

En cuanto a la movilización de los resecados, es una práctica acogida con gran entusiasmo en nuestro país, sobre todo desde la aparición del libro de CAMPEANU (Postoperative Krankheiten). La difusión en España de la anestesia local, ha coincidido con esta práctica. Sea por una u otra causa o por ambas a la vez, lo cierto es que los enfermos evolucionan mejor, y que las complicaciones de aparato respiratorio han disminuído mucho. Pero no considero indispensable que se muevan necesariamente los enfermos desde la mesa de operaciones. Si el enfermo tiene taquicardia o disnea o simplemente se halla fatigado, yo le permito reposar y demoro la movilización prudente para algunas horas más tarde o al día siguiente.

Si el estado general es malo y el pulso muy frecuente, hago que los enfermeros levanten al enfermo pasivamente varias veces al día y le sienten en un sillón. En modo alguno les fuerzo a moverse cuando para ello necesitan un gran sacrificio de su voluntad.

RESUMEN

La elección de método operatorio está subordinada a múltiples condiciones dependientes del enfermo, del operador y del ambiente operatorio, que han de ser valoradas de modo ecuánime en cada caso individual si se ha de proceder con acierto.

Dentro de las doce primeras horas la resección es el procedimiento de elección, reservándose la simple sutura para cuando aquélla no deba ejecutarse.

Pasadas las doce primeras horas disminuyen mucho las condiciones óptimas para resecar.

La gastroenterostomía y el procedimiento del Neuman no deben practicarse.

Ningún dato clínico ni de laboratorio basta por sí solo para establecer un pronóstico operatorio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 WEESE y KURT. — Arch. f. Klin. Chir., 201, 3, 1941.
- 2 KARL GRIEP. — Zbl. Chir., 2, 1942.
- 3 BEST. — Zbl. Chir., 38, 1940.
- 4 WILHELM, H. — Zbl. Chir., 4, 1941.
- 5 KLAGES, F. — Zbl. Chir., 17, 1941.
- 6 HOHMEIER, F. — Zbl. Chir., 22, 1941.
- 7 LATTANZIO, R. — Zbl. Chir. (ref. de Arch. Ital. Chir.), 1941.
- 8 WASCHULEWSKI. — Ref. en Zbl. Chir., 41, 1941.
- 9 BORTLESMANN. — Zbl. Chir., 13, 1941.
- 10 HARTZEL SOROCK. — Ref. en Zbl. Chir., 30, 1941.
- 11 HILLEBRAND. — Zbl. Chir., 40, 1941.
- 12 GREVILLIUS y GODERLUND. — Arch. Klin. Chir., 202, 3.
- 13 FORNI. — Arch. Klin. Chir., 202, 3.
- 14 PAUCHET, V. — Pratique Chirurg. Illustré, 9, 1926.
- 15 LOEWY. — Journ. de Chir., 71, enero 1922.
- 16 LAURET. — Journ. Chir., 178, agosto 1921.
- 17 POWERS. — Surg. Gynec. a. Obst., 84, 1925.
- 18 PERA JIMÉNEZ. — Rev. Méd. Barcelona, 151, agosto 1932.
- 19 PAUCHET. — Pratique Chirurg. Illustré, 3, 49, 1925.
- 20 MUGLAMAN-BOURGARDT. — Surg. Gynec. a. Obst., 294, septiembre 1927.
- 21 LINCOLN DAVIS. — Surg. Gynec. a. Obs., 294, septiembre 1927.
- 22 PABLOS ABRIU, J. — Rev. Clín. Esp., 8, 35, 1943.
- 23 BARÓN, G. — Rev. Esp. de Enfer. del Apar. Digest. y de la Nutr., 12, diciembre 1935.
- 24 FRANK ROST. — Pathologische Physiologie des Chirurgen. Leipzig.
- 25 HIMMELEMAN. — Deutsch. Zeitschr. f. Chir., 53, 246, 1935.
- 26 URRUTIA. — Enfermedades del estómago, 1920.
- 27 URRUTIA. — Cuestiones gastroenterológicas, 1931.
- 28 HABERER. — Wiener Klin. Wschr., 32, 413, 1919.
- 29 HABERER. — Münch. Med. Wschr., 2, 1973, 1935.
- 30 HABERER. — Zbl. Chir., 58, 890.
- 31 ZUCKSCHWERT y ECK. — Deutsch. Zeitschr. Chir., 232, 295, 1931.
- 32 FERRE, A. — El problema de la úlcera gástrica perforada. III Congreso de Patología Digestiva, 1942.
- 33 PERA. — II Congreso de Patología Digestiva, 1933.
- 34 EINHORN. — Surg. Gynec. a. Obst., 416, 1930.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei der freien Perforation des Magen-und Darmgeschwürs ist die Wahl des operativen Eingriffs

von vielen Bedingungen des Patienten, des Chirurgen und der Umgebung abhängig, die bei jedem einzelnen Fall sehr genau gegeneinander abgewägt werden müssen, um mit Erfolg zu operieren.

Innerhalb der ersten 12 Stunden ist die Resektion die Methode der Wahl, die einfache Naht wird nur für die Fälle reserviert, wo die Resektion nicht durchgeführt werden kann.

Nach Ablauf der ersten 12 Stunden verschlechtern sich die optimalen Bedingungen der Resektion.

Die Gastroenterostomie und das Vorgehen nach Neumann dürfen nicht angewendet werden.

Kein klinisches - noch - Laboratoriumsdatum für sich allein genügt zur Prognose der Operation.

RÉSUMÉ

L'élection de la méthode opératoire dans la perforation libre de l'ulcère gastroduodénale est subordonnée à des conditions multiples qui dépendent du malade, du chirurgien et de l'ambiance opératoire, qui doivent être évaluées d'une manière équitable dans chaque cas individuel, si on veut agir avec succès.

Au cours des 12 premières heures la resection est le procédé d'élection réservant la simple suture, alors que celle-là ne doit pas être pratiquée.

Les 12 premières heures écoulées, les conditions optimales pour la resection diminuent de beaucoup.

La gastroentérostomie et le procédé de Neuman ne doivent pas être pratiqués.

Aucune donnée clinique ni de laboratoire suffit de soi-même pour établir un diagnostic opératoire.

ENFERMEDAD DE AYERZA

A. CABELLO OTERO

(Huelva)

Ex médico interno del Hospital General de Madrid

Es indudable que las afecciones de la arteria pulmonar no son muy frecuentes en la clínica, sobre todo si las comparamos con las de la aorta, pero también lo es que muchas de dichas afecciones pasan desapercibidas ante los ojos del médico por el solo hecho de no pensar en ellas.

Existe un grupo de enfermos, comúnmente diagnosticados de "bronquitis crónica e insuficiencia de C. derecho", en cuyo conglomerado se escapan frecuentemente los afectos de arteritis de la pulmonar.

Por este motivo he creído de cierto interés comunicar este caso haciendo, a la vez, una sucinta exposición de la clínica de dicha enfermedad.

Enfermo: M. V. S., soltero. Dependiente de comercio. Natural de Huelva. Domiciliado en Huelva, de 39 años de edad.

Historia. — Desde pequeño se acatarraba con gran frecuencia. Estos catarros le empezaban por la nariz con gran hidrorrea y

luego le descendían a tráquea y bronquios, produciéndole mucha tos y expectoración. Desde hace varios años tose y expectora constantemente, aunque unas temporadas está mejor que otras, y ha comenzado a notar disnea de esfuerzo. Los esputos son mucopurulentos y nunca ha notado que salieran manchados de sangre. Algún dolor en espalda a temporadas. No ha notado fiebre.

Desde hace un par de años se viene notando un color azulado, más marcado en labios y orejas, que se le acentúa cuando hace algún esfuerzo. El año pasado se le hincharon las piernas desapareciéndole con reposo y un tratamiento que le pusieron. Actualmente siente fatiga al esfuerzo, la tos y expectoración son acentuadas y el tinte azulado va en aumento. Por este último motivo acude a nuestra consulta.

Apetito regular. Le sienta bien lo que come. Una deposición diaria y nada más de interés por parte de los restantes aparatos.

Antecedentes personales. — Los catarros señalados. Nada venéreo. Bebedor y fumador.

Antecedentes familiares. — Padre catarroso. Madre sana. Ocho hermanos, uno muerto de meningitis, los restantes sanos.

Exploración. — Constitución asténica. Desnutrido. Coloración azulada de mucosas (labios) y de las uñas y un ligero tinte cianótico en la cara. Boca séptica. Faringe bien. (Op. de amigdalitis.) Tórax enfisematoso. A la percusión: Hipersonoridad en tórax. Corazón muy cubierto. A la auscultación: Numerosos roncus y sibilancias en ambos hemitórax. Estertores húmedos, escasos. Murmullo disminuido con espiración prolongada. En corazón: Tonos apagados. Ningún soplo. Presiones arteriales, 12 y 7 $\frac{1}{2}$. En la actualidad no tiene edemas. En los restantes aparatos nada anormal.

Orina. — 0,25 de albúmina por mil. Wassermann, negativo.

Esputos. — Células bronquiales. Abundantes leucocitos polinucleares. Catarral. No se observan B. de Koch.

Recuento y fórmula. — Hematíes, 5.700.000; Hb., 0,85; leucocitos, 6.400; met., 1; en cay., 2; segm., 60; linf., 28; monocitos, 1; eos., 1.

Radioradiografía. — Pulmones enfisematosos. Hilios muy cargados. Refuerzo de la trama pulmonar. Escasa movilidad de ambos hemidiafragmas. Corazón grande a expensas principalmente de V. derecho. Arco de la pulmonar, muy acentuado.

En este enfermo, que venía siendo considerado simplemente como un bronquítico crónico, nos sorprendió, en primer lugar, la acentuada cianosis, no explicable por el estado de su V. derecho, y además la marcada poliglobulia. Pensamos por esto que era algo más que un bronquítico crónico y que este algo podía ser una arteritis de la pulmonar secundaria a su broncopatía. Así lo confirmamos al ver en radioradiografía el marcado arco de la pulmonar dejando establecido dicho diagnóstico.

Vemos, pues, un ejemplo de cómo es entre esos enfermos que con tanta frecuencia se catalogan como "Bronquíticos crónicos y enfisematosos con insuficiencia de V. derecho" entre los que podremos muchas veces entresacar los afectos de la enfermedad de Ayerza.

Las alteraciones de la arteria pulmonar no han sido muy estudiadas hasta estos últimos tiempos. En los libros clásicos sólo encontramos descritos los accidentes agudos (embolias, infartos). Sin embargo, ya ANDRAL (1878) y ROMBERG (1891) se ocuparon de estos procesos aunque de forma muy somera.

La tesis de GIRAUX (1910) y la de THOMAS (1917) tratan este asunto con bastante más intensidad.

Es la escuela sudamericana, representada por AYERZA, ESCUDERO, ARRILLAGA, ELIZALDE, etc., la que quizás con más interés ha estudiado estos problemas. A ellos debemos gran parte de los conocimientos etiopatogénicos y clínicos sobre esta enfermedad y ellos crearon el tan discutido nombre de "cardíacos negros" para designar a estos enfermos.

Entre los franceses ha sido esencialmente VAQUEZ el propulsor de estos estudios, y entre los alemanes citemos a LIEBIE, PASSET y LANG.

CONCEPTO. — Hay un tipo de enfermo, muy frecuente en los hospitales, que describe MARAÑÓN con estas palabras: "Hombre rudo, descuidado, poco observador de las alteraciones de su salud, tosedor crónico, bebedor y fumador, que pasa en pie las agudizaciones de su broncopatía o neumopatía, y que un día empieza a cansarse, se le hinchan los tobillos, se pone cianótico e ingresa en el hospital en un estado más o menos acentuado de insuficiencia cardíaca." Estos enfermos eran diagnosticados hace años como de insuficiencia de V. D. con insuficiencia funcional de la válvula tricúspide. Dice MARAÑÓN que cuando él era estudiante no había servicio hospitalario en el que no figurasen varios diagnosticados de "insuficiencia tricúspide". Este término fué abandonado por poco cierto, creándose el de "insuficiencia de V. D.". Más tarde ha aparecido el concepto de la "adiastolia" y se han complicado, y en parte aclarado, las cosas, al saberse que entre esta clase de enfermos es donde principalmente se encuentran los afectos de "arteritis de la pulmonar".

Así, pues, se trata en la enfermedad de Ayerza, de enfermos con alteraciones escleróticas inflamatorias, primarias o secundarias, de la arteria pulmonar, con una sintomatología y unos caracteres bien delimitados, y que hemos de buscar entre los comúnmente diagnosticados de "insuficiencia de corazón derecho".

ETIOPATOGENIA. — La arteritis de la pulmonar se da con la mayor frecuencia en las edades media y avanzadas de la vida. Se han publicado por RIBADEAU DUMAS algunas observaciones en lactantes heredolúeticos y ROGERS ha publicado un caso en un niño de 13 años afecto de lesión cardíaca congénita y probablemente heredolúético. Se observan con más frecuencia en el sexo masculino que en el femenino. Probablemente porque también en el sexo masculino son más frecuentes tanto la sífilis como las broncopatías y neumopatías crónicas.

Cuando AYERZA hizo sus primeras descripciones, consideraba que la arteritis de la pulmonar era siempre un estado secundario a los desequilibrios crónicos de la pequeña circulación. Las broncopatías y neumopatías crónicas (bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis cirrótica, etc.) y algunas lesiones valvulares (estrechez mitral) eran los responsables, creando una hipertensión en la circulación pulmonar, de que apareciese una arteritis. Para AYERZA toda arteritis de la pulmonar era secundaria.

Este concepto fué muy discutido y un compatriota de AYERZA, ARRILLAGA, fué el que en diversas publicaciones y en su libro (1925) sostuvo la idea de que la arteritis de la pulmonar no era un proceso secundario, sino primario, infeccioso y casi siempre sífilítico. Cuando la arteritis va acompañada de lesiones broncopulmonares éstas serían de la misma etiología, pero no el motivo de la arteritis. Apoyaba su tesis en el hecho de haber encontrado treponemas en la pared de la pulmonar en enfermos de esta afección.

Así, pues, se marcan tres tipos de causas en la etiología de las arteritis de la pulmonar: lesiones crónicas broncopulmonares, lesiones valvulares (estrechez mitral) e infecciones (sífilis). Es decir, que admitiendo esto, podíamos dividir las arteritis pulmona-

res en primarias y secundarias, y estas últimas en secundarias a una bronco o neumopatía, o a una estrechez mitral.

La mayoría de los autores se inclinan a considerarlas como proceso secundario y muestran en sus estadísticas la casi dependencia constante de procesos anteriores crónicos de pulmón o de árbol bronquial. De esta opinión es, en nuestro país, MARAÑÓN, según expone él mismo y sus colaboradores MORROS y RODA (1931).

La escuela francesa había admitido una arteritis primitiva observada por ROGERS en Bengala.

ELI MOSCHCOWITZ, en el libro de "Corazón y Vasos", de STROUD, dice que la arteritis sifilítica de la pulmonar es afección que se observa, aunque raras veces, pero que no produce el cuadro clínico de "cardíacos negros" e insiste en que no es la esclerosis de la pulmonar la que produce el cuadro clínico, sino la hipertensión en el circuito pulmonar.

Sin embargo, parece indudable la etiología sifilítica para bastantes casos de esta enfermedad, cosa natural dada la gran predilección del espiroqueta por la pared de los grandes vasos, pero sin que esto quiera decir que toda arteritis de la pulmonar sea una infección sifilítica, como pretende ARRILLAGA.

Otra causa, poco mencionada, puede ser la arteriosclerosis, que en un caso determinado, puede localizarse en los vasos pulmonares, como otras veces lo hace en los renales o cerebrales. Se han citado también casos, más bien de dilatación que de arteritis, motivados por fenómenos de atelectasias pulmonares.

En resumen, podemos decir que por cualquiera de estas causas, o por varias de ellas a la vez, puede ser afectada la arteria pulmonar. En unos casos, quizá los menos, el mecanismo patogénico será la infección primitiva de este vaso (sífilis esencialmente), y en otros, los más frecuentes, la afectación secundaria, ya por propagación a las ramas del vaso, de la infección bronquial o pulmonar, ya por un efecto mecánico de hipertensión en el pequeño círculo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — En el tronco y en las ramas gruesas se observa el ateroma, caracterizado por el depósito en la íntima de placas de colesteroles capaces de infiltrarse de sales calcáreas. Estas lesiones no alcanzan comúnmente la exuberancia que suelen tener en la aorta. En las arteriolas encontramos la esclerosis tipo Monckeberg. Los *vasa vasorum* están siempre afectados. La endoarteria se espesa considerablemente llegando hasta obstruir la luz del vaso.

Cuando la arteritis es de etiología sifilítica se encuentra la panarteritis característica y una afectación periarterial en la que puede haber incluidos pequeños gomas.

SÍNTOMAS. — En primer lugar señalaremos la *disnea*; al comienzo es sólo una disnea de esfuerzo, más tarde se va acentuando hasta convertirse en permanente. Cuando ha llegado este momento hay siempre una discordancia entre los datos de auscultación y la disnea, siendo ésta más intensa de lo que corresponderá a dichos datos. Otro síntoma de interés es la *cianosis*; es éste seguramente el más importante de la enfermedad que nos ocupa, hasta el punto de haber servido de base para el nombre de "cardíacos

negros" con el que algunos autores han designado a esta enfermedad.

La dificultad de la hematosi, originada por la esclerosis de las ramas de la pulmonar, es la responsable de este síntoma. Así lo estiman los patólogos sudamericanos (AYERZA, ARRILLAGA), que estiman que basta la esclerosis aislada de la arteria pulmonar para que llegue a establecerse la cianosis crónica, sin necesidad de que haya insuficiencia alguna del ventrículo derecho. La escuela francesa (VAQUEZ) considera responsable de la cianosis a la insuficiencia de corazón derecho. Pero hay un dato de interés que no va de acuerdo con esta hipótesis: la cianosis de los enfermos con sólo insuficiencia de corazón derecho, mejora al corregir dicha insuficiencia. En cambio, cuando hay esclerosis de la pulmonar, persiste la cianosis aunque hayamos corregido, si la había, la insuficiencia de corazón derecho. Dice MARAÑÓN que este síntoma, así como la policitemia, "llegan a adquirir personalidad patológica autónoma". La *policitemia* es otro de los síntomas característicos. Aparece como efecto compensador y suele elevar el número de hematíes alrededor de los seis millones. A esta policitemia la acompañan los consabidos síntomas: mareos, dolor de cabeza, somnolencia, etc.

El gran relieve clínico que a veces adquiere la policitemia hace que puedan existir dificultades para diferenciar a esta enfermedad de la "policitemia rubra megaloesplénica".

Son frecuentes, en algunos casos, las *hemoptisis*, y en las autopsias de estos enfermos se encuentran habitualmente *infartos pequeños* y múltiples que no han dado sintomatología alguna en vida. Los *infartos mayores* son menos frecuentes y se acompañan de sus síntomas: dolor, estertores crepitantes, esputo hemoptoico, etc.

INSUFICIENCIA DE CORAZÓN DERECHO. — Generalmente la arteritis de la pulmonar conduce, con el tiempo, a una insuficiencia de corazón derecho, y entonces se añaden a los síntomas antes mencionados los propios de esta afección. La escuela francesa mantiene el criterio de que esta insuficiencia, a más de originar la mayoría de los síntomas, sería la causante de la muerte de estos enfermos en casi todos los casos. LÓPEZ DURÁN, con quien he trabajado durante varios años, también participa de esta opinión.

EXAMEN RADIOLÓGICO. — Encontramos: 1.º Aumento en la longitud y en la prominencia del arco medio izquierdo, es decir, del arco de la pulmonar. Refuerzo en la pulsación de dicho arco. Esto muchas veces no se aprecia. Para no confundir dicho arco con el que pudiera proporcionar un aumento de aurícula izquierda, bastará con observar al enfermo en posición O. A. D., si bien hay que tener en cuenta que raras veces se ve la aurícula izquierda hipertrófica en el contorno izquierdo del corazón. 2.º Aumento de densidad de los hilios (hilios cargados) y, a veces, danza hiliar. 3.º Refuerzo del dibujo vasculobronquial.

DIAGNÓSTICO. — Enumerados los caracteres clínicos de esta enfermedad, nos daremos cuenta de que no es difícil su diagnóstico siempre que se piense en

su existencia, y hemos de pensar en ella en los siguientes casos:

1.º En casos de cianosis crónicas no explicables por el estado del corazón. 2.º En casos de hemoptisis a las que no se encuentre otra explicación, sobre todo si el enfermo es sífilítico. 3.º En enfermos crónicos de bronquios o de pulmón cuando existe acentuada disnea o empiezan a tomar un color azulado.

Para el diagnóstico diferencial habrá que tener en cuenta esencialmente los siguientes procesos: cardiopatías congénitas; la persistencia del agujero de Botal puede dar lugar en algunas circunstancias a intensa cianosis, siempre que sea predominante el paso de sangre de la aurícula derecha a la izquierda. El hecho de que el enfermo, en caso de persistencia de dicho agujero, suele ser muy joven y la detenida exploración serán elementos de juicio casi siempre suficientes para establecer la diferenciación. La comunicación interventricular puede dar lugar a cianosis, pero la mayor parte de las veces no la origina por la sencilla razón de que el mayor empuje del ventrículo izquierdo hace que pase la sangre de éste al derecho y no al contrario. Si por alguna circunstancia añadida el ventrículo derecho alcanzase mayor potencialidad, la cianosis aparecería. La estrechez de la pulmonar origina cianosis, pero los datos de auscultación, los antecedentes y el examen radioscópico, si es preciso, nos sacarán de dudas.

Ciertas intoxicaciones pueden producir cianosis, pero la coincidencia con la ingestión de algún agente tóxico y la falta de antecedentes nos permitirán llegar a su diagnóstico.

Una enfermedad que alguna vez nos puede llevar a la confusión es la "policitemia de Vaquez". En estos enfermos no suele haber, a no ser que casualmente coincidan, los antecedentes broncopulmonares señalados. Por otra parte los datos radiográficos y la exploración del bazo nos sacarán de dudas. Asimismo, la exploración radiográfica nos permitirá descartar los síndromes de compresión de mediastino.

TRATAMIENTO. — Debemos tratar en primer lugar de corregir la afección bronquial o pulmonar causante de la arteritis. El clima adecuado, el reposo, el régimen dietético desprovisto de excitantes, serán parte de nuestros consejos. Prohibiremos el uso de tabaco y el tomar bebidas alcohólicas y trataremos con los medicamentos adecuados, que no hay que mencionar, su afección bronquial o pulmonar.

Si consideramos que la arteritis es de causa sífilítica, o simplemente, si el sujeto es sífilítico, un tratamiento antisifilítico puede darnos un magnífico resultado.

Algunos autores han recomendado tratar a estos enfermos con sangría, pero el resultado es nulo.

RAÚL GOYENA recomienda la administración de oxígeno en determinadas condiciones y dice que con este tratamiento se consigue la desaparición de la cianosis, así como de la disnea y de gran parte de los fenómenos subjetivos. La acción de esta terapéutica no es muy duradera. El medio que utiliza es el aparato de AUBRÚN, que es portátil y de fácil manejo.

Cuando el enfermo ha llegado a la insuficiencia de corazón derecho nuestra terapéutica se encaminará

hacia dicha víscera, pero siempre con el convencimiento triste de que poco o nada vamos a conseguir.

RESUMEN

Presentamos un caso de arteritis de la pulmonar secundaria a una broncopatía crónica, insistiendo en la frecuencia con que estos enfermos pasan desapercibidos por englobarlos en el común diagnóstico de "bronquitis crónica e insuficiencia de corazón derecho". Hacemos una sucinta exposición de los datos clínicos y patogénicos de dicha enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- AYERZA. — Archives de Coeur, abril 1931.
 ASSMAN. — Diagnóstico radiol. de las enf. internas. Labor, 1936.
 ARRILLAGA. — Esclerosis de la a. pulmonar. Buenos Aires, 1913.
 BRUGSCH. — Enf. del corazón y vasos. Marín, 1931.
 DÍAZ VILLAREJO. — Sífilis cardiovascular. Madrid, 1935.
 DÍAZ VILLAREJO. — Los Prog. de la Clin., 262, 1933.
 ESCUDERO. — Arch. Mal de Coeur, julio 1926.
 MARAÑÓN. — Los problemas clín. de los casos fáciles. Esp., 1937.
 RAÚL GOYENA. — Cardíacos negros. Salvat, 1942.
 ROMBERG. — Enf. del corazón y vasos. Labor, 1931.
 STROUD. — Patolog. del corazón y vasos. Salvat, 1943.

ZUSAMMENFASSUNG

Beschrieben wird ein Fall von sekundärer Entzündung der Arteria pulmonalis im Anschluss an ein chronisches Bronchialleiden. Man macht darauf aufmerksam, dass dieses Leiden oft unerkannt bleibt, weil es in der allgemeinen Diagnose der chronischen Bronchitis und Rechtsinsuffizienz untergeht. Eine zusammenfassende Darstellung der klinischen und pathogenetischen Daten des Krankheitsbildes wird gebracht.

RÉSUMÉ

Nous présentons un cas d'artérite de la pulmonaire secondaire à une broncopathie chronique, insistant dans la fréquence avec laquelle ces malades passent inaperçus comme étant compris dans le diagnostic commun de "bronchite chronique et insuffisance de coeur droit". Nous faisons une exposition succincte des données cliniques et pathogéniques de cette maladie.

EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS VESICAL

J. MARTÍNEZ GARCÍA

Urólogo del Hospital de la Cruz Roja de Murcia

Admitido el hecho de que prácticamente la tuberculosis vesical es siempre secundaria a un foco renal o genital (95 y 5 por 100 respectivamente en el sentir de BRAACH¹⁾), y que por tanto, el único tratamiento eficaz de la misma estriba en la supresión del foco primitivo, la realidad de la cistitis tuberculosa como entidad que es preciso tratar directamente se nos impone únicamente en uno de estos tres casos: