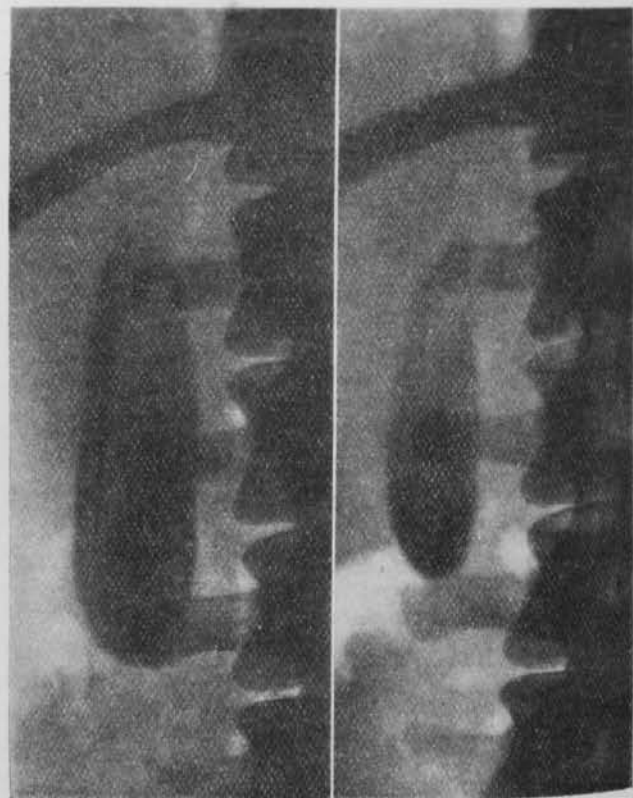


Fig. 8.

B. Determinación de las cifras de bilirrubinemia, comparando su valor antes e inmediatamente después de la intervención. De los resultados obtenidos se deduce claramente la au-

sencia de alteraciones en el flujo biliar, al menos en grado suficiente para alterar las cifras hemáticas de pigmentos biliares.

Consecuencias del estasis duodenal.—El resultado final de la sucesión de estos fenómenos fisiopatológicos es la progresiva distensión del asa aferente y muñón duodenal. El fenómeno es pasajero y remite espontáneamente cuando se establece el automatismo neuromuscular y el peristaltismo del asa. Sin embargo, la distensión en los primeros días del postoperatorio puede marcar su influencia nociva sobre la sutura duodenal.

Es fácilmente comprensible que la distensión del muñón duodenal subsiguiente al estasis interfiere, por acción mecánica e isquémica, la cicatrización normal de la sutura y, por ende, favorece los fallos parciales o totales del muñón.

Al analizar estos hechos, surgió en nuestra argumentación una importante duda al comprobar la no relación cronológica entre el máximo estasis (segundo-tercer día) y el momento habitual de presentación del fallo de sutura (quinto-octavo día). Creemos, sin embargo, que la contradicción es sólo aparente, pues el estasis no tiene una acción mecánica hipertensiva capaz de rasgar las suturas, sino tan sólo una acción perturbadora de los normales mecanismos de cicatrización cuya resultante es un muñón poco resistente frente a la reanudación de las actividades motoras del asa, que son máximas a partir del quinto día.

La valoración del riesgo es mayor si se tiene en cuenta que el automatismo del asa aferente, al enfrentarse con nuevas condiciones mecánicas (gran contenido de retención, posibles alteraciones en la boca anastomótica, falta del impulso que supone el peristaltismo gástrico, etcétera), se manifiesta en forma de enérgicas contracciones que, siendo con frecuencia antiperistálticas, ejercen máxima acción sobre el muñón.

CONCLUSIONES PRÁCTICAS.

De nuestra revisión de los problemas fisiopatológicos del asa aferente en el postoperatorio inmediato de la gastrectomía subtotal tipo Hoffmeister-Finsterer, parece deducirse la constancia de un estasis duodenal peligroso que puede favorecer el fallo total o parcial de la sutura del muñón. Es nuestro propósito señalar simplemente este hecho y la inquietud que nos produce, sin afanes de originalidad, ya que nos limitamos a interpretar hechos bien conocidos.

Este convencimiento debe estimularnos a poner a contribución todos los recursos técnicos capaces de evitar o disminuir el estasis en el asa aferente. Ello se logra, de una parte, reduciendo al mínimo los posibles obstáculos mecánicos en el tránsito del asa, y de otra, disminuyendo la tensión en su luz mediante aspiración

del contenido líquido que allí se acumula progresivamente.

No es suficiente para ello la aspiración gástrica clásica, que poco puede hacer frente a la atonía duodenal. Sugerimos la utilización de una sonda bilumen que, introducida en el asa aferente durante el acto operatorio, permita la aspiración simultánea de las secreciones y contenido del muñón gástrico y de la gran cavidad cerrada que representa el asa aferente.

Esta es la más importante conclusión que creemos deducir de nuestro trabajo. Muy recientemente hemos comenzado a utilizar la sonda bilumen, sin tiempo a obtener resultados definitivos, que serán objeto de una posterior comunicación.

RESUMEN.

Del estudio postoperatorio inmediato de 500 gastrectomizados, con exámenes radiográficos y biligráficos practicados, en numerosos casos, a partir del séptimo día siguiente a la intervención, deducen los autores la existencia de importantes alteraciones fisiopatológicas a nivel del asa aferente y muñón duodenal en la gastrectomía tipo Hoffmeister-Finsterer.

Sobre la base de atonía y acinesia de dicha asa, se establece un importante estasis de las secreciones bilio-digestivas, capaz de interferir en la normal cicatrización del muñón. La reanudación del peristaltismo, con contracciones, con frecuencia antiperistálticas, del asa repleta, representan un nuevo factor de peligro en cuanto al fallo de la sutura duodenal.

Los autores sugieren la utilización de una sonda bilumen, capaz de aspirar simultáneamente el contenido del muñón gástrico y el líquido detenido en el asa aferente.

SUMMARY

From the immediate post-operative examination of 500 gastrectomised patients by means of roentgenograms and biligrams taken from the 7th. post-operative day the writers deduce the presence of important physiopathologic disturbances at the level of the afferent loop and duodenal segment in Hoffmeister-Finsterer gastrectomy.

Owing to atony and akinesia of the loop, an important stasis of the bilidigestive secretions develops which is capable of interfering with the normal cicatrization of the duodenal segment. The onset of peristalsis with contractions, sometimes of antiperistaltic nature, of the distended loop is a new dangerous factor aiding in the failure of the duodenal suture.

The writers suggest the use of a double lumen tube capable of aspirating both the contents of the gastric segment and the fluid retained in the afferent loop.

ZUSAMMENFASSUNG

Aus dem sofortigen postoperativen Studium von 500 Magenresezierten mit Roentgenuntersuchung und Biligraphien vom 7. Tage nach der Operation ableiten die Autoren das Vorhandensein von wichtigen physiopathologischen Veränderungen in der Gegend des aufsteigenden Teiles und Duodenumstumpfes bei der Gastrectomie Typus Hoffmeister-Finsterer ab.

Auf der Basis einer Atonie und Achynesie im besagten Darmabschnitt entwickelt sich eine bedeutende Stase der Gallen- u. Magensecretionen, die fähig sind, die normale Verheilung des Stumpfes zu stören. Die erneute Peristaltik mit Kontraktionen und der häufige Antiperistaltismus der gefüllten Darmschlinge sind ein neuer Faktor, der die Duodenalnaht gefährden kann.

Die Verfasser regen daher die Anwendung einer biluminösen Sonde an, die gleichzeitig den Inhalt des Magenstrumpfes und die zurückgehaltene Flüssigkeit in der afferenten Darmschlinge aspirieren kann.

RÉSUMÉ

De l'étude postopératoire immédiate de 500 gastrectomisés, avec examens radiographiques et biligraphiques, réalisés dès le 7.^e jour de l'intervention, les auteurs déduisent l'existence d'importantes altérations physiopathologiques à niveau de l'anse afférente et moignon duodénal dans la gastrectomie, genre Hoffmeister-Finsterer.

Sur la base d'atonie et acinésie de cette anse, il s'établit une importante stase des sécrétions bilio-digestives, capable d'interférer la normale cicatrisation du moignon. La reprise du péristaltisme avec des contractions, fréquemment antipéristaltiques, de l'anse pleine, représente un nouveau facteur de danger quant à faire rater la suture duodénale.

Les auteurs suggèrent l'utilisation d'une sonde bilumen, capable d'aspirer simultanément le contenu du moignon gastrique et le liquide retenu dans l'anse afférente.

LA TUBERCULOSIS TRAQUEO-BRONQUIAL (*)

Estudio endoscópico.

R. SASTRE MARTÍN y A. BUSTOS ALARCÓN.

Grupo Sanatorial de Santa Marina.

Servicio de Cirugía Torácica. Jefe: C. GIL TURNER.
Servicio de Endoscopia. Jefe: S. PAGADIGORRIA.

El motivo de la presente comunicación es presentar los resultados de nuestras observaciones en 479 enfermos de tuberculosis pulmonar, sometidos a examen broncoscópico durante el espacio de tiempo comprendido entre los años 1950-1955, en el Grupo Sanatorial de Santa Marina, de Bilbao.

El estudio broncoscópico no ha sido sistemático en todos los enfermos ingresados en este Centro; la indicación para su estudio endoscópico se ha basado en:

1.º Sospecha clínico-radiológica de tuberculosis tráqueo-bronquial.

2.º Como examen previo al tratamiento quirúrgico colapsante o de exéresis.

En este último grupo se ha realizado, en 20 casos, el estudio histológico, en cortes seriados, del tramo bronquial de la pieza de exéresis, comparando las alteraciones endoscópicas con las halladas microscópicamente.

De estos enfermos, los más, habían sido sometidos a un tratamiento quimioterápico previo; otro grupo había sido tratado insuficientemente, y otro, mucho menos numeroso, no había recibido medicación alguna.

Las cifras exactas en que se basa nuestro trabajo son las siguientes:

De 3.174 enfermos vistos en este Centro, en el espacio de tiempo comprendido entre enero de 1950 y marzo de 1955, se ha indicado el examen endoscópico-bronquial a 479 pacientes, de los cuales se han encontrado lesiones manifestadas en 169 casos, correspondiendo a un 35,2 por 100 de la totalidad de los enfermos examinados.

De ellos, eran varones 99 y el resto pertenecían al sexo femenino. En lo que se refiere a la localización de dichas lesiones, siete afectaban a la tráquea exclusivamente; 90 estaban localizadas en el bronquio derecho; 62, en el bronquio izquierdo, y 10 tenían una localización bilateral.

Entre las numerosas estadísticas broncoscópicas recogidas de la literatura, tales como las de WARREN, HAMMOND y TUTTLE (1938), WERNER (1939), MCINDOE, STEEL, SAMSON, ANDERSON y LESLIE (1939), ORNSTEIN y EPSTEIN (1938), MYERSON (1941), RAFFERTY y SCHIELDS (1943), DAVIS (1943), DIACOMOPOULOS (1946), TAPIA y DA COSTA QUINTA (1948), etc., de aquellas que han sido elaboradas en condiciones de trabajo similares a las nuestras, haremos referencia: a la de WERNER, que da un porcentaje del 57,4 por 100 entre 108 broncoscopias realizadas en enfermos sospechosos de tuberculosis

(*) Comunicación presentada en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao con motivo del Congreso celebrado en el XXV aniversario de la fundación del G. S. de Santa Marina, de Bilbao.