

ZUSAMMENFASSUNG

Auf Grund der klinischen Beobachtungen bei acht an verschiedenen Prozessen leidenden Patienten, die mit einer Antibiotikaverbindung, nämlich Tetracyclin und Oleandomycin im Verhältnis von respektiv 67 % und 33 % behandelt wurden, kann man gegenwärtig nachstehende Schlussfolgerungen vorausschicken:

1. Eine rasche therapeutische Reaktion auf die Behandlung bei häufigen, akuten, fieberhaften Prozessen, bei welchen klinisch der Verdacht eines bakteriellen Widerstandes den anderen, vorher angewandten Antibiotika gegenüber besteht.

2. Um die klinische Remission der Fieberkurve, etc., zu erzielen genügen gewöhnlich Dosierungen von 1 bis 2 Gm. in 24 Stunden, in vier Gaben verabreicht. (Bei Kindern kann man die zur Anwendung anderer Antibiotika mit breitem Spektrum angeführte Dosierung befolgen).

3. Eine langdauernde Verabreichung des Produktes ruft keine Nebenerscheinungen von Unverträglichkeit hervor, die zu einer Unterbrechung der Behandlung veranlassen können.

4. Die nötige Gesamtdose, sowie die Anzahl der für die Behandlung erforderlichen Tage sind im Verhältnis geringer als diejenigen die durchschnittlich für die Behandlung ähnlicher Prozesse mit anderen Antibiotika und entsprechenden klinischen Umständen in Frage kommen.

RÉSUMÉ

Les observations cliniques réalisées dans le traitement de 8 malades, traités de différents processus, avec une association antibiotique de tétracycline et oléandomycine dans la proportion de 67 % et 33 % respectivement, nous permet actuellement d'avancer les conclusions suivantes:

1.° Obtenir une réponse thérapeutique rapide dans le traitement de processus fiévreux aigus fréquents, où l'on pourrait soupçonner cliniquement une résistance bactérienne à d'autres antibiotiques employés préalablement.

2.° Les doses de 1 à 2 grammes dans les 24 heures, distribuées en quatre prises, sont en général suffisantes pour obtenir une remission clinique de la courbe fiévreuse, etc. (Chez les enfants on peut observer un dosage semblable à celui qui est indiqué pour l'emploi d'autres antibiotiques d'ample spectre).

3.° Son administration prolongée ne produit pas de phénomènes secondaires d'intolérance, qui obligeraient à interrompre le traitement.

4.° Les doses totales nécessaires et le nombre de jours de traitement sont proportionnellement inférieures à ces qui ont été employées, en moyenne, dans le traitement de processus semblables avec d'autres antibiotiques et dans des circonstances cliniques analogues.

EVENTRACION DIAFRAGMATICA DERECHA

E. DE ARZÚA ZULAICA, P. ELÍAS MARTÍNEZ
y J. M. YARZA IRIARTE.

I

Presentamos el siguiente caso:

J. L. A., de treinta y siete años, varón. Visto el 18-V-1957.

Antecedentes personales.—A los doce años de edad le fué practicada una frenicectomía derecha, por proceso tuberculoso pulmonar, del que curó en pocos meses.

Antecedentes familiares.—Sin interés.

Enfermedad actual.—Hace tres años siente plenitud en epigastrio y vientre, si come mucho o se excita, con vómitos provocados. La anteúltima vez hace trece días y la última hace ocho días, en que además de la molestia habitual y vómito tuvo una lipotimia con cianosis. La comida fué muy copiosa.

Exploración.—Sujeto obeso. Talla, 1,68. Peso, 85 kilos. Tensión, 12-8. Pulso, 60. Submatidez y disminución del murmullo vesicular en base hemitórax derecho.

Rayos X (20-I-57).—El hemidiafragma derecho aparece muy elevado con movilidad disminuida. Por debajo se aprecia una zona clara que por su aspecto parece colon (fig. 1). *Enema opaco.* El bario llena colon en la zona expresada, ascendiendo de modo abrupto y desapareciendo ángulo esplénico. El hemidiafragma está conservado, pues se aprecia su contorno, y por debajo el del colon, casi imperceptiblemente, separado de él. La curva del hemidiafragma es regular, sin salientes, y llega en su parte interna hasta una zona en la que no hay colon (figs. 2 y 3).

Estómago.—En posición vertical se aprecia una gran cámara de aire y un antro elevado, como arrastrado hacia la región donde asciende colon para ocupar la eventración (fig. 4). Aumentando con insuflación la cámara de aire se acentúa la angulación del antro (fig. 5). En los decúbitos el estómago sufre un vólvulo con fórnix inferior, más acentuado en procúbito (figs. 6 y 7).

Por tránsito el paso del bario es normal por colon, quedando igualmente vacío tras la expulsión del bario.

Tratamiento.—Normas posturales y de higiene de alimentación, como se indica al final de la revisión.

Evolución.—Después de dos meses de la primera consulta seguía sin molestias.

II

DEFINICIÓN.

Llamamos eventración diafragmática a la elevación anormal del diafragma sin pérdida de continuidad del músculo y que determina una modificación en la topografía del mediastino y órganos subdiafragmáticos¹.

Dicha eventración afecta a una mitad del diafragma, refiriéndonos nosotros a la derecha, mucho menos frecuente que la izquierda.

El término eventración es incorrecto, pues sugiere introducción del intestino a través de una abertura en una pared abdominal².

Sin embargo, aunque hay otros nombres más adecuados como elevación, relajación e insuficiencia del diafragma³¹, el término eventración ha sido consagrado por el uso y es generalmente aceptado.

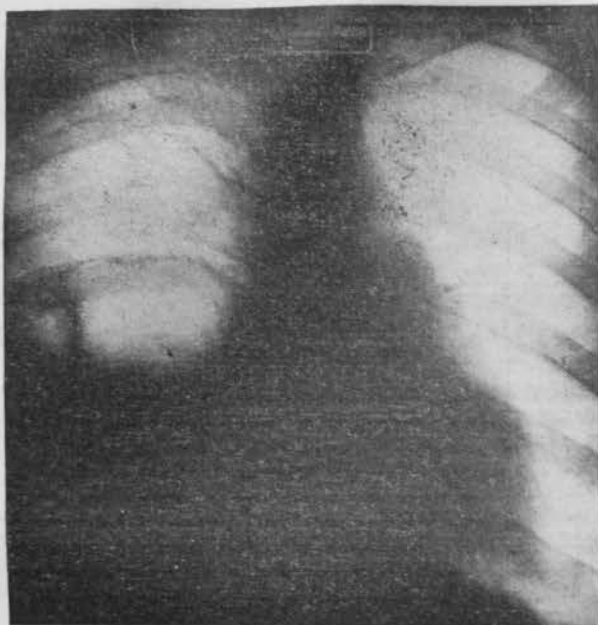


Fig. 1.—Tomada en bipedestación. Se observa la elevación del hemidiafragma, regular, trazado a compás sin solución de continuidad, adivinándose el doble contorno. Por debajo, encima del hígado, una cámara de aire que por la imagen en la parte externa de la figura se supone que es colon.



Fig. 2.—En bipedestación. Enema opaco. Se aprecia la columna de bario, que se sitúa bajo el hemidiafragma, que mantiene los caracteres expuestos.

HISTORIA.

La primera descripción es la de PETIT en 1774. A partir de la era radiológica se completa su estudio con LOUSTE y FATOU en 1922, FATOU y QUENU en 1923 y FATOU, en su tesis, en 1924.

De los autores posteriores nos referiremos sólo a los que han tratado de la eventración diafragmática derecha total.

BAYNE JONES en 1916; SALOMON, MAINGOT y COSTE, 1922; PRÉVOST, 1927; FATOU, LUCY y PRÉVOST, 1928; BOUCHER, 1935; TRÉMOLIERES y TARDIEU, 1935; NICHOLAS y NUSSBUCHER, 1935; WOLFROM, 1940; WITMORE y KAHLSTROM, en un niño, 1942; MONOD y AZULAY, 1943; BERNARDI, 1944; P. HILLEMAND y cols., 1944; KELLETTI, 1946; BISGARD, 1947, en un niño; LEVRAT, GAR-

DE, FAVRE-GILLY, 1947; NAYER, 1950; SPILLANE y PRATHER, 1952; MARCOZZI y MAURIZI, 1952; AXLER y REHERMAN, en un niño, 1953; NAEF y NICOD, 1954; LANZARA, 1955; VIDAL, FOURCADE y CAMBON, 1955; NEUMAN y cols., 1956; FOJANINI y MONTI, 1956.

En España, citaremos a CATALINA PRIETO, 1933; ALSINA BOFFIL y FERRÁN FAIXAT, 1934; GALLART MONÉS, 1939; VIDAL COLOMER y VALS COLOMER, 1943; URRUTICOECHEA y ALVAREZ COCA, 1957.

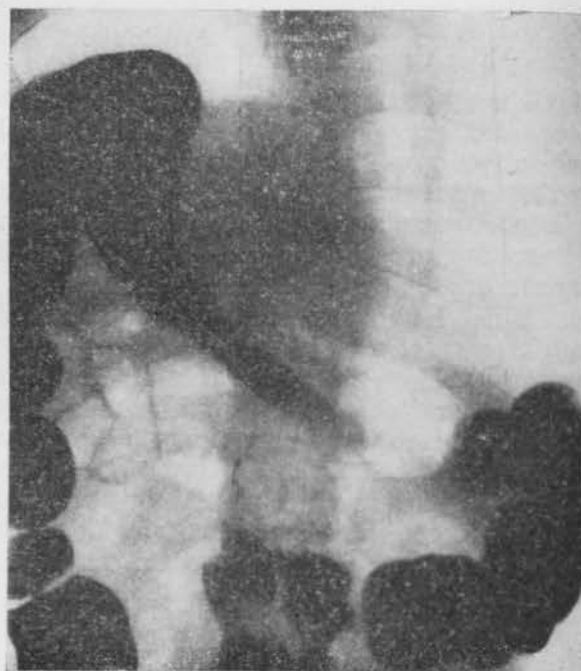


Fig. 3.—En decúbito supino. Imagen parecida a la anterior.



Fig. 4.—En O. A. D. Bipedestación. El antro gástrico está afilado, conservando sus pliegues, traccionado hacia la línea media, quedando la C duodenal angulada en su rodilla superior.

ETIOPATOGENIA.

Todos coinciden en que el proceso es raro, mucho menos frecuente que la eventración diafragmática izquierda, aunque la eventración parcial sea más frecuente en el hemidiafragma derecho¹⁸ y³².

Hay menos casos en niños².

El origen puede ser congénito o adquirido.

Una de las teorías más aceptadas para explicar el origen congénito se apoya en la detención en el desarrollo del pulmón. El diafragma nace de la unión del "septum transversum" con los pilares de Uskow, que en los primeros períodos están situados en la región cervical y descenden con el desarrollo embrionario del corazón y

muscular diafragmático, torácico o abdominal, para manifestarse. Por otra parte, hay que ver a los frenicectomizados a largo plazo¹⁰ y radiológicamente, pues no hay que olvidar que la eventración es con frecuencia asintomática.

La debilitación del diafragma de origen miógeno puede atribuirse a una verdadera atrofia del músculo o a heridas⁹, inflamaciones, enfer-



Fig. 5.—Distendiendo el fórnix con aire, aumenta la angulación del antro, que se dirige hacia la línea media en ángulo más agudo.

pulmones. Si hay una aplasia pulmonar, el diafragma no desciende⁴³.

En las eventraciones adquiridas hay que tener presentes factores dependientes del mismo diafragma, tórax y abdomen.

El diafragma puede estar debilitado por lesión del nervio frénico, origen neurógeno; o del músculo, origen miógeno.

La afectación del frénico, afirmada por unos y negada por otros, creemos debe admitirse. Puede ser de causa evidente: por traumatismos⁶, heridas, intervención quirúrgica, cáncer broncopulmonar o compresión de mediastino, o de causa latente⁶: traumatismos cerrados, mediastinitis y enfermedades neurológicas, principalmente poliomiелitis y polirradiculoneuritis⁶.

El hecho de que son pocas las frenicectomías en las que aparece una verdadera eventración puede explicarse por la necesidad de otro factor:

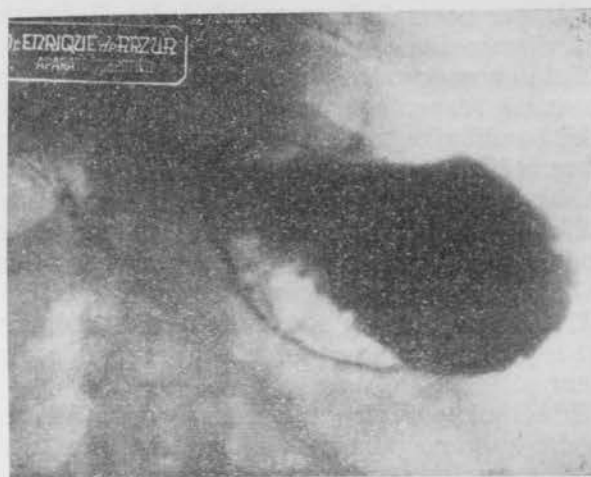


Fig. 6.—Decúbito supino. El estómago está volvulado con fórnix inferior y píloro más alto que cardias.

medades malignas³¹ o por ruptura de fibras, como ocurre con los tendones²⁸.

Las causas torácicas que determinan una aspiración o tracción sobre diafragma pueden facilitar la eventración.

En abdomen será un megacolon (que para

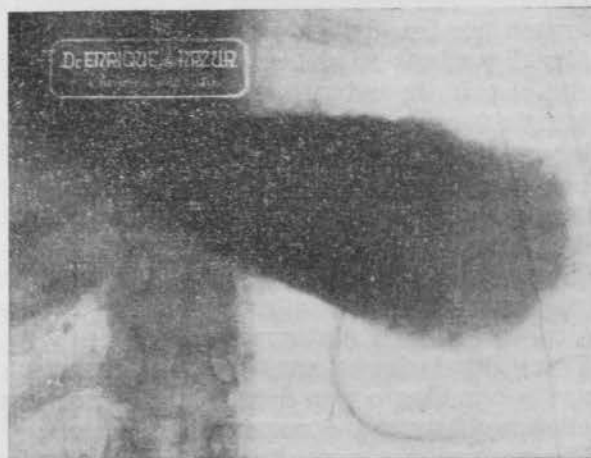


Fig. 7.—En procúbito. Aumenta el vólvulo anterior.

otros sería un carácter congénito que acompaña al también congénito diafragma elevado), o más excepcionalmente un aumento de la presión abdominal por aerocolia u obesidad quienes facilitarían la elevación del diafragma.

Aunque queda por resolver el problema en su esencia, podemos suponer que una malformación congénita unas veces, y otras la debilidad del diafragma favorecida por la aspiración-tracción torácica o la pulsión-compresión abdominal, serán los responsables del proceso.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

La elevación del diafragma puede ser total o parcial, siendo el carácter más importante la integridad del hemidiafragma, carácter distintivo con la hernia.

El hemidiafragma está reducido a una delgada membrana con pocas, o ninguna en ocasiones ⁴ y ³¹, fibras musculares, aunque a veces pueda ser normal. La movilidad del diafragma está disminuida o es paradójica.

Están conservados pleura y peritoneo, que tapizan las respectivas caras del diafragma.

El hemidiafragma elevado puede encontrarse sobre el hígado o estar separado de él por colon y estómago o simplemente por el colon.

El colon está alargado y en ocasiones se introduce en la eventración, lo que por estiramiento hace desaparecer el ángulo esplénico.

Es acompañado en ocasiones por el estómago, que está torsionado y volvulado, pudiendo o no llegar al hemidiafragma.

El vólvulo gástrico se produce por la existencia del epiploon gastrocólico, que obliga al estómago a seguir al colon desplazado.

Otras veces es el hígado quien está en contacto directo con el hemidiafragma sin interposición de colon o estómago.

CLÍNICA.

La mayor parte de las veces no hay síntomas.

Cuando aparecen son: Respiratorios, cardiovasculars y digestivos ³¹.

Los síntomas respiratorios por compresión se expresan por tos, disnea y dolor en tórax.

Los digestivos se deben al vólvulo gástrico, hecho el más importante en la eventración, o a la simple torsión del estómago, expresados por dolor epigástrico, plenitud, vómitos y disfagia.

Los cardiovasculares, por desviación de mediastino, en forma de palpitaciones, taquicardia, dolor de tipo coronario y cianosis.

El cambio de postura que elige el enfermo corrige o modifica estas alteraciones de tipo mecánico, cediendo la sintomatología.

Estas desviaciones son mayores después de grandes comidas o por determinadas posturas, hecho que observa y comenta el enfermo.

Por percusión y auscultación habrá disminución del murmullo y matidez si bajo la eventración está el hígado, y signos de hidroneumotórax si están colon y estómago.

DIAGNÓSTICO.

Es radiológico exclusivamente. En las eventraciones totales hay que fijarse detenidamente en el hemidiafragma, conservado en su totalidad con curva regular sin solución de continuidad. A veces se verá la línea del diafragma y debajo la de las vísceras, lo que no es la regla, porque pueden estar íntimamente adheridos.

El triángulo de Fatou-Duval-Quenu señala la integridad del hemidiafragma, que forma su lado superior y la elevación simultánea de colon y estómago sostenidos por la eventración, y que constituyen sus lados por dentro y fuera, respectivamente. En las hernias no aparece este triángulo por faltar sus tres lados. El lado superior ha desaparecido por su irregularidad al permitir el paso hacia el tórax de las vísceras herniadas. Los otros dos lados faltan porque en las hernias no se verifica este ascenso simultáneo de colon y estómago sostenidos por el techo del hemidiafragma.

El neumoperitoneo, separando el hemidiafragma de las vísceras con una cámara de aire, nos dará el diagnóstico de eventración en casos dudosos.

Cuando la eventración es parcial el diagnóstico es más difícil y también nos veremos ayudados por el neumoperitoneo. Sin recurrir a él podemos diferenciar las eventraciones parciales de las hernias, en que en inspiración forzada las eventraciones salen en el tórax, pues se contraen las partes sanas que le rodean, mientras que en espiración forzada el músculo, relajado, hace disminuir o desaparecer el perfil de la eventración ¹⁷. Pese a todo, hay que insistir en que el diagnóstico con la hernia es difícil, hasta el punto de que hay eventraciones parciales que por la estrechez de su cuello pueden llegar a estrangularse como las hernias ¹⁷.

En el diagnóstico diferencial de las eventraciones parciales hay que tener en cuenta las formaciones dependientes de pulmón y pleura como tumores y abscesos de pulmón, atelectasias de base pulmonar, pleuresías de base y enquistadas, engrosamientos de pleura y reflexiones pleurales sobre cava inferior ³⁸. Asimismo mencionaremos las neoplasias extrapulmonares intratorácicas ³¹, sobre las que luego hablaremos.

Hay que tener presente también las hernias del hígado por el forámen de Morgagni y hernidura de Larrey, que se aprecian en región cardiofrénica en posición frontal, siendo retroesternal en lateral. Son hernias retroxifoideas, que cuando se practica el neumoperitoneo se sitúan debajo de la cámara de aire, aplanándose con su presión ¹².

Puede también salir el hígado por otras zonas de diafragma, centro aponeurótico, en puntos débiles. Son falsos tumores hepáticos, que se diferencian de los verdaderos en que estos últimos no se aplanan con el neumoperitoneo aunque éste haga descender el hígado ¹².

Los tumores y quistes de hígado que abomban diafragma, y a que nos acabamos de referir, son más frecuentes que los falsos tumores descritos.

En el difícil diagnóstico con las formaciones de ángulo cardiofrénico derecho, señalaremos los quistes pericárdicos celómicos congénitos y divertículos de igual índole o inflamatorios, las hernias del epiploon a través del agujero de Mor-

gagni y las grasas pericárdicas. En mediastino, los carcinomas, lipomas y quistes anteriores³⁸.

La mayor parte de los quistes celómicos congénitos de pericardio y divertículos están en ángulo cardiofrénico, dentro del mediastino. Cuando son pequeños, por sus paredes delgadas y contenido líquido, se deforman, alargan, adoptando una típica forma de lágrima, disponiéndose en la cisura entre lóbulos pulmonares inferior y medio, vistos radiológicamente en lateral. Los quistes celómicos grandes no se interponen entre los lóbulos ni adoptan forma de lágrima, pero por su elasticidad tienen alteraciones en su forma con la respiración, lo que no ocurre con los tumores sólidos³⁸.

En las hernias del epiplon hay elevación de la porción transversa del colon, penetrando el aire en el saco herniario cuando se practica el neumoperitoneo, que a veces reduce la hernia. Cuando no entra el aire en el saco por adherencias que obliteran el cuello, tendremos en cuenta que las hernias del epiplon no se pueden separar del diafragma, se hacen más pequeñas con la espiración porque se reduce parcialmente la hernia con la disminución de la presión abdominal, y sobre todo que el colon transversal está elevado y presenta una forma de U o V invertidas³⁸.

Fuera de los quistes y divertículos pericárdicos, el diagnóstico no puede ir más lejos (en lo que atañe a estas formaciones de ángulo cardiofrénico derecho) de lo que se refiere al origen de la tumoración en lo que toca al órgano, pulmón, pared torácica y mediastino, teniendo que llegar a la laparotomía exploradora. Nos referimos principalmente a las formaciones líquidas de pericardio (divertículos inflamatorios), pleura, carcinoma y lipoma de timo y quiste anterior de mediastino³⁸.

PRONÓSTICO.

Grave en los niños, obligando en muchas ocasiones a la intervención para salvar su vida. En grados menores predispone a la atelectasia y neumonía. Hay predisposición al vólvulo en los niños por situación mesentérica anormal³¹.

En los adultos el pronóstico es bueno y compatible con vida normal.

Mencionaremos sólo la posible ruptura de un diafragma debilitado en el parto³⁵.

TRATAMIENTO.

Cuando hay disnea y cianosis hay que recurrir a la cirugía en los niños³¹.

En los adultos, el tratamiento es médico. Hay que reducir peso y eludir ejercicios violentos. Se evitarán las grandes comidas, el tragar aire, determinadas posturas, compresión de vientre y en general todo lo que produzca meteorismo y aumento de la presión abdominal, recordando

que el principal peligro viene del vólvulo gástrico.

Está en estudio el tratamiento quirúrgico. En principio, hay que considerar las recidivas en un diafragma debilitado que ha sido operado. Para evitarlo se ha recurrido a los artificios plásticos, tratando la eventración como una hernia, con placas de nylon¹¹ y cit.³⁶, que dan fuerza al diafragma.

Tiene aceptación para resolver los problemas que se derivan del vólvulo gástrico, la gastropexia parietal anterior, con técnica de Quenu 1950²⁴ y cit.³⁶.

También se practica la escisión de la parte adelgazada del diafragma con sutura de sus bordes (cit.³⁶), útil en las eventraciones parciales.

Las plicaturas simples están siendo abandonadas³⁶.

III

En nuestro caso se trata de una eventración diafragmática derecha, total, que atribuimos a la frenicectomía con interposición de colon, hecho poco frecuente, y vólvulo gástrico por la tracción del epiplon gastrocólico a partir del colon elevado. El vólvulo sólo se manifiesta en los decúbitos supino y prono.

El tratamiento ha sido médico con evolución satisfactoria, siguiendo sin molestias a los dos meses de la primera consulta.

RESUMEN.

Presentan los autores un caso de eventración diafragmática derecha. Hacen una revisión de este proceso, menos frecuente en su localización derecha que en la izquierda, estudiando su anatomía patológica, etiopatogenia clínica, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Llaman la atención sobre el vólvulo gástrico que acompaña a la eventración.

Señalan las dificultades del diagnóstico, mayores en las eventraciones parciales que en las totales.

Comentan el pronóstico, bueno en el adulto y grave en la edad infantil.

Terminan con el tratamiento médico en los adultos, y quirúrgico cuando hay disnea y cianosis en los niños.

BIBLIOGRAFIA

1. ALSINA BOFFIL, J. y FERRÁN FAIXAT.—An. de Med., 1, 1934.
2. AXLER, M. M. y REHERMANN, R. L.—Jour. Pediat., 42, 320, 1953.
3. BAYNE-JONES, S.—Arch. Int. Med., 17, 221, 1916 (citado AXLER).
4. BERNARD, R.—Encyclopedie Med. Chir. Eventrations, 2.028, junio 1944.
5. BERNARDI, C.—Tesis París, 24, 11, 1944. Núm. 421. Referencia Encyclopedie Med. Chir.
6. BERNICAT, R.—Eventrat. Diaphr. paralysie phren. latente. Tesis Lyon, 1951.
7. BISGARD, J. D.—J. Thorac. Surg., 16, 484, 1946 (citado AXLER).

8. BOLLER y MOGANA, H. G.—El estómago y sus enfermedades, pág. 687, 1956.
9. BOUCHER, H.—Tesis. Lyon, 1935 (cit. BERNICAT).
10. CAUSSADE y FATOU.—Soc. Med. Hop. Paris, 10, 7, 1928 (cit. BERNARD).
11. DEMIRLEAU, CARUANA, JAHAN y RENAULT.—Mem. Acad. Chir., 78, 860, 1952 (cit. ROBERT).
12. DROUET, P. L., FAIVRE, G., REN, G., LAMY, P. y ANTOINE.—J. Rad. Electrológica, 32, 845, 1951.
13. FARRERAS VALENTÍ, P.—Enf. Diafrag., t. I. Pat. Médica, P. PONS, pág. 1.088, 1950.
14. FATOU.—Tesis Paris, 1924 (cit. BERNICAT).
15. FATOU, LUCY y PREVOST.—Bull. Mem. Soc. Med. Hop. Paris, 17, 2, 1938, Núm. 6, 259 (cit. BERNICAT).
16. FATOU y QUENU.—J. Chir., julio 1923 (cit. BERNARD).
17. FLABEAU, F.—Presse Méd., 1, 1.669, 1955.
18. FOJANINI, G. y MONTI, G. F.—Arch. Ital. Chir., 81, 285, 1956.
19. GALLART MONES, F.—Ocho lecciones clínicas. Quinta serie, 1939.
20. HILLEMANT, P., MACHIERES, BOUDAGHIAN, B. y NOUFLARD, Mlle.—Bull. Mem. Soc. Hop. Paris, 1, 2, 3, 4, 42-44, 1944 (ref. Encyclopedie).
21. HILLEMANT, P. y BERNARD, H. J.—Presse Méd., 12, 10, 1955.
22. LABBE, M.—Enferm. estómago. Patol. Med. Bezancon, Labbe y cols., t. VI, 218, 1936.
23. LARA ROLDAN, L.—Diagnóstico radiológico estómago, página 55, 1947.
24. LEGER, L.—Mem. Acad. Chir., 78, 738, 1952 (cit. ROBERT).
25. LEVRAT, M., GARDE, A. y FAVRE-GILLY, J.—Lyon Médical, 162, 1947 (cit. BERNICAT).
26. LOUSTE y FATOU.—Soc. Med. Hop. Paris, 1922 (cit. BERNARD).
27. MONOD, R. y AZOULAY, R.—Mem. Acad. Chir., 69, 1, 2, 19, 1943 (ref. Encyclopedie).
28. MONSAINCON, A., DELARUE, J., BORUEAU, M. y ORGEL, L.—Mem. Acad. Chir., 15 oct. 1952, 78, 733-35 (cit. ROBERT).
29. NAEP, A. P. y NICOD, J. F.—Jour. Fr. Med. Chir. Torac., 8, 157, 1954.
30. NAYER, H. R.—Am. Jour. Roentgen., 64, 50, 1950.
31. NEUMAN, H. W., ELLIS, F. H. y ANDERSEN, H. A.—Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic., 30, 310, 1956.
32. NYLANDER, P. E. A. y ELEVING, G.—Ann. Chir. Gynaec. Fenniae, 40, 22, 1951.
33. PETIT, J. L.—Traité Maladies Chirurg. Paris, 174, volumen II, 226 (cit. AXLER).
34. PREVOST.—Tesis. Paris, 1927 (cit. BERNICAT).
35. REED, J. A. y BORDEN, D. L.—Arch. Surg., 31, 30, 64, 1935 (cit. NEUMAN).
36. ROBERT, H. G.—Encyclopedie Med. Chir. Eventrations, 2.028, 1 abril 1953.
37. ROCHE, G.—Presse Méd., 19, 6, 1957.
38. ROGERS, J. V. y LEIGH, T. F.—Radiology, 61, 871, 1953.
39. SALOMON, MAINGOT y COSTE.—Bull. Mem. S. M. Hop. Paris, 1.123, 1922 (cit. BERNICAT).
40. SPILLANE, R. J. y PRATHER, G. C.—J. Urol., 68, 804, 1952.
41. TREMOIERES, F. y TARDIEU, A.—Revue Medecine, 204, 1935 (cit. BERNICAT).
42. URRUTICOECHEA, J. M. y ALVAREZ COCA, M.—Bol. Consejo Gen. Col. Méd., 15 junio 1957.
43. VIDAL COLOMER, E. y VALLS COLOMER, J.—Medic. Españ., oct., 5, 1943.
44. VIDAL COLOMER, E. y BADOSA GASPAR, J.—Enf. Estom. Apar. Dig. Pat. Méd. P. PONS, 150, 155, 153, 159, 1950.
45. VIDAL, J., FOURCADE, J. y CAMBON, G.—Montpellier Med., 98, 143, 1955 (ref. Encyclopedie).
46. WHITMORE, O. S. y KAHLSTROM.—State J. Med., 42, 1.587, 1942 (cit. AXLER).
47. CATALINA PRIETO, A.—Actas Soc. Cir. Madrid, 2, 67, 1933 (cit. HERLEMONT).
48. HERLEMONT, P.—Tesis. Paris, 1952.
49. LANZARA, A.—Gazz. Int. Med. Chir., 60, 263, 1955 (citado FOJANINI).
50. MELLETI, M.—Políclinico, 819, 826, 1946 (cit. HERLEMONT).
51. MARCOZZI, G. y MAURIZI ENRICI, M.—Ann. It. Chir., 29, 413, 1952 (cit. FOJANINI).
52. NICOLAS, E. G. y NUSS ORECHER, A. M.—Lancet, 611, 613, sept. 1935 (cit. HERLEMONT).
53. QUENU, J. y HERLEMONT, P.—Journ. Chir., 60, 2, 101, 1953.
54. WOLFROM, G.—Mem. Acad. Chir., 66, 41, 1940 (cit. HERLEMONT).

SUMMARY

The writers report a case of right-sided diaphragmatic eventration. They review this condition which is less frequent in the right

than in the left side and study its morbid anatomy, clinical aetiopathogenesis, diagnosis, prognosis and treatment.

Stress is laid on the gastric volvulus accompanying eventration.

The difficulties in diagnosis, which are greater in partial than in total eventration, are pointed out.

Prognosis, which is good in adults and serious in children, is commented upon.

The paper concludes with references to treatment which is medical in adults and surgical, when dyspnoea and cyanosis are present, in children.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren beschreiben einen Fall von rechtsseitiger Zwerchfelleventration. Der Prozess, welcher häufiger in linker Lokalisierung als in rechter zu finden ist, wird einer Revision unterzogen und die pathologische Anatomie, klinische Aetiopathogenie, Diagnose, Prognose und Behandlung studiert.

Es wird besonders auf den gastrischen Volvulus aufmerksam gemacht, der die Eventration begleitet.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Diagnose bei partiellen Eventrationen grössere Schwierigkeiten bietet als bei vollständigen.

Bei Besprechung der Prognose wird erwähnt, dass dieselbe bei Erwachsenen wohl günstig, bei Kindern jedoch ungünstig ist.

Abschliessend wird über die Behandlung berichtet, welche bei Erwachsenen in medizinischen Massnahmen besteht, während bei Kindern mit Dyspnoe und Cyanose chirurgisch eingegriffen werden muss.

RÉSUMÉ

Les auteurs présentent un cas d'éventration diaphragmatique droite. Ils font une révision de ces processus, moins fréquent en sa localisation droite que dans la gauche, étudiant son anatomie pathologique, étiopathogénie clinique, diagnostic, pronostic et traitement.

Ils attirent l'attention sur de volvulus gastrique qui accompagne l'éventration.

Ils signalent les difficultés du diagnostic, supérieures aux éventrations partielles que dans les totales.

Ils commentent le pronostic, bon chez les adultes et grave chez les enfants.

Ils finissent par le traitement, médical chez les adultes et chirurgical, lorsqu'il y a dyspnée et cyanose, chez les enfants.