

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 sifilítico. 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 sifilítica, o simplemente, si el sujeto es sifilítico, 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 AUBRÓN, 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:

a). Necesidad de una mejor tolerancia vesical que nos permita las operaciones endoscópicas precisas a un diagnóstico correcto.

b) Cuando la supresión del foco inicial no lleva aparejada, por demasiado avanzada, la regresión de las molestias vesicales.

c) Casos en que nos es imposible actuar quirúrgicamente por bilateralidad de las lesiones o no podemos conducir a la cicatrización de los focos genitales.

Claro es, que a excepción de los incluidos en el apartado b), en que podemos llegar a alcanzar la curación, en los demás sólo pretendemos conseguir un aplazamiento de los síntomas que nos permita explorar al enfermo o una mejoría de las insuportables molestias de los incluidos en el grupo c). por lo demás, sin posibilidad de curación. Que el tratamiento de la cistitis tuberculosa no es cosa fácil lo atestiguan el sinnúmero de remedios médicos y quirúrgicos que han sido propuestos, intentos de curar buscados afanosamente en favor de estos pobres enfermos, esclavos de su cistitis, sin posibilidad de descanso por la frecuencia de las micciones; micciones donde la estranguria y el tenesmo llegan a ser tan intensos que la morfina se nos aparece como único consuelo.

Quirúrgicamente cabría pensar que la cistostomía disminuiría grandemente las molestias vesicales, y en este sentido se expresan ERTZBISCHOFF² y MAISONNET³, pero nuestra experiencia nos hace subscribir el criterio de WILDBOLZ⁴ según el cual la cistostomía sólo sirve para añadir a las molestias existentes las derivadas de la incontinencia y la tuberculización del trayecto fistuloso. La exclusión vesical por ureterostomía o pielotomía son candidaturas casi seguras a la muerte por infección inespecífica ascendente. De la enervación de la vejiga o la resección de los nervios erectores según la técnica de RICHER⁵ carecemos de experiencia propia, pero la bibliografía excesivamente escasa nos hace sospechar lo extraordinario de su empleo. Hoy por hoy, al tratamiento quirúrgico de la tuberculosis vesical se llega pocas veces que se llega, como excepción, después de haber agotado todos los remedios farmacológicos.

La electrocoagulación de las úlceras excavadas o de las masas poliposas circunscritas es de resultados inciertos; al lado de brillantes curaciones hemos obtenido rotundos fracasos. De todos modos la electrocoagulación es un auxiliar más a usar en el tratamiento, casi siempre largo y penoso de estos enfermos, como coadyuvante del tratamiento medicamentoso.

No creo necesario repetir aquí todas las normas higiénicodietéticas que han sido aconsejadas como favorecedoras de la curación. Tónicos, vitaminas y clima marino (UTEAU⁶) favorecen en mucho a estos enfermos. Un medicamento acapara toda la terapéutica del tratamiento general, el azul de metileno, del que hablaremos ampliamente después. WILDBOLZ dice haber obtenido buenos resultados con el Electrocuprol Clin en inyección intramuscular, y MICHON⁷ con la vacuna de VAUDREMER (V. D. V.), para nosotros desconocida.

No obstante lo expuesto, un recurso terapéutico sigue siendo fundamental en el tratamiento de la

tuberculosis vesical, a saber: las instilaciones e inyecciones de sustancias medicamentosas en el interior de la vejiga. El número de ellas que ha sido propuesto es casi infinito. Haremos un resumen de las más calurosamente recomendadas.

Sublimado al 1 por 10.000 (GUYON y LEGUEU).
 Agua fenicada del 1 al 6 por 100 (ROSVING).
 Acido pirogálico al 2 por 100 (MINET).
 Acido láctico al 5 por 100 (LENOIGNE).
 Aceite de vaselina yodoformado (BAZY).
 Aceite gomenolado al 10-20 por 100 (PASTEAU y MELCHIOR).
 Agua ictiolada al 1-4 por 100 (NOGUÉS).
 Azul de metileno al 1 por 100 (BLANC).
 Guayacol al 5 por 100.
 Rivanol al 1 por 100-400.
 Colargol. Etc., etc.

La insuflación de yodo naciente en el interior de la vejiga a favor del aparato de Farnarier ha sido preconizada entre nosotros por CIFUENTES⁸; de él podemos decir, al igual que de las instilaciones anteriormente mencionadas, que provoca grandes dolores en el momento de ser aplicadas, y en aquéllas ni aun la adición de sustancias anestésicas bastan para conseguir que sean retenidas algunos instantes, y no podemos olvidar que el enfermo viene a nosotros en demanda de alivio, por leve que éste sea, y aun cuando podría argüirse que estas vejigas reaccionan dolorosamente aún a la inyección de soluciones anestésicas puras y que en definitiva de lo que se trata es de curarlos, creo que este *desiderátum* debemos intentar el conseguirlo haciendo sufrir al paciente lo menos posible. Igual exacerbación de las molestias en las primeras aplicaciones parece obtenerse por la irradiación de estas vejigas con rayos Roentgen duros, según WILDBOLZ y KELNNETH⁹.

De todos los medios expuestos en la actualidad es usado casi exclusivamente el azul de metileno al 1 por 100 adicionado de novocaína.

Nosotros, a raíz de la comunicación de SECRETAN¹⁰, usamos la siguiente fórmula:

Azul de metileno purísimo	1 gramo
Glucosa químicamente pura	5 gramos
Percaina Ciba	20 centigramos
Agua destilada	100 gramos

PREPARACIÓN. — Disolver el azul de metileno y la glucosa en agua hervida fría. Dejar en la nevera durante una noche. Filtrar. Añádase la Percaina. Esterilizar.

Las ventajas de la fórmula propuesta por SECRETAN se desprende de las consideraciones siguientes. En la solución usualmente empleada de azul de metileno adicionada de cloruro sódico con miras a isotonizar la solución se produce ya desde el primer día un precipitado, debido al conocido fenómeno de precipitación de una solución de naturaleza coloidal en presencia de un electrólito, de aquí que fatalmente se inyecten en la vejiga partículas no disueltas de azul de metileno, directamente responsables de la intolerancia y el dolor frecuente de estas instilaciones.

Con la substitución del CINa por glucosa pura isotónica al 5 por 100 no se produce en la solución ninguna precipitación. Bien entendido que el azul de metileno usado tenga los caracteres de pureza im-

prescindibles (no contener dextrina, almidón, sales inorgánicas, metales pesados y materias colorantes extrañas; su residuo de calcinación no será superior a 0.5 por 100). La percaína, de tan conocidos efectos anestésicos sobre la mucosa de las vías urinarias, hace que la tolerancia sea buena y sus efectos calmantes rapidísimos.

En la reunión del IV Congreso Internacional de Urología celebrado en Madrid, el doctor PULIDO MARTÍN¹¹ dijo textualmente: "la alcalinización de la orina por el bicarbonato sódico es el remedio más eficaz para hacer soportable la vida a muchos infelices afectos de cistitis tuberculosa". A partir de la comunicación del doctor PULIDO MARTÍN hemos usado ampliamente el bicarbonato con un resultado siempre excelente, bien sea porque la alcalinización hace menos irritante la acción de la orina sobre las úlceras, o por los efectos beneficiosos de la terapéutica alcalina sobre las lesiones ulcerosas de la vejiga según HRYNTSCHAK¹², o por otra causa, el hecho es innegable, disminuye la polaquiuria y la disuria y aumenta la capacidad vesical. Podemos afirmar que su uso es casi específico como tratamiento preparatorio de maniobras endovesicales. La tolerancia y la capacidad se modifican favorablemente en pocos días.

OBSERVACIÓN I.—X. X. de 32 años, casado, dos hijos que viven sanos. Albañil. Desde hace catorce meses polaquiuria y disuria, es visto por un facultativo que le diagnostica un catarro de vejiga y le receta urotropina. A los seis días hematuria total de tres días de duración y exacerbación de sus molestias. En la actualidad nicturia de nueve veces, de día cada media hora, estranguria.

Orina turbia y pálida, indicios fuertes de albúmina. Sedimento: pus abundante. Koch positivo.

Se intenta la cistoscopia con una capacidad de 60 c. c., pero hay que desistir ante la gran intolerancia vesical.

Se le recomienda ingerir una cucharadita de bicarbonato cada cuatro horas, a los once días con una capacidad de 100 c. c. es tolerada sin grandes molestias la cistoscopia que permite diagnosticar una T. R. derecha con integridad del riñón izquierdo.

OBSERVACIÓN II.—A. C. de 28 años. Soltera. Operada hace seis años de "Mal de Pott" lumbar.

En la actualidad nicturia de ocho veces. De día orina cada 20 minutos, disuria, hematuria terminal de gotas.

Análisis de orina obtenido por cateterismo. Albúmina. En sedimento: pus abundante. Koch, positivo.

Se desiste de la exploración endoscópica por la gran intolerancia y escasa capacidad (40 c. c.).

A los once días de estar sometida al tratamiento por el bicarbonato con 90 c. c. de capacidad, endoscopia y cateterismo ureteral que permite diagnosticar una T. R. izquierda. Riñón derecho, sano.

En ambos casos después de la nefrectomía se continuó el tratamiento con bicarbonato, la curación de las molestias vesicales fue rápida.

En algunos casos del grupo b) hemos asociado la alcalinización con las instilaciones de azul de metileno según la fórmula antes indicada.

OBSERVACIÓN III.—E. A. de 27 años. Seminarista. Operado de nefrectomía derecha hace cuatro años. En la actualidad nicturia de seis veces, de día cada media hora, con intenso tenesmo.

La cromocistoscopia nos permite observar una eliminación intensa de indigo por el O. U. I. a los cuatro minutos y una vejiga tomentosa con edema de bolas y úlceras en bajo fondo y trigono. Capacidad, 90 c. c.

El tratamiento con bicarbonato y dos instilaciones semanales de azul de metileno produce una rápida mejoría de las molestias subjetivas. Al mes y medio sólo orina dos veces por la noche con escasas molestias y una nueva cistoscopia con

160 c. c. de capacidad demuestra sólo la presencia de un edema muy discreto en forma típica de bolas.

Aun en los casos inoperables la alcalinización mejora la sintomatología subjetiva.

OBSERVACIÓN IV.—J. B. de 22 años. Soltero. Oficinista. Es visto por nosotros en agosto de 1941, diagnosticando una T. R. D. con integridad del riñón izquierdo y proponemos la nefrectomía que no es aceptada. Posteriormente es visto en Madrid (febrero de 1942) donde le cateterizaron dos veces el riñón izquierdo. En diciembre del mismo año vuelve a nosotros dispuesto a la operación, pero entonces, la eliminación de indigo-carmin de cuatro minutos se había elevado a nueve y el cateterismo nos da pus abundante, con inoculación al cobaya (doctor ZAMORA) resulta positiva por lo que desistimos de operarle. Urea en sangre, 0.66.

En este enfermo el azul de metileno administrado *per os* (0.5 gramos dos veces al día) y el bicarbonato lo hemos alternado en periodos de quince días. La remisión de las molestias es claramente más intensa con el segundo que con el azul de metileno.

Aparte de la comunicación del doctor PULIDO MARTÍN, y otra personal del doctor PÁEZ, que lo usa satisfactoriamente en su Servicio del Hospital de San José y Santa Adela, de Madrid, nada hemos encontrado en la bibliografía sobre los beneficios del bicarbonato en la tuberculosis vesicular. En el ya citado trabajo de HRYNTSCHAK sus resultados son obtenidos experimentalmente en lesiones ulcerosas provocadas por cáusticos en vejigas de animales, pero no hace referencia a su uso clínico. El doctor MOLLÁ¹³, en su libro sobre medicaciones urológicas, considera contraindicación casi absoluta el uso de los alcalinos en la tuberculosis urinaria por "la incrustación calcárea de las úlceras tuberculosas por la reacción alcalina de la orina". No tenemos motivos para sustentar este criterio del doctor MOLLÁ; la incrustación se da en las infecciones inespecíficas intensas con orinas amoniacaes, cosa que no ocurre en la tuberculosis vesical pura. El que a la tuberculosis vesical pueda asociarse una infección inespecífica es otro aspecto del problema.

Ya MARION¹⁴ hace hincapié en el hecho de que hay que separar en toda tuberculosis vesical lo que es propiamente específico de lo que es provocado por infecciones secundarias inespecíficas, y BARON¹⁵ llega a fijar en un 50 por 100 el número de casos en que la sintomatología es debida a la infección sobreañadida; de todos modos, la diferenciación no supone grandes dificultades, pues si cabe dentro de lo posible el fenómeno inverso, es decir, que una infección inespecífica enmascare a un proceso tuberculoso, se comprende fácilmente que al realizar las investigaciones encaminadas a descubrir en la orina el bacilo de Koch se demuestre la presencia de una flora microbiana sobreañadida, y aun en este caso, dado que para su tratamiento la reacción alcalina de la orina favorece la acción de las sulfamidas, no vemos con ello ningún inconveniente para usar el bicarbonato, de tan positivos efectos beneficiosos en el tratamiento de la tuberculosis vesicular.

RESUMEN

- 1.º El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis vesical (T. V.) es hoy día un hecho de excepción.
- 2.º El azul de metileno según la fórmula pro-

puesta por SECRETAN es el de mejor resultado en el tratamiento local de la tuberculosis vesicular.

3.º La alcalinización de la orina produce efectos beneficiosos constantes. La capacidad, disuria y poliquiuria se modifican favorablemente en pocos días.

4.º No hemos observado con su uso ningún efecto perjudicial.

5.º No deberá olvidarse, para tratarlos debidamente, la frecuencia de las infecciones inespecíficas sobreañadidas.

2. Das Methylenblau nach der Vorschrift von Secretan gibt die besten Resultate bei der B. T.

3. Die Alkalinisierung des Urins führt zu guten Dauerwirkungen. Die Kapazität, Dysurie und Pollakiurie werden in wenigen Tagen besser.

4. Bei der Anwendung haben wir keine schädliche Wirkung beobachten können.

5. Bei einer guten Behandlung dürfen häufig vorkommende konkomitierende unspezifische Infektionen nicht unberücksichtigt bleiben.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 BRAACH. — Citado por MAISONNET.
- 2 ERTZBISCHOFF. — Encic. Franc. d'Urol., 4, 417, 1921.
- 3 MAISONNET, J. — Patología Quirúrgica, 6, 482, 1937.
- 4 WILDBOLZ, H. — Trat. de Urología, 515, 1936.
- 5 RICHER, V. — Jour. d'Urol., 50, 197, 1942.
- 6 UTEAU. — Jour. d'Urol., 35, 6, 518.
- 7 MICHON, L. — Jour. d'Urol., 34, 527, 1932.
- 8 CIFUENTES, P. — Prácticas de Urología, 227, 1927.
- 9 KELNETH, V. — The Brit. Journ. of Urol., 4, 340, 1942.
- 10 SECRETAN, M. — Journ. d'Urol., 35, 27, 1933.
- 11 PULIDO MARTÍN, A. — IV Cong. de la Soc. Intern. de Urol., 1, 231.
- 12 HRYNTSCHAK, TH — Zeitschr. f. Urol. Chir., 51, 129, 1931.
- 13 MOLLÁ, V. M. — Medicaciones urológicas, 100, 1935.
- 14 MARION, G. — Traité d'Urologie, 575, 1935.
- 15 BARON, P. — Journ. d'Urol., 5, mayo 1928.

ZUSAMMENFASSUNG

1. Die chirurgische Behandlung der Blasen-tuberkulose stellt heute nur noch eine Ausnahme dar.

RÉSUMÉ

1.º Le traitement chirurgical de la tuberculose vésicale (T. V.) est aujourd'hui un fait exceptionnel.

2.º Le bleu de méthylène selon la formule proposée par Secretan est celui qui donne les meilleurs résultats dans le traitement local de la T. V.

3.º L'alcalinisation de l'urine produit des effets bienfaisants constants. La capacité, dysurie et poliquiurie sont modifiées favorablement dans peu de jours.

4.º Nous n'avons pas observé avec son emploi d'effet préjudiciel.

5.º On ne doit pas oublier, pour les traiter comme il faut, la fréquence de infections inespecifiques réajoutées.

COMUNICACIONES PREVIAS

NUEVO INSTRUMENTAL PARA LA ASPIRACIÓN ENDOCAVITARIA Y TÉCNICA PARA SU EMPLEO

J. GARCÍA GALARZA

Tuberkulosekrankenhaus. — Rohrbach (Heidelberg).

Director: L. ADELBERGER

Desde que MONALDI empezó a emplear la aspiración endocavitaria con el conocido instrumental de BOTTARI y BABOLINI se han introducido, o pretendido introducir, tantas modificaciones al mismo, sin que ninguno haya tenido aceptación, que no creí que por el momento pudiera haber una variación fundamental que mereciera interés. Pero en el Sanatorio Antituberculoso de Rohrbach me he visto sorprendido por el uso de una, que me parece superior a cuantas he visto y practicado.

Naturalmente todos los instrumentos y técnicas tienden a que al hacer la punción con el trócar se llegue con la mayor seguridad posible a la caverna. Por ello se empezó usando el anillo de hierro para colocarlo sobre la cavidad vista con rayos centrales, de tal forma que al introducir la aguja perpendicu-

larmente tuviera que ser perforada la cavidad. En los primeros tiempos se hacía primeramente la punción de prueba con una aguja corriente montada en una jeringuilla y cuando se notaba que estaba en la cavidad, cosa que se percibe primero por el tacto y por la mayor o menor facilidad encontrada al retirar el émbolo y la mayor amplitud de las oscilaciones manométricas (no es mi ánimo hacer una descripción de estas técnicas, sobradamente conocidas por haber muchas y buenas en castellano) se hacía al lado o en el mismo sitio la punción con el trócar de Bottari y Babolini, profundizando con éste lo mismo que se había observado en la aguja.

Pero ocurre que el pinchar en el mismo sitio o al lado no significa que las puntas vayan a parar exactamente al mismo lugar, pues al introducir el trócar, como es preciso hacer alguna fuerza, se pierde fácilmente el paralelismo y la punta puede separarse unos centímetros y caer fuera de la cavidad. Para corregir este inconveniente se construyó en España por PARTEARROYO y en Italia por MORELLI, un aparato destinado a conducir el trócar automáticamente al interior de la cavidad. Éste es, como se sabe, un sencillo tubo cuya luz se hace coincidir con el rayo