616.2
D85

REPUBLICA DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

DE LA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

SCIB
00021090

" L A V A D O B R O N Q U I A L ".-

Tesis para optar
el título de -
Doctor en Medici-
na y Cirugía .

HUMBERTO DUNOX[illegible] [illegible]ILIANI

8 1

BUFM

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

Dr. RAFAEL A. DE [illegible] TELES

DECANO DE LA FACULTAD

Dr. [illegible] PIMENTA [illegible]

SECRETARIO DE ACTAS

Dr. [illegible] DE LA VEGA

DIRECTOR DE LA ESCUELA

Dr. MIGUEL A. LENGUA

CONSEJO DE GRADUADOS

Dr. [illegible] A. [illegible]

Dr. CARLOS [illegible] CORDERA

Dr. [illegible] D.

SECRETARIO DE LA FACULTAD

Dr. [illegible] DARIO [illegible]

))))))))))))

COPIA

Cartagena Julio 1o de 1.953.-

Señor Decano de la
Facultad de Medicina
P r e s e n t e
_____

El Sr. Humberto Dunoyer Emiliani, trae como trabajo de Tesis doctoral un estudio titulado "LAVADO BRONQUIAL", y se ha hecho el honor de agradecer, de designarme su Presidente de Tesis.-

Representa esta Tesis, el trabajo realizado por el Dr. Dunoyer Emiliani cuando trabajaba en el Instituto Colombiano de Seguros Sociales de Pereira.- Consta de 6 capítulos que pueden recordarse en dos partes: las indicaciones y técnicas del Lavado Bronquial por una parte, y las 21 observaciones que el autor recogió y considera ilustrativa del método que preconiza.-

De los diferentes métodos utilizados para el Lavado Bronquial escoge los que se realizan a través de los tegumentos y prefiere el sub-cricoideo porque puede practicarse sin necesidad de anestesia.-

Para juzgar del adelanto que representa cualquier método de investigación, hay necesidad siempre de comparar las ventajas que de él se derivan con las dificultades técnicas de su ejecución y con las molestias y peligros que representa para el paciente.- En el caso presente se trata de un método sencillo que no requiere instrumentación complicada y que no representa sino molestias útiles para el enfermo, y por así decirlo, ningún peligro.-

Dunoyer lo utiliza para fines de diagnóstico en la tuberculosis pulmonar, las micosis, en un caso de cáncer bronquial

y como medio auxiliar de tratamiento para proporcionar auto-vacunas que utiliza en el tratamiento del asma y de algunas bronquitis crónicas.-

Parece indiscutible que el Lavado Bronquial permite una mayor porcentaje de resultados positivos para el hallazgo del bacilo de Koch en los casos de tuberculosis pulmonar, si se lo compara con el simple examen de esputos y de lavado gástrico, y resulta de una técnica mas sencilla y mas rapida que las inoculaciones y los cultivos que quedarian limitados a nuevos en aquellos casos en que el lavado bronquial hubiera dado resultados negativos.-

En las micosis pulmonares parece ser de gran eficacia para obtener el hongo causal. Todos sabemos las dificultades que ofrece el diagnóstico de las micosis pulmonares y llama la atención ver que en corto tiempo Humberto Dunoyer haya podido reunir dicto observaciones cuando en nuestro medio resulta un diagnóstico de excepción.- Tal vez si en muchos cuadros bronco-pulmonares bastardos en que reiteradas investigaciones han negativas para el bacilo de Koch y seguimos etiquetando tuberculosis, hiciéramos Lavado Bronquial y siempre encontraríamos mas frecuentemente las micosis que se nos escapan por no buscarlas sistematicamente.-

Para el diagnóstico del cancer bronquial tambien puede ser util el método preconizado por Dunoyer cuando el examen broncoscopico que, queda siendo el método de eleccion, no nos permite localizar el sitio del tumor y practicar la biopsia correspondiente.-

En definitivo el método es recomendable y hay que agradecerlo a Humberto Dunoyer Emiliani que con su trabajo lo hace popu-

entre nosotros.-

Su Tesis bien ordenada representa un trabajo personal; es el fruto de su esfuerzo y no como la mayoria de nuestras tesis una simple traduccion de trabajos extranjeros.-De ellos felicito a su autor. Reune su trabajo los requisitos que exige la escuela para tesis doctoral.-

Del señor Decano muy atentamente,

ENRIQUE DE LA VEGA M.D.

Cartagena Julio 9 de 1.953.-

Señores Miembros del
Jurado de Tesis
Presente.-

En mi condición de Profesor de Medicina Interna, tengo el honor de dirigirles el presente informe, sobre el trabajo científico, que presenta a esta Facultad el alumno Hernando Dumoyer, Valiant, titulado "LAVADO BRONQUIAL", para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía.-

Constituye esta monografía, una descripción científica clara y completa de la técnica y aplicaciones clínicas, encaminada en forma especiales a la confirmación de diagnóstico de la Tuberculosis pulmonar.-

Maneja el autor su trabajo, con historias clínicas, aplicaciones del lavado bronquial con ilustración técnica en casos personales, con resultados positivos para diagnósticos difíciles, y con muy acertadas conclusiones sobre estas particularidades.-

No se escapa a vuestro ilustrado criterio profesional, frase Juanes que constituye a veces un gran esfuerzo del clínico poder precisar, un día clínico de casos diagnosticados.-

La técnica de la prueba, puede presentarse en el curso de la delicada clínica, con accidentes clínicos que exigen un diagnóstico rápido. Pero existen condiciones especiales, que el Candidato señala con gran acierto, entre que pueda diagnóstico es difícil por carencia de signos y síntomas en la enfermedad los que existen, para Conclusiones precisas.-

Los clínicos clínicos americanos, con sus científicos trabajos de Bronquiectasias y especialidades apuntan estas dificultades en su clasificación de "enfermos tuberculosos, que se respiran en condición, para que deban ser observados".-

En este punto particular colocan, aquellos pacientes en los que el lavado bronquial, constituirá, un precioso auxiliar para buscar el bacilo tuberculoso que produzca el mal orgánico.-

Es considero este estudio de gran importancia clínica, sobre todo entre nosotros, donde la rutina de los exámenes clínicos no ha cumplido con este importante procedimiento que le da precisión científica.-

Por estas importantes razones, me permito solicitar la mejor calificación para esta Monografía.-

Señores del Jurado,

MIGUEL A. ESPINOSA

ARTICULO No. 286.-

El Presidente de Tesis

El Profesor de la Materia, no son responsables

de las ideas emitidas -

el aspirante.-

D E D I C A T O R I A

A la memoria de mi querida madre, a mi padre y hermanos, especialmente a Luis quien en todo momento me estimuló y ayudó durante mi vida de estudiante.-

T I T U L O S

Médico Practicante de la Asistencia Social Municipal de Cartagena (Bolivar-) en el año de 1.949.-

Externo de la Sala de Anestesia del Hospital"Santa - Clara" en Cartagena (Bolivar). año de 1.949.-

Interno de las Salas de:- Infnatil, Quirúrgica de Hombres, Ortopedia y Consultorio Externo del Hospital "Santa Clara" en Cartagena (Bolivar) año de 1.950.-

Médico-Practicante del Dispensario Antivenereo del Municipio de Cartagena en 1.950.-

Médico Rural del Municipio de San Onofre (Bolivar) de - 1.951 a 1.952.-

Interno de la Clínica de Seguros Sociales de Pereira - (Caldas) en el año de 1.952 a 1.953.-

---

COPIA

INSTITUO COLOMBIANO DE SEGUROS SOCIALES

Caja secciones del Quindio y Nte del Valle.-

El suscrito Medico-Jefe del I.C.S.S. (Caja Seccional del Quindio y Norte del Valle).

C e r t i f i c a :

Que las Historias clínicas presentadas por el señor Humberto Dunoyer Emiliani en su trabajo de Tesis, - son copia auténtica de las originales que reposan - en el archivo de esta Institución.-

(fdo)

Pereira Mayo de 1.953.- MARCO T.RAMIREZ GUTIERREZ-

Médico -Jefe.-

COPIA.-

INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGUROS SOCIALES

El suscrito Médico Jefe del Departamento de Radiología del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (Seccional del Quindío y Norte del Valle).

C E R T I F I C A :

Que las radiografías presentadas por el señor Humberto Dumoyer Emiliani en su trabajo de Tesis para optar el título de doctor en Medicina, son AUTENTICAS. Las originales están en el Archivo de este Departamento.-

(fdo) MIGAEL RODRIGUEZ M.D.

Pereira Junio de 1.953.-

COPIA.-

INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGUROS SOCIALES.

El suscrito Médico-Jefe del Laboratorio del I.C.S.S. (Caja Seccional del Quindio y Norte del Valle).-

C e r t i f i c a :-

Que el señor Humberto Dunoyer Emiliani, efectuó su trabajo de tesis sobre Lavado Bronquial en este laboratorio, y que los resultados de laboratorio citados por él, son auténticos.-

Pereira Mayo de 1.953.- (fdo) GABRIEL FONNEGRA M.D.

CAPITULO

INTRODUCCION

Son muchas las ocasiones en que el clínico establece su diagnóstico de una entidad pulmonar, una tuberculosis por ejemplo, y en las que, a despecho suyo, el laboratorio le reporta negativos los exámenes ordenados; si a ello agregamos un estudio radiologica tambien negativo, o simplemente sospechoso, el problema se hace mas dificil. Decimos asi, porque no se puede emitir un diagnóstico semejante, auncuando se posea toda la certeza clínica, sin una prueba concluyente, la cual solo puede darsela el laboratorio. Y comienza una pesquiza infructuosa del bacilo por los medios corrientes, siempre con el mismo resultado: negativo.

Las anteriores dificultades tuvimos oportunidad de experimentarlas en muchos de nuestros casos, en los cuales se sucedian los exámenes de laboratorio sin poder confirmar nuestra impresión clínica.- Fué entonces cuando por primera vez usamos el Lavado Bronquial con resultados verdaderamente sorprendentes, demostrándonos su alto porcentaje de positividad. En unos casos sirvió para confirmar nuestros diagnósticos y en otros aclaró cuadros confusos como son las micosis pulmonares, dificiles de diagnosticar tanto clinica como bacteriológicamente.-

Hasta ahora es muy poco lo que se conoce de este nuevo método de laboratorio, debido a que las publicaciones que sobre el se han hecho quedan reducidas a artículos aparecei-

dos en revistas médicas. Lo anterior sumado a la magnífica experiencia que de su eficacia tenemos, fué lo que despertó en nosotros el interés para efectuar este trabajo de la manera mas completa y clara, pero tratando de ajustarlo a las normas de todo trabajo científico.-

Naturalmente que, como todos los métodos de laboratorio, su positividad no es de el ciento po ciento, pero si mayor que la de los medios hasta ahora usados (jugo gástrico, esputo) de lo cual dan fé las estadísticas comparativas que presentamos.-

Su sistematización entre los exámenes de rutina será de gran utilidad para descubrir procesos incipientes de tuberculosis pulmonar, único modo de instituir una terapeútica efectiva. Este hecho nos habla por si solo de cuan grandes son sus beneficios, los cuales constrastan paradojicamente con su técnica sumamente sencilla.-

Para llevar a efecto este estudio conté en todo momento con la eficaz ayuda del Dr. Gabriel Bonnegra, Médico-Jefe del Laboratorio del I.C.S.S.(Instituto Colombiano de Seguros Sociales) de Pereira, quien con sus consejos me orientó en el curso de su elaboración.-
Para él mism mas sinceros agradecimientos.-

CAPITULO II

LAVADO BRONQUIAL

El Lavado Bronquial es un método de laboratorio que consiste en la instilación de una pequeña cantidad de solución salina u otra solución inocua, en el arbol traqueo bronquial con el propósito de excitar el reflejo tusigeno, el cual arrastra secreciones desde regiones extensas de él y efectúa practicamente un abundante lavado de los bronquios donde se encontrarán gérmenes o células provocadoras de lesiones pulmonares.-

Hasta ahora este método ha tenido gran auge en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, pero indudablemente su valor es más amplio,pues se puede usar para establecer otros diagnósticos igualmente difíciles, como veremos mas adelante.-

HISTORIA:- Se destacan como precursores de él, Triboulet, Kanony y Soules, quienes en el año de 1.931 instilaron a través de un tubo broncoscópico 30cc de suero fisiológico tubio. Mas tarde (1937)fué efectuado por Neón Kindemberg y otros, utilizando la via nasal. Años despues Alvaro E. Bence (1.940) practica, con fines diagnósticos, inclusiones de centrifugado obtenido mediante Lavado Bronquial,debido a que éste puede arrastrar fragmentos de tejidos pertenecientes a neoplasias pulmonares.-

En Agosto 17 de 1.944 Manuel D. Abreo realiza su primer Lavado Bronquial en el Hospital de San Sebastián de Rio -

de Janeiro, para el diagnóstico de tuberculosis pulmonar radiológicamente inaparente, por via intercricotiroidea. Un año después Castillo, en Cuba, establece el procedimiento perfeccionando la técnica supraglótica por via nasal, ya antes usada por Triboulet, Kanony y Soules.-

Hasta 1947 este método no hace su aparición en Colombia año en el cual lo efectúa Hernán Ramirez en la ciudad de Medellín.-

Hoy dia las discusiones están encaminadas a establecer la mejor via para llevarlo a efecto. A este respecto debemos decir que existen varios métodos que se pueden separar en dos grupos para mayor facilidad en la descripción:

1o) Los que se verifican por las vias naturales de acceso a la traquea con sondas o tubos broncoscópicos y tenemos las técnicas supraglóticas (yuxta y transglotico). Estas requieren una anestesia cuidadosa y un tiempo de ejecución amplio; y,

2o) los que efectúan a través de los tegumentos del cuello (infraglóticos): a) Intercricotiroideo, en el que se introduce la aguja pasando la membrana cricotiroidea; y, b) Subcricoideo, que se hace inyectando la solución a través del primer anillo traqueal. En ambos métodos los puntos de referencia son los cartílagos tiroide y cricoide. El último de los métodos indicados, Subcricoideo, tiene la ventaja sobre los anteriores de poderse efectuar con o sin anestesia, y mayor facilidad y rapidez, con resultados análogos.-

1- TECNICA.-

a) Material utilizado.- Una jeringuilla hipodérmica de 10 a 20 cc provista una aguja corriente calibre 20, larga; un vaso cristalizador para recibir el material del lavado; solución salina isotónica (unos prefieren hipertónica para inyectar menor cantidad 3 a 5 cc) o de dextros; antisepticos cutaneos (merthiolate, yodo, alcohol,etc); anestésico local.-

b) Procedimiento/- Existen, como lo hemos indicado anteriormente, varios métodos para efectuar el Lavado Bronquial,pero describiremos aquí únicamente el que hemos empleado sistematicamente en todos nuestros casos, el Subcricoideo:

Se coloca el paciente correctamente sentado con la cabeza en hiperextensión y se le entrega el vaso cristalizador estéril indicándole que en él debe depositar lo que expectore; el operador colocado delé frente al enfermo, reconocerá los puntos de referencia (tiroide y cricoide) y procederá a hacer una rigurosa antisepsia del campo operatorio, efectuada la cual verificará la anéstesia (nosotros no la usamos sino una vez, los demás Lavados fueron sin anestesia) Ya en estas condiciones se introduce la aguja a ras del borde inferior del cartílago cricoide y a través del primer anillo traqueal, se cerciora de que está en la luz de la traquea previa aspiración,lo cual queda comprobado con la entrada de aire, e inyecta de manera rá-

pida 10 o 15 cc de solución salina tibia; inmediatamente se le indica al paciente que incline el tronco fuertemente hacia adelante, posición que debe conservar mientras dure el acceso de tos, con el vaso cerca a la boca.-

Esto excitará el reflejo tusígeno inmediatamente o en el lapso de unos minutos, por lo que es conveniente que el operador esté protegido y el enfermo se cubra la boca con un pañuelo mientras se efectua la inyeccion de la solución.-

Las secreciones bronquiales así obtenidas recibirán un tratamiento ulterior, según sea la clase de investigación a que ellas estén destinadas 1o) Cuando lo que tratamos de hacer es una autovacuna se les tomará tal como se recibieron, para el cultivo en el medio apropiado del cual hablaremos en el capítulo correspondiente a Autovacunas, por ser de suma importancia; y 2o) si se trata de una investigación de bacilo tuberculoso u otras clases de hongos, o de células provenientes de lesiones pulmonares cancerosas, se seguirá la conducta que a continuación exponemos:-

Primer caso;- Cuando se va a investigar bacilo tuberculoso por el examen directo, se procede de la siguiente manera, en su orden:-

a) <u>Preparación del frotis</u>.- A las secreciones obtenidas se les agrega una parte igual de una solución de sosa al 4% y se coloca el vaso en un agitador de Kahn hasta completa homogeinización (20 minutos con suficien-

te para lograrlo), luego se coloca en la estufa a 37 grados centigrados durante treinta (30) minutos con el objeto de ayudar a la digestión del moco, saliva, céulas, etc., y se centrifuga despues uno 15 o 20 minutos, decantar.-

b) Preparación de la placa:- Este tiempo accesorio y de gran utilidad practica, se puede ejecutar mientras el material recolectado pasa por los diferentes tratamientos anteriores. Tiene por objeto evitar que el frotis sea arrastrado por el alcohol-ácido al decolorar la fuccina (Ziehl-Neelsen), y se verifica en la siguiente forma: Se mezcla a partes iguales glicerina y albumina de huevo, de lo cual se toma un centímetro cúbico y se disuelve en veinte de agua destilada (1 X 20); de la anterior disolución se toma una gota que se coloca sobre la placa escogida y se extiende cuidadosamente en el sitio donde se ha de efectuar el frotis, y se pone a secar.-

c) Del centrifugado resultante se hacen varias preparaciones, para una mejor observación, y se procede a la coloración. En nuestro trabajo, para esta clase de investigación, usamos siempre la de Ziehl-Neelsen.-

Segundo caso:- Si lo que se desea es hacer una investigación de células procedentes de neoplasias pulmonares, entonces se seguirá la siguiente conducta:- Se examinan las secreciones obtenidas y de las partes mas sospechosas, especialmente de las que tienen sangre, se hace la toma para la extensión y luego se colora; nosotros usamos la de Papanicolaou.-

Tercer caso;- Cuando habiendo dado el examen directo resultado negativo para B.K., en varias investigaciones, y persiste la duda clínica, o se piense en una forma de micosis pulmonar producida por aspergillus u otra clase de hongo, es necesario hacer cultivo, y por tanto modificar en parte el destino que siguieron las secreciones para el examen directo así:-

Despues de retirarlas de la estufa se les agrega, con una pipeta, solución de ácido clorhidrico al 25% hasta reacción ligeramente ácida, para lo cual se va controlando con papel de tornasol; se lleva luego a la centrifugadora el tiempo indicado anteriormente, se decanta y se siembra. Para el bacilo tuberculoso hemos usado preferentemente el medio de Petragnani.-

En las micosis pulmonares siempre hmos usado el medio de Littman (Opal E. Hepler) que proporciona unas colonicas nítidas y libres completamente de contaminación.-

No queremos seguir adelante sin antes dedicarle unas palabras a la importancia del Lavado Bronquial en el diagnóstico de las micosis pulmonares.- Estas afecciones constituyen una serio problema para un diagnóstico clínico, pues es mucha la semejanza que tienen con los demás procesos crónicos pulmonares, especialmente con la tuberculosis a lo cual se agrega su poca frecuencia. Pero tal vez son mas frecuentes de lo que se piensa, y que hasta ahora la dificultad para hallarlas se hubiera debido a la falta de un medio corriente de laboratorio, que nos permitiera un material cercano a la lesión y facilitara el hallazgo

del hongo.- Estas ventajas si las tenemos con este método.- Prueba de ello lo da la estdistica del laboratorio del I.C.S.S.(Instituto Colombiano de Seguros Sociales) de Pereira donde se observa que en solo cuatro (4) meses de estar utilizando el Lavado Bronquial para esta clase de diagnosticos se encontraron ocho(8) casos positivos; y en cambio durante dos (2) años anteriores a la sistematización de este método el simple examen de esputo y el de jugo gastrico no reportaron un solo positivo, con el agravante de que la mayoría de los casos comprobados pasaron por el filtro de estas pruebas.-

INDICACIONES.-

1o) En la tuberculosis pulmonar:-

a) Para confirmar un diagnóstico clinico y radiologicamente positivo;

b) Para esclarecer el diagnostico definitivo de un caso clinica y radiologicamente sospechoso;

c) Para definir el diagnóstico de un caso clinicamente sospechoso y radiológicamente negativo;

d) En el caso de que los demás exámenes de laboratorio den resultados negativos y persista la duda clinica;

e) Cuando no sea posible la expectoración (niños y algunos adultos;)y

f) Como control durante un tratamiento.-

2o) En la obtención de muestras en las micosis pulmonares (aspergillus,penicillium etc) para cultivo, con el fin de identificar y clasificar el hongo, debido a que el examen directo solo es de un valor relativo.-

3o-) En la investigación de células neoplasicas en casos sospechosos de cancer broncopulmonar.-

4o) En la preparación de autovacunas para asmáticos, para los estdos gripales frecuentes y los crónicos; - micosis pulmonar, y en general para la mayoria de las afecciones del aparato respiratorio producidas por cocos, hongos etc.-

CONTRAINDICACIONES.- El Lavado Bronquial solo está contraindicado en los pacientes tuberculoso con estensas cavernas pulmonares, por el peligro de provocar una hemoptisis.

VENTAJAS.-

a) Es un método facil de ejecutar y de resultados inmediato, siempre que se trate de un examen directo;

b) No necesita para verificarlo sino un pequeño instrumental de uso corriente, lo cual permite poder practicarlo en un consultorio médico;

c) Este instrumental se puede esterilizar facilmente por la simple ebullición;

d) El paciente no requiere preparación previa a parte de estar en ayunas, cosa por lo demás no indispensables; y

e) Las molestias a la persona que se le practica un Lavado Bronquial son mínimas, y por tanto no dignas de tomarse en cuenta.-

DESVENTAJAS O PELIGROS.- Estriban éstas unicamente en el hecho de no observar las siguientes consideraciones:-

a) Que se practique a personas en las que está contraindicado;

b) Que no se efectue una antisepsia rigurosa del campo

operatorio; y

c) Que se utilice en su ejecución un instrumental sin esterilizar o mal esterilizado.-

CRITICAS AL LAVADO BONQUIAL:-

Actualmente se le están haciendo críticas al Lavado Bronquial en Bogotá, en el sentido de que puede ocasionar al efectuarlo en la tuberculosis pulmonar, lesiones en sitios en donde antes no existía. Hasta ahora esto no ha pasado de simples comentarios de reuniones, pues no se ha presentado ningún trabajo al respecto respaldado con una estadística que corrobore lo que se afirma.-

En la revision de la escasa literatura que se ha escrito sobre este nuevo método no hemos encontrado esta objeción. Lo que si hemos observado através de ella, es que este medio diagnóstico toma cada dia mayor auge, y que hay paises como Uruguay en que el Lavada Bronquial está desplazando el examen simple de esputo haciendose sistematica su practica en todos los laboratorios.-

Tampoco tenemos noticias de que se hayan presentado complicaciones en los casos en que lo hemos usado, ni que tampoco ocurriera algo parecido en el Dispensario Antitubierculoso de esta ciudad, donde lo han venido utilizando regularmente.-

C A P I T U L O III

VALOR COMPARATIVO DEL LAVADO BRONQUIAL

Nos proponemos hacer una comparacion del Lavado Bronquial con los métodos de laboratorio mas usuales para el diagnóstico de ciertas afecciones pulmonares.

No es nuestro propósito restarles valor a ninguno de los métodos que comentaremos, ni tampoco el de llevar al Lavado Bronquial a un pináculo sin bases, sin establecer una comparación alejada de toda pasión y con el solo ánimo, el deseo de hacer un trabajo sincero de divulgación dado lo interesante de este medio diagnóstico y de la gran ayuda que el puede prestar a la clínica en la conclusión de ciertos casos que a diario se presenta, y que, como se podrá apreciar en muchos de las observaciones de nuestro trabajo, tambien se nos presentaron a nosotros, en las cuales fue el Lavado Bronquial quien nos las definió, nos referimos al grave problema de tener la certeza clínica de que nos hallamos en presencia de un individuo afecto de tuberculosis o una forma cualquiera de micosis pulmonar y con exámenes de laboratorio negativos y una radiografía tambien negativa o simplemente sospechosa.- En ocasiones como estas es en las que el médico de cruza de brazos sin saber que hacer, pues no se le puede lanzar una sentencia de tuberculosis pulmonar a un paciente sin tener una prueba faciente de ello, y esta prueba solo puede ser la presencia del bacilo porque según el concepto establecido no se puede emitir este diagnóstico si no se demuestra la existencia del bacilo de Koch en los exámenes bacteriológicos practicados.- En este caso el Lavado Bronquial sería un arma mas de investigación al lado -

ción al lado de los otros métodos, con un porcentaje mayor de positividad sobre el esputo y el jugo gástrico como se podrá comprobar con las estadísticas correspondientes que presentaremos en cada caso.-

Estableceremos esta comparación principalmente con el esputo, el jugo gástrico, el cultivo y la inoculación, que son los mas frecuentemente usados en la practica diaria, y dedicaremos unas palabras a la eritrosedimentación. en la tuberculosis pulmonar.-

1o) CON EL ESPUTO.- Las principles ventajas del Lavado Bronquial con este examen podemos resumirlas del siguiente modo:-

a) Con el Lavado Bronquial no hay posibilidad de un fraude de parte del paciente, caso que si se da con el esputo, pues como casi siempre se trata de una muestra traída al laboratorio no podriamos tener la seguridad de que aquel pueda ser efectivamente de él y no de otra persona.- Esto aunque parezca remoto sucede, especialmente en los trabajadores, a quienes un diagnostico positivo de tuberculosis pulmonar privaria de su puesto; y podemos agregar a esto el que la mayorias de las personas le tienen terror a un diagnostico de esta clase, y piensan que es con este solo fin que se les solicita esta muestra.- En cambio nadie puede sustraerse al violento refleje tusígeno que el Lavado Bronquial provoca, razón por la cual no hay posibilidad de fraude, como decimos anteriormente.-

b) No hay riesgo a que en el material obtenido vaya solo saliva.-

c) Suministra una cantidad de secreciones unas veinte veces mayor que el simple esputo.-

d) La secreción recolectada proviene, si no de la misma lesión, al menos de un sitio proximo a ella. Como se comprende hay un margen mayor de positividad pespecto al esputo. En este sentido su valor seria comparable a la Broncoscopia que permite llegar bastante profundo en el arbol bronquial, con la ventaja sobre éste de que no requiera personal especializado, rigurosa preparación del paciente anestesia adecuada y aparato especial de manejo complicado y que la solución introducida puede llegar mas lejos, hasta las finas ramificaciones bronquiales.-

Analicemos ahora un cuadro comparativo entre el Lavado Bronquial y el examen directo de esputo con base en una estadística del Dispensario Antituberculoso de Medellín.-

N U M E R O DE P A C I E N T E S : 130

E s p u t o s :	Positivos.....	12	
	Negativos.....	64	
	Muestras deficiente	54	130-
Lavado Bronquial.-	Positivos.....	49	
	Negativos.....	81	130

Los resultados anteriores fueron obtenidos en individuos en tratamiento para tuberculosis pulmonar o sospechosos de esta enfermedad.- Veamos ahora las cifras de los porcentajes

correspondientes a cada uno y asi poder apreciar mas claramente las ventajas del Lavado Bronquial sobre el esputo:

E s p u t o .....9.23 %

L a v a doo B r o n q u i a l .....37.69 %

Es fácil deducir por la diferencia tan grande en los resultados de ambos métodos, la mayor eficacia del ultimo, pues se trataba de casos que, como decimos anteriormente estaban en tratamientos y sospechoso.-

A continuación presentamos la estadística del Laboratorio del I.C.S.S. de Pereira (Caldas) en donde fué efectuado este trabajo.-

N U M E R O DE P A C I E N T E S 180

E s p u t o	Positivos.....	20	
	Negativos.....	160	180
Lavado Bronquial.-	Positivos.....	48	
	Negativos.....	132	180

Porcentaje de positividad para esputo.....11.1%

" " " " Lavado Bronquial.....26.6%

En esta estadística, mas numerosa que la anterior, tambien apreciamos una diferencia superior al doble en favor del Lvado Bronquial. Pero teniendo en cuenta que la primera estadística corresponde a una campaña especializada, debe -

merecernos mas importancia los resultados de ella, pues la correspondiente al laboratorio del I.C.S.S. se verificó con base en los chequeos ordenados por los consultorios externos del mismo.-

2a) CON EL JUGO GASTRICO:- Este es uno de los exámenes bacteriológicos al cual los tisiólogos dispensaban mayor crédito antes del Lavado Bronquial, y con el que se estblecen principlamente las comparaciones para medir la mayor eficacia de uno u otro.-

Está fuera de toda duda que los esputos pueden ser deglutidos, y que el esputo aun sin tos puede avanzar por movimientos peristálticos (Jimenez Dias, Sylla y Bilbao) bronquiales hasta la laringe y de ésta pasar al esofago para llegar al estómago de donde se pueden tomar en ayunas previa inturbación, para busqueda de B.K. eh jugo gástrico.-

Veamos ahora las principales ventajas del Lavado Bronquial sobre el examen de jugo gástrico para investigación de bacilo de Koch:

1a) Sabemos que el esputo debe hacer un largo recorrido para llegar al estomago desde los bronquios; no sería mas facil practicar directamente el lavado de estos, y de este modo tomar las secreciones en su punto de partida? Es lógico que si tambien que su resultado debe ser superior o al menos paralelo.-

2a) Para la recolección del jugo gástrico es indispensable que el paciente se encuentre en ayunas; en el Lavado Bronquial no es de regla.-

3a) La intubación del paciente reclama una mayor perdida de tiempo para el laboratorista.- Su ejecución no todas las

veces es facil, ya que la mayoria de los candidatos a ella no colaboran o son muy sensibles al reflejo del vómito y hay que, despues de varios intentos, hacerles una nueva cita a la cual en su mayoria no concurrirán.

4a) Debido a la facilidad y rapidez con que se efectua un Lavado Bronquial una misma persona puede efectuar varios en el mismo tiempo que gasta otra verificando una intubación.

5a) La sondad que se utiliza para extraer jugo gástrico es de mas dificil esterilización que los elementos usados para el Lavado Bronquial, lo cual elimina la posibilidad de falsos positivos (Bilbao).-

6a) Con el Lavado Bronquial se elimina la contaminación gástrica, que puede ser otra causa de error.

7a) Y como complemento a lo dicho en el punto primero de esta comparación, podemos agregar que, como la eliminación de bacilos puede ser intermintente mientras que la de jugo gástrico se hace constantemente, no se debe aceptar como negativo un solo examen de éste, sino repetirlo, por lo menos, una vez mas (Bilbao).-

Presentamos a continuación una estadística comparativa sobre resultados de estos dos exámenes tomada en el Dispensario Antituberculoso de Medellín:-

Total de exámenes de jugo gastrico efectuados.....	410
" " " " " " positivos.....	81
" " Lavados Bronquiales efectuados.....	222
" " " " positivos.....	78

Porcentaje de positividad para el jugo gástrico..... 19.7%

Porcentaje de positividad para el Lavado Bronquial....35.1 %

CULTIVO E INOCULACION:- Antes de intentar la comparación de el lavado Bronquial con estos dos métodos de laboratorio, queremos dejar sentado que lo haremos principalmente desde el punto de vista tiempo, pues ellos serian los de elección para aclararnos una duda en un resultado de Lavado Bronquial, y esta forma lo hicimos siempre en esos casos.-

Hay ocasiones en que indefectiblemente se hace necesario usar uno de estos dos medio, y lo dijimos anteriormente, por ejemplo, en las micosis pulmonares, porque el unico modo de identificar el o los hongos que intervienen en una afección pulmonar de este tipo es por el medio de cultivo.-

Por tanto, repetimos, las ventajas son mas que todo teniendo en cuenta el factor tiempo y algunas otras consideraciones.-

CON EL CULTIVO:-

1o) El bacilo ruberculoso como todas los hongos, dentro de los cuales está considerado, es dificil de cultivar.-

2o) El cultivo como el Lavado Bronquial, tampoco es un medio diagnóstico de garantía ciento por ciento.-

3o- La posibilidad de contaminación de los cultivos, contratiempo mínimo debido a que la mayoria traen substancias colorantes antisépticas que impiden la propliferación de otros gérmenes.-

4o) Un cultivo debe ser observado durante cuarenta y cinco (45) a sesnta (60) dias, para poder emitir un diagnostico negativo, pues de lo contrario se puede caer en el riesgo de un error.-

5o) Los antibióticos alteran la virulencia del bacilo y lo incapacitan para la obtención de colonias.-

Este punto es de suma importancia y digno de tomarse en cuenta al intentar un cultivo.-

CON LA INOCULACION:-

Este es el método mas importante entre todos los usados hasta ahora, pues permite descubrir el bacilo aun en sus formas filtrables. No obstante tiene sus inconvenientes:

1o) Su lectura tambien es tardía, ya que un curí inoculado debe ser observado hasta sesenta (60) dias antes de declarar positivo o negativo un diagnóstico.-

2o) Los animales despues de inoculados necesitan especial cuidado lo que no descarta, a pesar de ello, la posibilidad de muertes, cosa sumamente frecuente.-

3o) Las inoculaciones no se pueden efectuar en cualquier laboratorio, sino en aquellos bien montados, porque se necesita espacio para la colocación de jaulas, cuidandero atento, etc.-

4o) Es de los medios de laboratorio mas eficientes, pero tampoco ciento po ciento seguro.-

5o) Los antibióticos, como dijimos en el fltimo punto de la comparación con el cultivo, alteran la cirulencia del bacilo, cosa importante de tener en cuenta tambien aqui.-

Como se nota por las anteriores comparaciones el Lavado Bronquial proporciona un diagnóstico rápido y casi tan seguro como el de estos dos fltimos métodos, superior a los obtenidos por el directo de esputo y j go gástrico en

un porcentaje bastante elevado como facilmente puede - comprobarse por los cuadros estadísticos presentados anteriormente. De este modo nos parece haber demostrado de manera amplia y firme la eficacia de este nuevo método - de laboratorio, así como sus ventajas sobre los otros - anteriormente tratados, en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar y otras afecciones broncopulmonares.-

ERITROSEDIMENTACION:- Antes de pasar al siguiente capitulo deseamos hacer algunas consideraciones sobre este examen, a la cual se ha venido dispnsando un sitio muy - importante entre los medios de investigación para tuberculosis pulmonar. No se trata de descartarla sino simplemente poner de manifiesto su valor, bastante relativo por - cierto, en el diagnóstico precoz de esta afección.-

En los casos diagnósticados positivos por el Lavado - Bronquial, pudimos observar, y asi consta en nuestras Historias, que en la mayoria de ellos, con radiografias apenas sospechosas su valor estaba dentro de los límites normales, 2 a 8 milimetro (Eintrobe) Siempre se utilizó la anterior técnica cuya fidelidad es indudable, pues sus - resultados son ajustados con el hematocrito.-

En los casos en que se encontraba aumento de la velocidad de sedimentación correspondian a estados clinicos y - radiológicos avanzados, lo que nos viene a indicar que está en razón directa con la evolución de las lesiones fimicas.-

Resumiendo podemos concluir que la Eritrosedimentación no tiene mayor valor como método auxiliar diagnostico, en los procesos de tuberculosis incipiente.-

C A P I T U L O IV

"RADIOGRAFIA _ Y _ LAVADO BRONQUIAL"

No se trata en este capítulo, como en los anteriores, de establecer las ventajas de el Lavado Bronquial sobre la Radiografía, pues son completamente distintos, aunque su finalidad sea la misma.- Lo que seamos es destacar la gran importancia que tiene un examen al lado del otro para la conclusión de algunos casos.-

Es un concepto universalmente aceptado que para poder declarar tuberculoso pulmonar a un individuo es necesario demostrar la existencia del bacilo por los métodos bacteriológicos, pues de lo contrario estamos a merced del riesgo de equivocarnos, lo cual no es ni una excusa elegante ni tiene ningún fundamente científico.-

La Radiografía permite descubrir la imagen de la lesión, pero no al bacilo. Ella en unas ocasiones confimma la duda del clínico, y en otras es la primera voz de alarma; pero tanto en uno como en otro caso se impone la necesidad de un examen bacteriológico.-

La anterior fué la linea de conducta que seguirmos en todos nuestros casos, para lo cual solicitamos que todo individuo al cual se pidiera un Lavado Bronquial debia tener su examen radiológico previo.-

Lo importante en toda enfermedad es hacer un diagnóstico precoz y ahora veremos de manera rápida como no es tarea facil esto para un radiólogo, enfocando la cosa solamente desde el punto que nos interesa. El campo radiológico tiene sus límites diagnósticos, asi puede el radiologo encontrar som-

bras sospechosas de lesiones producidas por bacilo tuberculoso, pero no claras, lo cual no lo autoriza para lanzar un concepto preciso viendose en la obligada necesidad de decir simplemente:- Satisfactorio, no satisfactorio y dudoso.- También se puede dar el caso de que interprete como tal algo distinto y de su concepto afirmativo, comprobándose mas tarde mediante nuevos exámenes, el error.-

Lo acabado de expresar anteriormente no puede ser, por ningún motivo, causa de insinuaciones burlezcas. Detengamosnos por un momento a pensar en todas los elementos, espacios, organos etc., del torax, yendo desde la piel a la cavidad, que pueden dar margenes de error (Jimenez Diaz;) pensamos además en todas las afecciones broncopulmonares que pueden provocar tambien errores en su interpretación.-

Puede darse el caso de expectoración bacilífera sin lesiones radiologicas de los cuales aunque raros, trae la literatura médica. R. Bilbao da a lo anterior la siguiente explicación:-"... una de las cosas en que se piensa primero es que puden existir lesiones pulmonares tuberculosos origen de los bacilos encontrados en el esputo, sin que la radiografia acuse su presencia, bien por ser demasiado pequeñas o por tener caracteres de estructura tales que no destaquen su imagen en la radiografia".-

Manuel Tapia al referirse a lo mismo, hablando de tuberculosis bronquial dice lo siguiente:- "Cuando encontramos bacilos en la expectoración, sin observar una lesión radiológica perenquimatosa, hemos de pensar siempre en la tuberculosis bronquial.- Pero claremos que este -

criterio solo se puede mantener cuando el examen radiológico haya sido muy cuidadoso"..... Al lado de estos diagnosticos radiográficos dificiles debemos mencionar las micosis pulmonares que pueden dar imagenes semejantes a las producidas por una tuberculosis miliar, por una sencilla silicosis, por una neumoconiosis etc., Asi mismo podemos mencionar el cancer pulmonar cuya imagen radiografica es igualmente dificil.- Esto para decir, entre las mas importantes, las que nos interesan directamente.-

Por todo lo anteriormente expresado y por nuestras experiencias consignadas al final de este trabajo, creemos que el Lavado Bronquial debe ser el método de elección para complementar un estudio radiográfico, especialmente en casos como los contemplados por nosotros en este estudios.-

C A P I T U L O - V -

La autovacuna es una preparación con cultivos de microbios aislados de las propias lesiones que se desea curar o prevenir, y que introducida al organismo, provoca una inmunidad activa.-

No referiremos aqui solamente a su uso en las enfermedades del aparato respiratorio.-

La autovacuna presta un gran beneficio a los asmáticos , los cuales experimentan mucha mejoría, ya que produciendo un estado de inmunidad activa a las enfermedades comunes de las vias respiratorias, suprime la espina irritativa causa de los accesos del asma.-

De esta manera se comprende que su utilidad es tambien magnifica como preventiva y curativa de los estados gripales; tanto crónicos como frecuentes, y su margen de eficacia se basa en que los agentes bacterianos productores son tomados del mismo paciente y no de cepas distintas como son la mayoria de las que vienen enbasadas en las vacunas comerciales.-

Tambien está indicada en las micosis pulmonrares. En pacientes con diagnóstico positivo, cuyas historias clínicas se encuentran en este trabajo, dió excelentes resultados en combinación con una terapia a base de yoduros.-

En vista de estos halagüeños exitos en los Servicios médicos del I.C.S.S. (Pereira) se ha sistematizado su uso, y cada dia se comprueban sus bondades.-

Creemos que sus indicaciones sean mas amplias en el campo de otras afeccciones broncopulmonares crónicas de orig

infeccioso; pero solamente hemos mencionado las anteriores por ser la más frecuentes, y en las cuales adquirimos cierta experiencia personal.-

Queda pues, abierta la ruta para esta clase de investigaciones encaminadas a ampliar este importante capítulo dado los magníficos resultados conseguidos y su comprobada inocuidad, ya que no observamos ningún trastorno de sensibilidad o cosa parecida, despues de su aplicación.-

MODO DE PREPARACION/- Como indicamos en el capítulo tercero, para preparar la autovacuna se toman las secreciones en la misma forma como se reciben, es decir, sin someterlas al tratamiento previo indicado para las otras investigaciones, y se siembran en agar nutritivo o agar sangre en cajas de Petri; luego se coloca el cultivo en la estufa a 37 grados. A las cuarenta y ocho (48) horas ya hay colonias suficientes para su preparación.- Se lavan estas colonias con suero fisiológico esteril (unos 10 cc); se centrifuga el resultado de este lavado en tubos de centrifucación de 10 cc. y se decanta.-

Del centrifugado resultante se toma una décima de centimetro cúbico y se disuelve en diez (10 cc) de merthiolate exento de acetona. Esta dilusión se hace con todas las precauciones de asepsia en frascos esteriles con tapón de goma, para lo cual se pueden usar los corrientes de penicilina, esteriligados en el autoclave.-

Tambien se pueden hacer disoluciones mas debiles para uso en los niños, por ejemplo un milimetro cubico del centrifugo en veinte centimetros cúbicos (20 cc) de merthiolate.

La concentración a que queda la autovacuna preparada en esta forma, según los test de dosificación (Jonh A. Kolmer) es de cinco a diez mil millones (5 a 10.000.000.000) de gérmenes por milímetro cúbico.-

INSTRUCCIONES PARA SU APLICACION/- Se comenzará con media a una (½ a 1) décima de centímetro cúbico, según el criterio del médico, y se seguirá cada tercer dia aumentando una décima hasta llegar a medio centimetro, dosis que se continuará hasta el final del tratamiento con el mismo intervalo.-

---

C A P I T U L O -VI-

O B S E R V A C I O N E S

Historia No 1.-

Nombre: R.F.de M. Carnet del I.C.S.S. No 83821

Natural de: Pereira (Caldas)-Edad: 19 años- Soltera-

Ocupación:-Obrera de fábrica-

Fecha de Historia:- Agosto 5 de 1.952.-

Causa de la consulta: Fiebre, tos, cefalea intensa, Dolor en el hemitorax derecho.-

Anamnesis remota.- Antecedentes familiares: Negativos.-Antecedentes personales: Viruela-Sarampión-Amibiasis.-

ANamnesis próxima.- Desde hace cuatro (4) dias viene quejándose de dolor en el hemitorax derecho, que aumenta con la inspiración profunda; tos seca, fiebre alta, cefalea, dolores poliarticulares, sudores profusos, aorexia y nauseas.-

Examen Clínico:- Estado general regular.-Paciente de 1.55 mts, aproximadamente; color blanco, hábito asténico, tegumentos pálidos. Presenta en el torax, antebrazos y miembros inferiores, pápulas eritematosas de 3 a 5 centimetros, no pruriginosas, tipo eritema polimorfo.-

Temperatura bucal: 38½ grados.-

Circulatorio:- T.A. Mx. 110- Mn. 60.-Pulso: 110 por minuto, lleno, regular.-

Digestivo:- Lengua saburral- Higado doloroso- Bazo per - cutible- Deposiciones diarreicas, fétida.-

Genito-urinario: Bien.-

Nervioso:- Reflejos rotulianos amplios.

Pulmonar:- Polipnea. Vibraciones un poco disminuidas en -

la base del hemitorax derecho.- Submacidez en el tercio inferior del campo pulmonar derecho. Respiración ruda, estertores crepitantes y roncus en el tercio medio de ambos pulmones, pero mas notorios en el pulmón derecho; sibilantes diseminados.-

Exámenes de Laboratorio:- Cuadro hemático: Eritrocitos x mmc. 4.500.000.- Hemoglobina: 11 grs. Hematrocrito 36%.-Indice de volumen: 80- Indice de color: 24.-Indice de saturación: 30.-

Leucocitos x mmc. 6.000 - Linfocitos 67%.-

Serología:- negativa (No 01387)

Hemocultivo:-Negativo: (00884)

Radiografía pulmonar (No 1918): "Foco neumonitis del lóvulo inferior derecho. Conclusión: Neumonía".-

Se le hizo tratamiento a base de antibióticos (Estreptomicina, penicilina, sulfa, etc) pero el cuadro anterior en lugar de mejorar empeoró; Esputos hemoptoicos, fiebre extica y estado general malo. Se varió la terapia anterior y se ordenaron nuevos exámenes.-

Examen de esputos (No 01220); Negativo para B.K.

Examen jugo gastrico (No 01402): Negativo "

Cultivo (No 00884: Negativo.-

LAVADO BRONQUIAL y cultivo del mismo (No 01220): "Positivo para Aspergilus y Penicilium".-

Nota:- Se hizo mediante el Lavado Bronquial diagnóstico de micosis pulmonar, que se confrmó con una broncografía (No 2605, cuyo resultado es el siguiente: "Infiltrado en el campo inferior delHemitorax derecho.- Nodulaciones pa-

paracardiacas izquierdas. s e aplica lipiodol con fines - diagnósticos.-

Conclusión:- Micosis pulmonar".-

Tratamiento:-Autovacuna- Yoduros inyectables y "Per os" - Reposo absoluto- Dieta especial.-

---

RADIOGRAFIA PULMONAR

No - 1918 .-

BRONCOGRAFIA No. 2605

HISTORIA No 2.-

Nombre:- Palomino Duque Abel.- Carnet del I.C.S.S. No.88365.
Edad: 35 años.- Estado civil: casado. Profesión: zapatero.-
Natural de: Pereira (Caldas). Fecha: Diciembre 4 de 1.952.-

Causa de la consulta:- Ataques de asfixia periódicos.- Tos con expectoración abundante.-

Anamnesis remota: Antecedentes familiares: Sin importancia. Antecedestes personales: Estuvo en tratamiento antisifilítico (serología positiva de cuatro cruces) y luego control satisfactorio.- Blenorragia. Hace tres años viene padeciendo disnea de esfuerzo.-

Anamnesis próxima:- Desde hace nueve meses: Disnea con ortopnea entre noches. Tos y sibilancias toracicas con expectoración abundante; la tos es constante sin notar mejoria - con los muchos tratamiantos indicados.- Duerme bien. Buen - apetito.-

Examen clínico:- Paciente de estatura mediana- 41½ kls.de peso- Normolineo- Bien constituido- Moderada cianosis de la cara y labios. No hay edemas periféricos.-

Circulatorio:- Pulso 116, regular duro. T.A. Mx. 150- Mn.100 Desdoblamiento del primer ruido en foco tricuspideo dando - apariencia de galope derecho; no se oyen soplos francos.-

Digestivo:- Algunas piezas dentarias en mal estado. Ligero dolor a la percusión del borde hapatico.-

Nervioso:- Reflejos simétricos.-

Urogenital:- Negativo.

Respiratorio:- Veinte respiraciones por minuto. Rudeza res-

piratoria. Escasos sibilantes sobre todo en las regiones para hiliares.-

Exámenes de Laboratorio:-

Electrocardiograma:- "Hay signos electrocardiogfafico evidentes de Hipertrofia auricular y ventricular derechos. Taquicardia simusal".-

Radiografía pulmonar No 2618 "Aspecto de la trama pulmonar: Su dureza es de aspecto escleroso alternante con aumento de la transparencia. Los hilios son muy densos, y existen calcificaciones ganglionares. En la incidencia lateral, se aprecia una imagen tumoral. Hay enfisema compensador. La imagen cardiovascular acusa una marcada acentuación del arco de la arteria pulmonar.-

Conclusiones:- Esclerosis y enfisema pulmonar. No se ven lesiones de T.B.C.".

Lavado Bronquial: No 01168. "Negativo para B.K. Positivo previo cultivo para espegilus".-

Diagnóstico definitivo:- Micosis pulmonar.-

Tratamiento:- Yoduros - Autovacuna- Dieta adecuada y reposo.-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 2618.-

Historia # 3.-

Nombre: R.P.J. - Carnet del I.C.S.S. No 05056- Edad:43 años.- Casado.- Obrero- Natural de:- Pereira (Caldas) Fecha:Marzo18/53.-

Causa de la consulta:- Operesión teorácia- Palpitaciones.Tos.-

Anamnesis remota:- Antecedentes familiares:- Sin importancia Antecedentes personales:- Tifoidea. Paludismo- Neumonía- Flebo-esclerosis de las safenas (Método Doctor Triana).-

Anamnesis próxima:- Desde hace un año viene quejándose de opresión torácica y palpitaciones precordiales. Tos continua- con esputos hemoptoicos, últimamente. Dolor al respirar en - hemitorax derecho. Cansancio fácil para el trabajo y la marcha, Cefalea y mareos. Pérdida moderada de pso. Sudoración - profusa.-

Examen clínico: Estado general regular. Paciente de estatura mediana, delgado con mucosas y tegumentos pálidos. Edemas maleolares. Disnea de esfuerzo.-

Temperatura bucal: 37½ grados.-

Circulatorio:- T. a Mx. 120- Mn. 80- Pulso 94 por minuto, rítmico.-

Digestivo:- Dentadura nula. Lengua saburral. Bazo percutible.

Nervioso:- Reflejos simétricos.

Genito-urinario: Bien.-

Respiratorio:- Disnea. Submatidez hacia el tercio inferior - del campo pulmonar derecho. Estertores subcrepitantes y sibilantes en ambos pulmones, especialmente en el derecho.-

Exámenes de Laboratorio:- Eritrosedimentación: No 02104. 5 milímetros (Wintrobe).-

Radiografía pulmonar:- No 4112 " Manchas densas y blandas del vertice y campo superior de hemitorax derecho; sospechoso.- Trama broncovascular muy acentuada en hemitorax izquierdo. Adenopatías hiliares".-

Lavado bronquial: No 2123. "Negativo para B. K. Positivo al cultivo para Aspergilus y Penicillium".-

Diagnóstico definitivo:- Micosis pulmonar.

Tratamiento: Yoduro- Autovacuna- Dieta adecuada- Reposo.-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 4112

Historia No 4.-

Nombre: G.V.A.- Carnet del I. C. S. S. No 02466-

Edad: 22 años.- Estado civil: soltero- Empleado de almacén de granos.- Natural de: Pereira (Caldas)

Fecha: Noviembre 29 de 1.952.-

Causa de la consulta:- Estado gripal crónico.- Dolor en la región posterior del torax- Febriculas y sudoración nocturna, a veces.-

Anamnesis remota:- Antecedentes familiares:- Sin importancia. Antecedentes personales: Enfermedades de la infancia. Blenorragia.-

Anamnesis proxima:- Desde el mes de Abril viene quejándose de la siguiente sintomatologia: Dolor moderado en ela espalda. Febriculas. Sudoración nocturna, no diaria. Perdida de peso ultimamente, pero moderada. La tos, aunque escasa, le da por accesos, y no ha cedido a ninguna terapia. Cefalea de vez en cuando. Duerme mal.-

Examen clínico:- Estago general regular. Paciente de 1.65 mts. aproximadamente. Tegumento y mucosas pálidos. Nevus pigmentario dorso hemitorax derecho.-

Temperatura bucal: 37½ grados.-

Dige tivo:- Dentadura regular estado. Bazo percutible.-

Circulatorio:- T. a Mx. 140; Mn 80. Pulso de 128 por minuto, lleno y regular.-

Sistema glanglionar:- Ganglios axilares y cervicales palpables.-

Respiratorio:- Respiración ruda, estertores crepitantes y subcrepitantes. Submatidez del tercio inferior de ambos cam-

pos pulmonares.-

Exámenes de Laboratorio:-

Leucograma (No 01368) Leucocitos x mmc. 8.800. Neutrófilos 60%- Eosinofilos 4%- Linfocitos 32%- Monocitos 4%.-

Eritrosedimentación 2 m.m. (Wintrobe).-

Investigación de B. K. en esputo:- (00469) Negativo.-

Investigación de B. K. en jugo gástrico: No 00914."Negativo".-

Urecultivo para investigación de B. K. No 01048. "Negativo."

Radiografia Pulmonar No 2548. " Las imágenes de las regiones hiliares y de los campos inferiores presentan una gran reacción. No hay mnemoniosis, ni tuberculosis parenquimatosa. Los bronquios están muy densos.-

Conclusión:- Bronquitis.-

Lavado Bronquial No 01148. " Negativo para B.K. al examen directo. Positivo para aspegilus y Penicilium, previo cultivo.-

Diagnóstico definitivo: Micosis pulmonar.-

Tratamiento: Autovacuna- Yoduros- Reposo y dieta.-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 2548

Historia # 5.-

Nombre: G.S.J.- Carnet del I.C.S.S. No 82554- Edad: 28 Agricultor- Casado- Natural de: La Virginia- Fecha: Oct 28/53-

Causa de la Consulta:-Dolor en la región pectoral derecha que se irradia hacia la escápula del mismo lado.-

Anamnesis remota:- Antecedentes familiares:-Sin importancia- Antecedentes personales:- Viruela- neumonia- tifoidea Ulcera sifilítica hace tres meses, para la cual estuvo en tratamiento (Triconjugado # 1: Penicilina, bismuto y arsénico).-

Anamnesis próxima:- Desde hace diez (10) dias fiebres vespertinas, sudores profusos nocturnos, anorexia, enflaquecimiento (13 libras en los dos últimos meses. Se queja además de dolor en región pectoral derecha irradiado hacia la escapula correspondiente y brazo derecho.-

Examen clínico:- Estado general regular. Estatura 1.75 metros; peso 144 libras. Paciente de aspecto anémico, delgado; cicatriz en la cara anterior de la pierna derecha, de unos 5 centímetros, lengua saburral, mucosa bucal pálida; falta algunas piezas dentarias.-

Circulatorio:- T. a Mx. 110½ Mn. 70 Pulso: 120 por minuto, rítmico.-

Digestivo:- Bazo percutible y ligeramente doloroso.-

Genito-urinario: bien.-

Respiratorio:- Submatidez hacia ambas bases pulmonares. Estertores subcrepitantes y sibilantes dos tercios inferiores de ambos campos pulmonares.

Exámenes de laboratorio:

Leucograma (No 01440: Leucocitos x mmc. 10.600: Neutrofilos 70 % Linfocitos 30 % Eritrosedimentación: 28 milimetros (Wintrobe).-

Radiografia pulmonar No 2286 " Imágenes que corresponde a un micosis posiblemente. Debe hacerse exámenes de laboratorio.-"

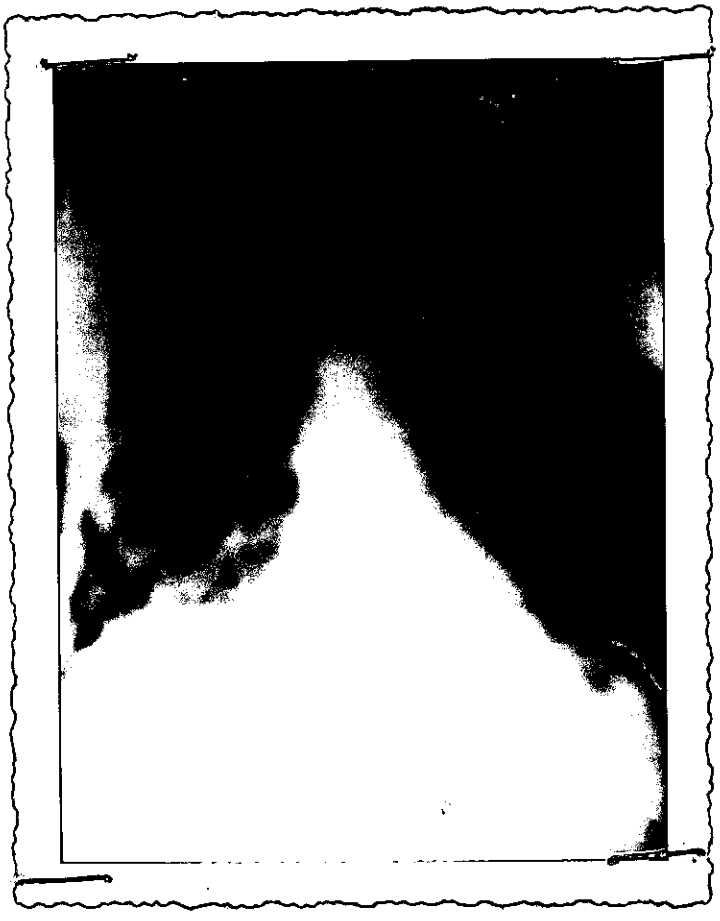
Lavado Bronquial No 01023. " Negativo para B.K. positivo, previo cultivo, para Aspergilus.

Diagnostico: Micosis pulmonar.

Tratamiento: Autovacuna- Yoduros- Dieta y reposo.-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 2286



Historia No 6.-

Nombre: G.O.R. Carnet del I.C.S.S. No 13394 - edad: 41 años.- Agricultor- Casado-Natural de Pereira (Caldas) Fecha: marzo - 5/53.-

Causas de la consulta:- Tos continua con expectoración hemoptoica- Decaimiento general.-

Anamnesis remota:- Antecedentes Familiares: Sin importancia.- Antecedentes personales:- Paludismo- Tifoidea- Mas de un año consultando por molestias respiratorias, razón por la que ha estado hospitalizado en varias ocasiones.-

Anamnesis próxima:- Tos persistente que no ha cedido a los - distintos tratamientos indicados, con abundante expectoración, últimamente hemoptoica. Fiebre moderada. Dolor en ambas re - giones pectorales. Ha perdido peso rápidamente. Anorexia.Cansancio fácil para el trabajo y la marcha.- De un mes para acá su estado ha empeorado y en vista de ello fué hospitalizado, para estudio y tratamiento.-

Examen clínico:- Estado general:- Malo. Paciente de estatura elevada, moreno, de buena constitución,pero muy dalgado.- Temperatura bucal: 37 y tres décima (grados).

Digestivo:- Lengua sucia.faltan la mayoría de las piezas - dentarias superiores. Bazo percutible.-

Circulatorio:- Soplo suave de la punta sin propagación. P.a. Mx. 140- Mn. 80 pulso regular de 88 por minuto.-

Genito-urinario:- Piocitos abundantes.-

Sistema Óseo:- Radiografia No 2711 "Signos radiológicos de- espondiloartritis".-

Pulmonar:- Estertores subcrepitantes de las bases.-Roncus a nivel de ambos hilios.-

Examen de laboratorio:-

Eritrosedimentación:- (No 01995) : 26 milímetros (Wintrobe)

Investigación de B.K. en esputo (No 02053): Negativo.

Investigación de B.K. en jugo gástrico (No 02079):negativo.

Lavado Bronquial: Negativo para B.K. Positivo para Aspergi - lus mediante cultivo (No 02059).-

Radiografia pulmonar (No 4043) "En la teleradiografia toracica observamos: Signos de esclerosis bronco-hiliar. Adenopatias y calcificaciones hiliares. Nodultaciones de neumoconiosis y - neumomicosis incipiente".-

Diagnostico definitivo:- Micosis pulmonar.-

Tratamiento:- El mismo indicado en los anteriores casos.-

SECRETARIA

APARTADO POSTAL
No. 205

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Facultad de Medicina y Ciencias Naturales

Cartagena - Colombia

No._____

Cartagena, Julio 9 de 1.953.

Sr. Dr.

IGNACIO OÑOROBE.-

P r e s e n t e .-

Este Despacho a mi cargo tiene el gusto de cominicar a Ud. el nombramiento para examinador de la Tesis de Grado titulada "LAVADO BRONQUIAL", nombramiento recaido en Ud. por expresa voluntad del alumno Humberto Dunoyer Emiliani y de cuyo trabajo me permito adjuntarle copia.-

De Ud. atte.a.a.

Dr.-EUGENIO BAENA FALCON.
Secretario.-

SECRETARIA

APARTADO POSTAL
No. 205

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

No._____

Facultad de Medicina y Ciencias Naturales
Cartagena – Colombia

Cartagena, Julio 9 de 1.953.-

Sr. Dr.
IGNACIO OÑORO B.
P r e s e n t e :

Por medio de la presente me permito informar a Ud. que el alumno Sr. Rafael Espinosa Espinosa, ha hecho en Ud. la elección para EXAMINADOR de su trabajo titulado "BRUCELLOSIS EN EL SINU(DEPARTAMENTO DE CORDOBA", y para cuyo efecto le adjunto copia de dicho trabajo para su conocimiento.-

De Ud. atte.s.s.

Dr. EUGENIO BAENA-FALCON
Secretario.-

Historia No 7.-

Nombre: C.P.L.- Carnet del I.C.S.S. No 13009- 40 años.- casado-obrero- Natural de: Combia (Pereira). Fecha: Nov 26/52.-

Causa de la consulta:- Tos persistente con expectoración abundante.- Dolor en las espaldas.-

Anamnesis remota:- Paludismo- Parotiditis. Amigadlitis cronica.

Anamnesis próxima:- Tos persistente con abundante expectoración, desde hace algún tiempo. Dolor en la región posterior del torax no intenso, pero constante; a veces, sensación de hormigueo. Por lo demás, duerme bien, buen apetito, no se fatiga en su trabajo a pesar de ser rudo, no experimenta sensación de fiebre.-

Exámen clínico:- Estado general:- Bueno aparentemente. epaciente de elevada estatura, moreno; coloración de piel y mucosas normal.-

Temperatura bucal:- 37 grados.-

Circulatorio:- T.a. Mx 135- Mn 70. Pulso 84 por minuto, rítmico.-

Digestivo:- Negativo.

Nervioso:- Negativo.

Genito-urinario:-Negativo.

Exámenes de laboratorio:

Radiografía pulmonar No 2524 " El aspecto radiológico es el de una forma primaria de neumomicosis, en la cual el pulmón está infiltrado de partículas vegetales. Hay una reacción esclerosa general".-

Lavado Bronquial:- (No 1094): " Negativo para B.K. Positivo al cultivo para Aspergilus".-

Diagnóstico final:- Micosis pulmonar.

Tratamiento:- Yoduros- Autovacuna- Dieta adecuada y reposo.

Historia No 8

Nombre:- Q.G.R.- Carnet del I.C.S.S. No 81901- 51 años.-

Casado- Agricultor- Natural de Pereira (Caldas).-

Fecha: Octubre 21 de 1.952.-

Causa de la consulta: Fiebres vespertinas. Disnea de sefuerzo- Tos.-

Anamnesis remota:-Antecedentes familiares: Sin importancia. Antecedentes personales: Enfermedades de la infancia. Gripas muy frecuentes desde hace dos años, que, según dice, parecen continuarse unas a otras.-

Anamnesis próxima:- Fiebre, Disnea de esfuerzo. Tos sobre todo nocturna con escasa expectoración. Opresión precordial. El decubito lateral izquierdo le produce mucha molestia y tos, lo cual lo obliga a cambiar la posición. Es calofrio antes de empezar la fiebre. Dolor en hemitorax izquierdo.-

Examen clínico:- Estado general regular. Paciente disneico, bien constituido, de 1.60 mts, con edemas maleolares poco marcadas.-

Temperatura bucal: 37 7/10 grados.-

Digestivo:- Ligero dolor en hipocondrio izquierdo. Bazo difícil de percutir. Dentadura en mal estado.-

Circulatorio:- Frote pericardico como de pericarditis seca T.a. Mx. 115 Mn. 80. Pulso: 95 pulsaciones por minuto.-

Respiratorio:- Frecuencia repiratoria: 28 por minuto. Poca movilidad del hemitorax izquierdo a la inspección. Vibraciones vocales abolidas en los dos tercios inferiores del

hemitorax izquierdo; disminuidas en su tercio superior. A la percusión se encuentra matidez de los dos tercios inferiores del campo pulmonar izquierdo; submatidez en el inferior derecho. Auscultación:- Abolición del murmullo vesicular en el hemitorax izquierdo, dos tercios inferiores; estertores sibilantes, roncus y subcrepitantes en ambos vertices pulmonares.-

Exámenes de laboratorio:-

Leucograma No 01404. Leucocitos x mmc. 8.000: Neutrófilos 64%- Linfocitos 36%.-

Eritrosedimentación No 01314 " 2 milimetros (Wintrobe).

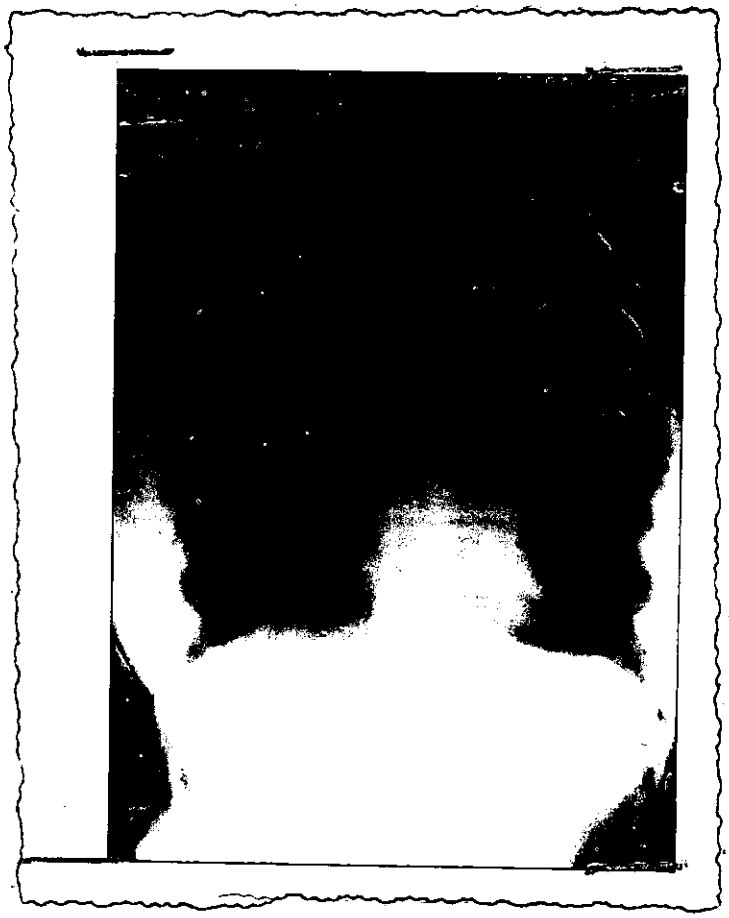
Radiografia pulmonar No 2267 "H.I.Pleuresia. H;D. Imagenes sospechosas de T.B.C. Neumotorax parcial. Bridas".-

Lavado Bronquial No 01423 "Positivo para B.K.

Diagnóstico:- T.B.C. pulmonar.-

PADZIOGIPIA PUNJABAR

No. 4043



Historia No 9.-

Nombre: C.H.- Carnet del I.C.S.S. No 02461- 23 años.-

Soltero. Empleado- Natural de Pereira (caldas).-

Fecha: Marzo 14 de 1.953.-

Causa de la consulta:- Dolor en el vertice del hemitorax - - derecho. Disnea.Tos seca e intensa.-

Anamnesis remota:- Antecedentes familiares: Sin importan - - cia. Antecedentes personales:- Enfermedades de la infancia.- Paludismo- Gripas frecuentes.

Anamnesis próxima:- Disnea. Dolor constante, no intenso, en la parte superior del hemitorax derecho. Tos seca frecuente- e intesnsa. Ultimamente las gripas se han hecho muy freucnen tes, persistiendo la tos despues de ellas. Poco apetito. As- tenia marcada.-

Examen clínico:- Estado general regular. Paciente delgado,- pálido y sudoroso.-

Temperatura bucal: 27½ gradds.-

Circulatorio:- Taquicardia (100 pulsaciones por minuto) T.a. Mx. 110 Mn. 60.-

Digestivo:- Lengua sucia. Destadura en pésimo estado. Bazo percutible-

Genito-urinario:- Normal.-

Respiratorio:- Polipnea. Nada a la palpación. Submatidez en la parte inferior del hemitorax derecho. Estertores crepi - tantes y subcrepitantes y algunos frotes en el tercio medio del hemitorax derecho. Estertores sibilantes diseminados en el hemitorax izquierdo.- Egofonia en el tercio medio del de- rech .-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 2524

Exámenes de laberatorio:-

Eritrosedimentación No 02013. 34 milímetros (Wintrobe).

Lavado Bronquial No 01443. "Positivo para B.K. ".-

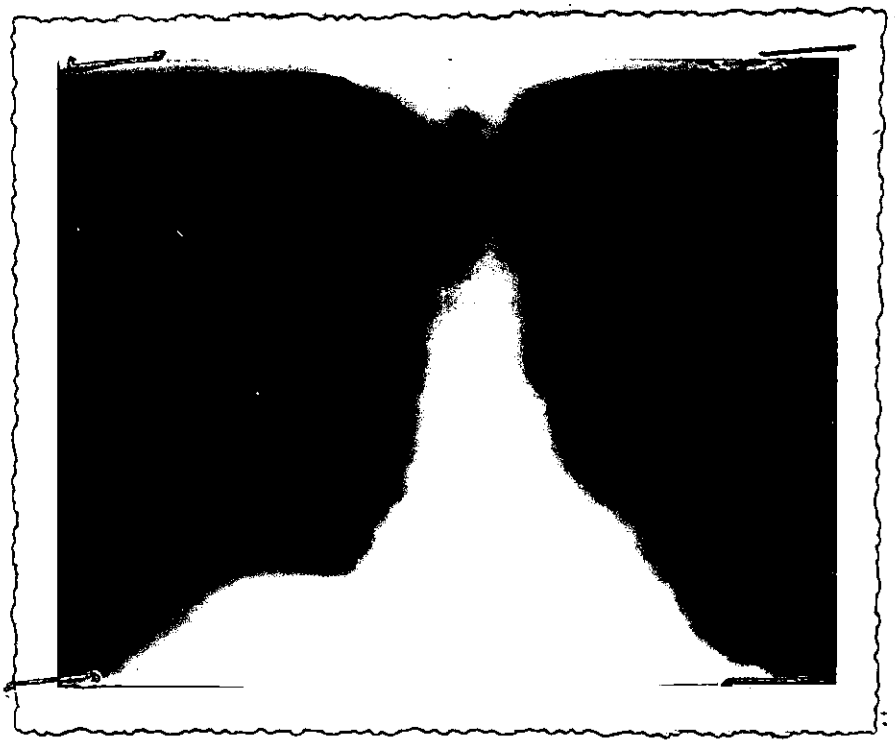
Radiografía pulmonar. No 4040 "En la teleradiografía teracica observamos imágenes bilaterales amulares, localizadas en los vértices y campos superiores pulmonares. - Tambien se ven procesos infiltrativos nodulares, lesiones linfangiticas y adenopatias hiliares.-

Conclusión:- Lesiones avanzadas T.B.C.".-

Diagnóstico:- T.B.C. pulmonar.-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 2267



Historia No 10.-

Nombre:- H.A.- Carnet del I.C.S.S. No 10807- 45 años.- Casado-Agricultor. Natural de: Pereira (Caldas.) Fecha: Octubre 17 de 1.952.-

Causa de la consulta:- Malestar vespertino-Dolor torácico.

Anamnesis remota:- Antecedentes familiares:- Un tio muerto de tuberculosis pulmonar. Antecedentes personales: Fiebre recurrente confirmado por el laboratorio. Tifoidea. Sarampión. Amigadalitis. Gripas frecuentes desde unos seis (6) meses para aca, que segun dice no se le quitan completamente.-

Anamnesis próxima:- Desde hace veinte (20) dias gripa fuerte que no ha desaparecido, no obstante, la abundante terapia administrada. Tos con poca expectoración. Fiebres vespertinas con malestar general. Sudor profuso nocturno. Insomnio. Anorexia. Pérdida notoria de peso. La tos le da por accesos. Cansancio fácil. Extreñimiento (hasta 3 dias).-

Examen clinico:- Estado general regular. Paciente de 1.70, metros, aproximadamente. Tegumentos pálidos. Cicatriz cara posterior externa de antebrazo derecho. Manchas acrómicas miembros inferiores.-

Temperatura bucal: 37 2/10 grados.-

Circulatorio:- T.a. M. 110 - Mn. 70 . Pulso 88 por minuto rítmico y lleno.-

Digetivo:- Lengua ligeramente saburral. Bazo percutible. no doloros.-

Genito-urinario: bien.-

Nervioso:- reflejos rotulianos aumentados.-

Respiratorio:- Veinte (20) respiraciones por minuto. Matidez de ambos vertices pulmonares, mas en el izquierdo.- Auscultación:- estertores crepitantes; subcrepitantes y sibilantes en ambos campos pulmonares. Soplo rudo en el vértice pulmonar izquierdo.-

Exámenes de laboratorio:-

Eritograma No 01467: " Eritrocitos 4.100.000.- Hemoglobina 10.5 grs. Eritorsedimentación No 01467: "Ocho (8) milímetros (Wintrobe).-

Radiografia pulmonar:- No 2084. " En la radiografia de torax se observa: En la hemitórax derecho, aumento de la densidad de la trama bronquio-alveolar. En el hemitorax izquierdo, región infraclavicular, imagen sospechosa y mas hacia abajo, en la periferia del parenquima, abundantes nódulos pequeños, muy discretos, que infiltran esta zona.- La imagen observada en este estudio es muy sospechosa de corresponder a una T.B.C. pulmonar.-

Creemos conveniente efectuar los exámenes de laboratorio del caso para confirmar este diagnóstico.-

Examen simple de esputo No 01063: Negativo para B.K.

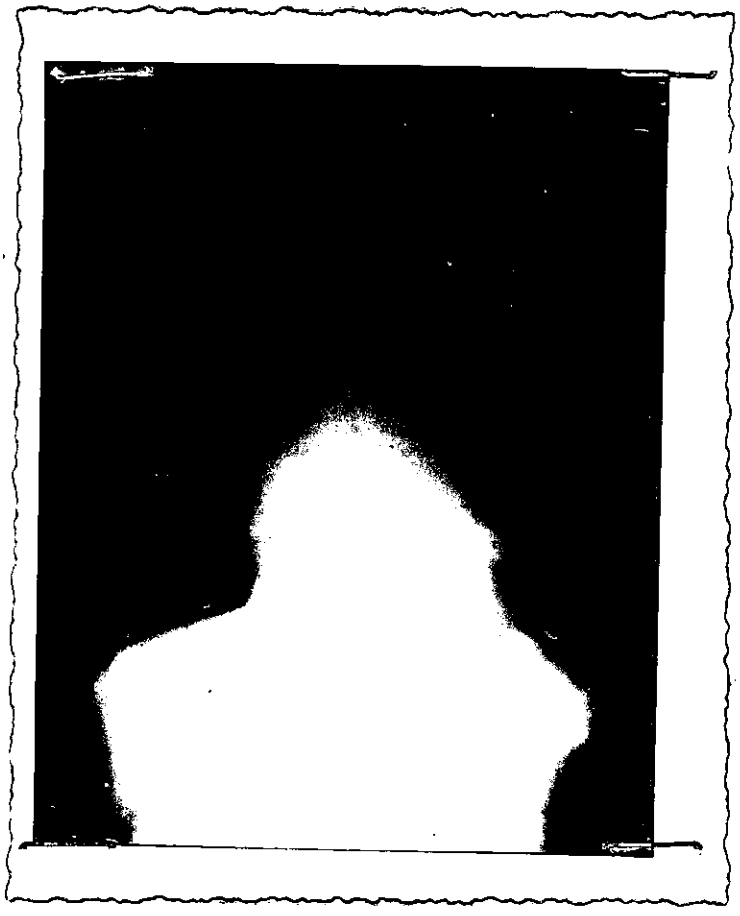
Examen de jugo gástrico No 01467: Negativo para B.K.

Lavado Bronquial No 01076: "Positivo para B.K. (Controlado con cultivo).-

Diagnóstico Tuberculosis pulmonar.-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 40 40



Historia No 11.-

Nombre: C.B.F.- Carnet del I.C.S.S. No 05229.- 21 años.- Soltera -Obrera de fábrica- Natural de: Pereira (Caldas). Fecha: Agosto 31 de 1.952.-

Causa de la consulta:- Debilidad general- Tos- Nauseas- - Vómito bilioso-Dolor hemitorax izquierdo.-

Anamnesis remota:- Antecedentes familiares:- Un hermano - muerto de tuberculosis pulmonar hace tres (3) meses.- Antecedentes personales:- Enfermedades de la infnacia.- Menarquia a los 14 años; ciclo menstrual 3 x 30.

Anamnesis próxima:- Astenia. Tos seca sobre todo en la no - che. Dolor en el hemitorax izquierdo, sobre el espacio subclavicular. Nauses. Vómito,bilioso. Anorexia. Pérdida rápida de pso.- Sudoración profusa nocturna.-

Exámens clínico:- Estado general regular.- Paciente bastante pálida, no ictérica.-

Temperatura bucal:- 37 8/10 grados.-

Circulatorio:- Taquicardia: 110 pulsaciones por minuto. T.a. Mx. 100 Mn. 50.-

Digestivo:- Lengua saburral con bordes enrojecidos. Brotes - diarreicos esporádicos.-

Genitourinario:- Bien.-

Nervioso:- Insomnio.-

Respiratorio: Disminución del murmullo vesicular en hemito - rax izquierdo. Subamatidez en todo el campo pulmonar izquierdo con disminución de las vibraciones. Esterteres subcrepi - tantes diseminados en el pulmón izquierdo y vértice del dere-

cho.

Exámenes de labor torio:-

Leucograma No 00111.- Leucocitos x mmc. 12.100: Formas - juveniles 3%.-Formas encayado 4% .- Neutrófilos 85%.Linfocitos 8%.-

Eritorsedimentación No 00111: 48 milímetros (Wintrobe).-

Radiografía pulmonar No 427: "Hemitorax derecho normal. - Hemitorax izquierdo, neumotorax terapeútico inicial par - cial. En el vértice vemos una alta densidad que circuns - cribe entre la cuarta izquierda por detrás una imagen a - nular de contornos no netos y que posiblemente correspon- de a una espelunca subclavicular. Las otras lesiones no - se aprecian debido al colapso del vértice y de la porción infraclavicular del mismo.-

Conclusión:-"T.B.C. pulmonar"

Lavado Bronquial: No 80087: "Positivo abundante para B.K."

No. 2084

Historia No 12.-

Nombre: C.S.S.- Carnet del I.C.S.S. No 85260.-32 años.-

Casado.-Obrero-Natural de Pereira.-

Fecha:- Enero 1o de 1.952.-

Causa de la consulta:- Dolor en la región lumbar. Limitación de los movimientos de flexión-Fiebre.Tos con escasa expectoración.-

Anamnesis remota:-Antecedentes familiares:- Sin importancia. Antecedentes Personales: Sin importancia para el caso.

Anamnesis próxima:- Desde hace un mes empezó a sentir dolor a nivel de la segunda y tercera lumbar, que le impedia los movimientos de flexión del tronco; tambien experimentaba este dolor en la posición de decubito dorsal.Fiebre alta. Tos con poca expectoración.La enfermedad progresó rapidamente quedanto reducido a cama.-

Exmen clínico:- Estado general malo. Paciente pálido,enflaquecido. Posición de reposo, decubito lateral.Cara afilada.Disnéico.-

Temperatura bucal: 38½ grados.-

Circulatorio:- Pulso: 72 por minuto, debil, regular.- T.A. Mx. 130 - Mn. 80-

Genitourinario: Bien.-

Nervioso:- Reflejos exaltados.-

Respiratorio:- Disnea.La percusión muestra zonas de submatidez en las bases, y tercio medio del hemitorax derecho. A la auscultación se encuentra respiración ruda, entrecor-

cortada; estertores crepitantes y sibilantes en ambos vertices.-

Exámenes de laboratorio:- Cuadro hemático No 01772. Eritrocitos x mmc. 4.000.000- Hemoglobina 9 grs. Hematrocrito 33%. Leucocitos x mmc. 14.400: Neutrófilos 72%. Linfocitos 28%. Eritrosedimentación 30 milimetros (Wintrobe).-

Radiografía de Comlumna lumbar y Pulmonar No 2860 "Trama pulmonar muy acentuada. Los hilios presentan densidad acentuada. Adenopatias hiliares. Imágenes de procesos recientes de aspecto sospechoso.-

Columna lumbar:- Lesión destructiva del cuerpo de la segunda lumbar y destrucción del menisco subyacente. Destrucción de las apofisis transversas especialmente la derecha. Lesiones moderadas.-

Conclusión:- Imágenes sospechosas de T.B.C. pulmonar. Mal de Pott lumbar. Investigación de B.K. en esputo No 01318 "Negativo.-

Lavado Bronquial No 01312 " Positivo para B.K.".-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No 427

x mmc. 4.900.000. Hemoglobina 10.92 grs. Hematocritos 39%.
Eritrosedimentación 12 milímetros (Wintrobe)

Historia No. 13.-

Nombre:- Rivillos C.O.- Carnet del I.C.S.S. No 11756 - 20 años- Soltera. Empleada de fábrica- Natural de:Pereira (Caldas)- Fecha: Octubre 8 de 1.952.-

Causa de la consulta:- Fiebre nocturna-Sudoración. Tos.-

Anamnesis remota:- Atecedentes familiares:- Sin importancia. Antecedentes personales:- Enfermedades de la infancia. Menarquia a los 15 años. Gripas frecuentes.-

Anamnesis próxima:- Fiebres nocturnas.-Sudoración profusa.- Sensación de calor en la región dorsal.Tos con expectoración mucopurulenta. Decaimiento general. Fatiga epigástrica durante la noche o antes del desayuno que la calma con alcalinos.-

Exámen clínico:- Estado general regular. Paciente moreno de 1.55 metros aproximadamente.-

Temperatura bucal: 36 ½ grados.-

Digestivo:- Ligero dolor en el epigastrio.

Circulatorio:- Ta. Mx. L00. Mn. 55. Pulso 80 pulsaciones por minuto.-

Geniourinario: Bien.-

Nervioso:-Bien.-

Respiratorio:- Percusión -Palpación: vibraciones normales.- Submatidez en ambos vértices. Estertores subcrepitantes roncus y sibilantes.-

Exámenes de laboratorio:- Eritograma No 01390. Eritrocitos x mmc. 4.900.000. Hemoglobina 10.92 grs. Hematocritos 39%. Eritrosedimentación 12 milímetros (Wintrobe)

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 2860

Radiografía pulmonar No 2239. "Imágenes muy sospechosas de T.B.C.".-

Lavado Bonquial No 01390. "Positivo para B.K.-

BUFM

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 2239

Historia No. 14.-

Nombre: L.R.M. Carnet del I.C.S.S. No 6958- 40 años- Casado Obrero-Natural de Alcalá (Valle del Cauca) Fecha: Octubre - 16 de 1.952.-

Causa de la consulta:- Dolor en el hombro derecho que se - irradia hacia la nuca. Tos seca. Sensación de calor en las espaldas. Anorexia.-

Anamnesis remota:- Antecedentes familiares: Un hermano muerto de neumonia. Antecedentes personales: Gripas frecuentes.-

Anamnesis próxima:- Dolor en el hombro derecho con irradiación hacia la nuca. Tos seca, abundante y persistente.Ano - rexia. Sensación de mucho calor en las espaldas. Fatiga fa - cil para el trabajo y la marcha.- Sudoración nocturana.Estado febril.-

Examen clínico:- Estado general regular. Muy pálido y delgado.-

Temperatura bucal:- 37 grados.-

Circulatorio:- Pulso 84 pulsaciones por minuto. T.a. mx.120 Mn. 60.-

Digestivo:- Lengua saburral, bordes rosados.Dentadura pésima estado. Bazo percutible.-

Genito-urinario: Bien.-

Respiratorio:- Frecuencia repiratoria normal. Submatidez en la mitad inferior del pulmón izquierdo.Estertores subcrepitantes en la misma parte y base del derecho.-

Exámenes de laboratorio:- Leucograma No 00718 14.000. Formas en cayado 6%. Neutrofilo 68% Eosinofilos 4% Linfocitos 22%.

Eritrosedimentación 6 milimetros (Wintrobe).-

Radiografia pulmonar No 1820. "Imágenes y velamientos de ambos campos pulmonares de aspecto micronodular. Debe hacerse exámenes para descartar tuberculosis.-

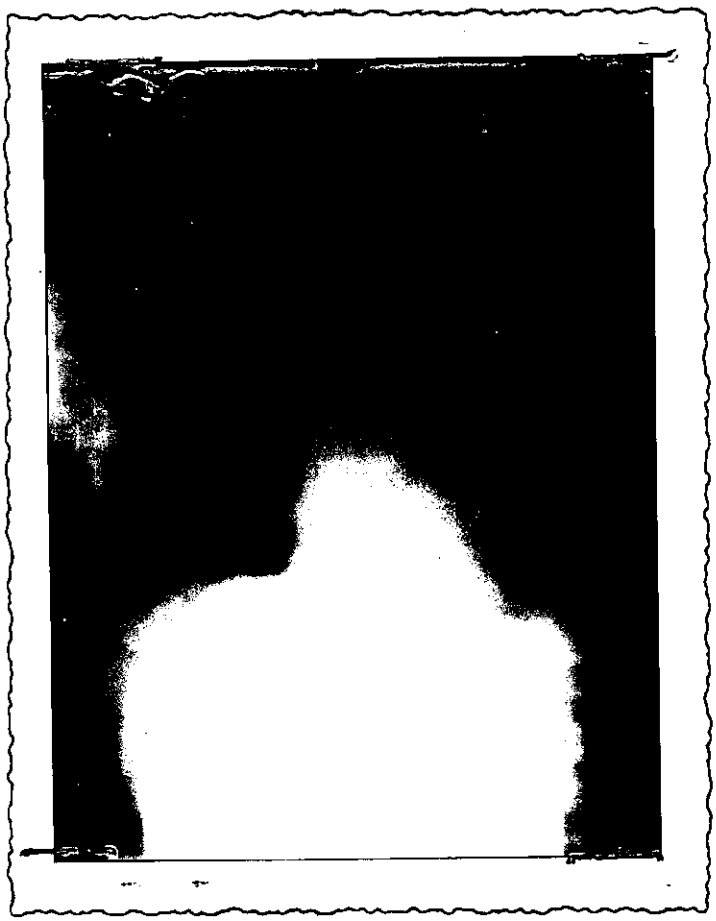
Conclusión:-"Imágenes sospechosas de tuberculosis"

Lavado Bronquial No 01015 : Positivo para B.K.

Diagnóstico: Tuberculosis Pulmonar.-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 1820



Historia No 15.-

Nombre:- V.A.R.- Carnet del I.C.S.S. No 01798- 46 años.- Casado.Alfarero-Natural de Dos Quebradas (Santa Rosa de Cabal,Caldas).-Fecha: Octubre 28 de 1.952.-

Causa de la consulta:- Estado gripal-Malestar general y - fiebres vespertinas.-

Anamnesis remota:- Antecedentes familiares:- Sin importancia.-Antecedentes personales: En febrero de 1.951 hizo - consulta por asifxia, tos y silbido de pecho; posterior - mente varias consultas para lo mismo, con mejoria y recaidas frecuentes.-

Anamnesis próxima :- Desde hace varios dias ha venido experimentando fiebres vespertinas y mlabstar general. Cefalea. Tos con abundante expectoración, sobre todo el levantarse en la mañna. Sueño intranquilo. Sudoración profusa.- Anorexia. Pérdida lenta de peso. Sueños eróticos. Sabor - salobre. Dolores poliarticulares.-

Exámen clínico:- Estado general regular. Paciente de 1.75 aproximadamente. 57 kilos de pso. Palidez marcada de los - tegumentos.-

Temperatura bucal: 36 8/10 grados.-

Circulatorio: T. a. 130 - Mn 75. Pulso: 74 por minuto.-

Digestivo:- Dentadura en pésimas condiciones. Ligero dolor en ambas fosas iliacas.-

Nervioso:- Hiperexcitación. Reflejos tendinosos aumentados.

Respiratorio:- 24 respiraciones por minuto. Submatidez ha-

cia las bases pulmonares, especialmente hacia el izquierdo. Respiración soplante; estertores subcrepitantes y sibilantes en ambos campos pulmonares. Pectoriloquia áfona.

Exámenes de laboratorio:-

Radiografía pulmonar No 2361 " En la teleradiografía y en la fluorescopia pulmonar observamos signos radiológicos de dilataciones bronquiales en las regiones basales posteriores.-

Conclusión:-"Bronquiectasia".-

Examen de esputo para B.K. No 01042. "Negativo".-

Lavado Bronquial No 01045 "Positivo para B.K.-

Diagnóstico:- T.B.C. pulmonar.-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No 2361

Historia No 16.-

Nombre:- M.C.J. Carnet de I.C.S.S. No 01034 - 28 años. Soltero. Empleado de almacén- Natural de Pereira (Caldas).

Fecha: Septiembre 2 de 1.952.-

Causa de la consulta:- Esputos hemoptoicos- Tos fiebres- vespertinas.-

Anamnesis remota:-Antecedentes familiares: Sin importancia. Antecedentes personales: Sin importancia.-

Anamnesis próxima:- Hace varios dias tuvo acceso de tos - con esputos hemoptoicos y sensación de asfixia; los si - guientes dias sabor a sangre constantemente. En el momento de la consulta tuvo nuevamente un acceso de tos con expectoración hemoptoica. Fiebre y malestar verpertino.No duerme bien. Sudoración nocturna. Anorexia.-

Examen clínico:- Estado general regular. Paciente de estatura mediana, bien constituido, disneico y bastante pálido.- Tempertura bucal: 36 8/10 grados.-

Digestivo:- Nada importante.-

Circulatorio:- T.A. Mx 130- Mn. 70. Pulso: 100 por minuto.-

Genitourinario:- Bien.-

Nervioso:- Reflejos rotlianos aumentados. Excitación.-

Respiratorio:- Frecuencia respiratoria aumentada. A la - percusión se encuentra submatidez de ambos vértices pulmonares. Vibraciones ligeramente aumentadas en estos mismos sitios.- Movilidad: Nada anormal a la inspección. Auscultación: Estertores crepitantes, roncus y sibilantes en ambos vértices.-

Exámenes de laboratorio:-

Leucograma No 01223 . Leucocitos x mmc. 6.600: Neutrófilos 66%. Eosinófilos 4%. Linfocitos 28%. Monocitos 2%.-

Eritrosedimentación: 20 milímetros (Wintrobe).-

Radiografía pulmonar No 1920: " H; D. Imágenes exudativas productivas de T.B.C. pulmonar. Conviene hacer exámenes de laboratorio".-

Lavado Bronquial No 00992 "Positivo para B.K.-

Diagnóstico:- T.B.C. pulmonar.-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No 1920

Historia No. 17.-

Nombre: F.O. E.- Carnet del I.C.S.S. No. 81241- 18 años.- Casada- Oficio doméstico. Natural de: Pereira (Caldas.)

Fecha: Enero 28 de 1.953.-

Causa de la consulta:- Hemorragia genital.-

Anamnesis remota:- Antecedentes familiares:- Madre en tratamiento para tuberculsosis pulmonar.-Antecedentes personales:- Enfermedades de la infancia.- Menarquia a los 14 años.- Menstruaciones irregulares. Su primer embarazo - terminó a los 5 meses por aborto completo; había estado - hospitalizada dos veces consecutivas (2o y 3er mes de embarazo) por amenaza de aborto.-

Anamnesis próxima:-Hemorragia genital desde hace doce (12) dias, no muy abundante, que no ha cedido a los tratmien - tos indicados; sin dolor, sangre líquida. Despues del a - borto sus menstruaciones sontinuaron irregulares. Anorexia. Fiebres vespertinas. Sudoración profusa nocturna. Tos seca, no constante. Perdida ligera de peso.-.

Examen clínico:- Estado general regular. Paciente pálida. Bien constituida.-

Temperatura bucal:- 37 grados.-

Circulatorio:- T.a. Mx. 95- Mn. 60- Pulso 90 por minuto - regular.-

Exámens ginecológico:- Reveló que se trataba de una me - tropatia hemorragica.

Respiratorio:- Nada digno de anotar a la percusión. Las -

vibraciones vocales son normales. Respiración ruda, estertores subcrepitantes en los vértices.-

Exámenes de laboratorio:- Eritrograma No 01921. Eritrocitos x mmc. 4.000.000.-Hemoglobina 8 grs.- Hematocrito 32%. Sedimentación globular: 8 milímetros (Wintrobe).-

Radiografía pulmonar No 2875.- " Imágenes sospechosas de - T.B.C. pulmonar.-

Conclusión:-"No satisfactorio.- Deben completarse todos los exámenes".-

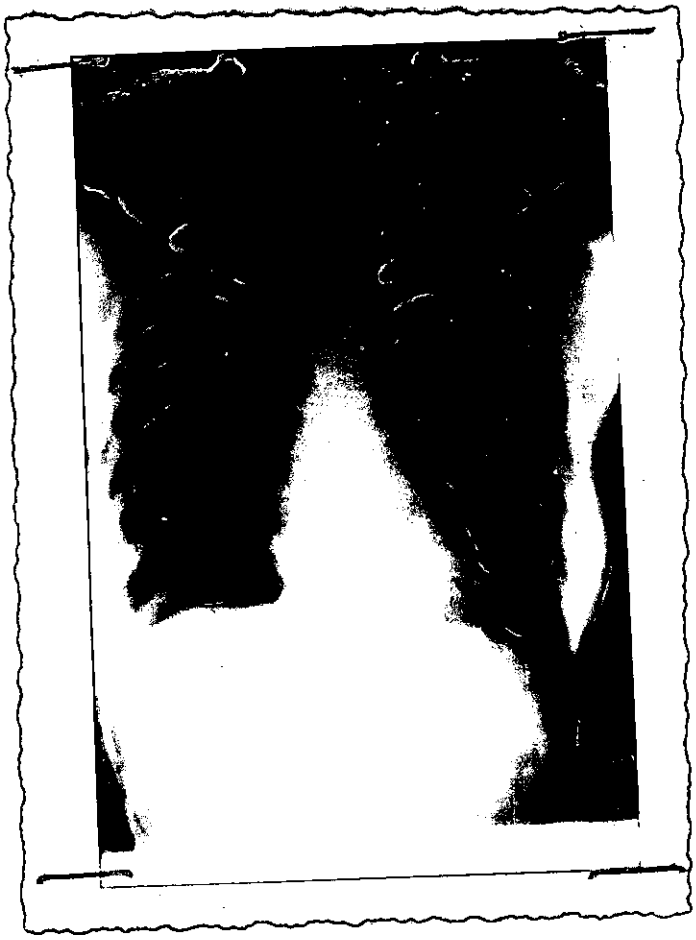
Exámene de esputo para B.K. No 01414 "Negativo".-

Lavado Bronquial No 01417 : "Positivo para B.K.".-

Diagnóstico:- T.B.C. Pulmonar.-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 2875



Historia No. 18.-

Nombre/: M.O.A.- Carnet del I.C.S.S. No 10591- 47 años.- Casado. Agricultor.- Natural de Pereira (Caldas) Fecha:- Marzo 4 de 1.953.-

Causa de la consulta:- Tos con expectoración mucopurulenta. Astenia marcada. Fiebre.-

Anamnesis remota:-Antecedentes familiares:- Sin importancia. Antecedentes personales: Gripas frecuentes. Paludismo.

Anamnesis próxima:- Fiebres vespertinas con malestar gehenal.Tos con expectoración mucopurulenta. Sudoración profusa nocturana. Pérdida rapida de peso. Dolores poliartículares. Poco apetito. Dolor pectoral derecho.-

Exámen clinico:- Estado general aparentemente bueno.Paciente de estatura mediana, bastante pálidso.-

Temperatura bucal: 38 grados.-

Circulatorio:- Pulso: 80 pulsaciones por minuto, regular, lleno. T.a. Mx. 120.- Mn. 70.-

Digestivo:- Dentadura en mal estado. Bazo percutible.-

Genitourinario:- Bien.-

Nervioso:- Bien.

Respiratorio:- Inspección y palpación, nada que anotar. - Sumbatidez a nivel del tercio medio de ambos campos pulmonares. Auscultación: Estertores bronquiales Humedos. Respiración ruda.-

Exámenes de laboratorio:- Eritrosedimentación: No 01998 "12 milimetro (Wintrobe).-

Radiografía pulmonar No 4037 "Transparencia pulmonar disminuida por múltiples calcificaciones. Trama pulmonar acentuada; imágenes nodulares que corresponden a un proceso inflamatorio común.- Imagen cardiovascular modificada por la aorta gruesa fusifome; aurícula derecha muy prominente.-

Conclusiones:- Esclerosis pulmonar: Esclerosis aórtica y dilatación de la misma.- Hilios no satisfactorios".-

Lavado bronquial No 1453. "Positivo para B.K.".-

Diagnóstico:- T.B. C. Pulmonar.-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 4037

Historia No. 19-

B.P.J.- Carnet del I.C.S.S. No 8710 - 25 años.-Soltero.-

Agriculator- Natural de Santa Rosa d.-

Fecha de Historia:- Octubre 10 de 1.952.-

Causa de la consulta:- Cólicos intestinales-diarrea- Fiebre Tos moderada- Temblor generalizado.-

Anamnesis remota:-Antecedentes familiares: Sin importancia.- Antecedentes personales: Paludismo-Diarrea-Gripas muy fre - cuentes.-

Anamnesis próxima:- Cólicos intestinales intensos y frecuentes, pasado el cual le queda un dolor constante en la fosa - iliaca derecha.Diarrea color negruzco, fétidas.Fiebre que ½ se eleva sobre todo despues del cólico.- Tos casi constnnte con expectoración no muy abundante. Sudor profuso.Temblor - generalizada (da la impresión de que se deba al estado de - debilidadl del paciente).Estados de asfixia frecuente.-

Examen clínico:- Estado general:- Paciente del 1.60- Extremadamente delgado- Deshidratado.Palidez cérea de los tegu - mentos. Temblor generalizado, notorio especialmente en los miembros inferiores. Longilinco. Temperatura bucal: 36½grados.-

Circulatorio:-T.a. Mx. 105- Mn. 60. Pulso 136 por minuto,- regular, depresible.-

Digestivo:- Lengua lisa y roja. Dentadura inferior en pésimo estado. Higado pequeño a la percusión. Bazo percutible - Abdomen blando; se aprecian facilmente los latidos aorticos.

Nervioso:- Reflejos aumentados.-

Sistema Ganglionar:- Ganglios cervicales palpables.-

Respiratorio:- Submatidez en la base pulmonar izquierda.- Disminución del murmullo vesicular. Estertores subcrepitantes diseminados.-

Exámenes de laboratorio:-

Eritrograma No 01159 Eritrocitos x mmc. 4.000.000- Hemoglobina 8 grs. Hematrocrito 32 %.-

Leucograma No 01159- Leucocitos x mmc. 4.600: Neutrófilos 50%- Basófilos 2%- Linfocitos 42%.-

Eritrosedimentación No 01170: 16 milímetros (Wintrobe)

Radiografía pulmonar No. 2333 " Densidad de los hilios aumentada en O.A. I. Conviene hacer exámenes de laboratorio".-

Examen de jugo gástrico para B.K. No 00928 "Negativo".-

Examen de esputo para B.K/ No 00864."Negativo"

Lavado Bronquial No 01057. "Positivo para B.K.".

Se hizo cultivo control con resultado positivo.-

Diagnóstico:- T.B.C. pulmonar.-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 2333

Historia No. 20-

Nombre: B.P.Q.- Carnet del I.C.S.S. No 09383- 31 años.-
Soltero-Agricultor- Natural de Santa Rosa de Cabal (Caldas)
Fecha; octubre 12 de 1.952.-

Causa de la consulta:- Fiebre - Tos- Edemas maleolares- Pérdida de peso.-

Anamnesis remota:- Antecedentes familiares: Sin importancia. Antecedentes personales: Blenorragia- Paludismo- Tofoidea.-

Anamnesis próxima:- Evolucion de la enfermedad actual: tres (3) meses.- Astenia. Disnea de esfuerzo. Palpitaciones precordiales. Fiebre continua moderada. Escalofrios poco intensos. Tos húmeda con expectoración gomosa. Sudores profusos nocturnos. Polidipsia. Pérdida de peso. Fatiga fácil.

Examen clínico:- Estado general: regular. Paciente de elevada estatura, delgado, muy pálido y sudorosa; cara abotagada.- Edema blando del tercio inferior de las piernas y maleolos, bastante marcado.-

Temperatura bucal:- 37 8/10 grados.

Circulatorio:-Pulso taquicardico: 140 por minuto. T.a. Mx. 130- Mn. 40.-

Digestivo:- Lengua saburral. Dentadura en regular estado,- Lígero dolor a la palpación epigástrica.-

Nervioso:- Reflejos rotulianos ligeramente aumentados.-

Respiratorio:- Disnea de esfuerzo. Respiración ruda. Estertores crepitantes y subcrepitantes en ambos vértices. - En el hemitorax derecho se escuchan sibilantes a nivel del hilio.-

Exámenes de laboratorio:-

Leucograma No 01255. Leucocitos x mmc. 4.200: Formas juveniles 8%. Formas en cayado 4%. Neutrófilos 52%- Eosinófilos 2%- Linfocitos 34 %.

Investigación hemoparasitos No 01171: "Negativo".-

Eritrosedimentación No 01133 ? 20 milímetros (Wintrobe)

Examen de esputo repetido para B.K. No 00924 de Agosto 22: "Negativo"- No 00894 de agosto 25: "Negativo".-

Examen de jugo gástrico para B.K. No 00847. "Negativo".-

Radiografia pulmonar No 2297. "Densidad de los hilios y de la trama adyacente, aumentada. Se observan calcificaciones glnglionares e inflamación de éstos en la región hiliar. Parenquima pulmonar normal.- Hilios con procesos T.B.C. cicatrizados".-

Lavado Bronquial No 01014. "Positivo para B.K.-

Diagnóstico:- T.B.C. pulmonar.-

RADIOGRAFIA PULMONAR

No. 2297

Historia # 21.-

Nombre:- V.H. 36 años.- Agricultor- Soltero.-

Natural de Pereira (Caldas.)

Fecha: Febrero 27 de 1.953.-

Causas de la consulta:- Tos con esputos hemoptoicos y materia fétida.-

Anamnesis remota:- Antecedentes patológicos familiares y personales.- sin importancia.-

Anamnesis próxima:- En diciembre del año pasado tuvo esputos hemoptoicos, en los cuales,arrojo también materia fétida. Después le siguieron intensos accesos de tos que se le calmaban con el esputo. Ultimamente este, está constituido por una metria purulenta mal oliente con sangre, algunas veces. Ha venido perdiendo peso rapidamente. Experimenta dolor gástrico,cansancio facil,sensación de opresión torácica.-

Examen Clínico:- Estado general regular.- Paciente de estatura mediana, enflaquecido, de aspecto anémico.-

Temperatura bucal: 36 7/10 grados centígrados.-

Circulatorio:- T.a. Mx. 100 - Mn. 60 por minuto, rítmico.-

Digestivo:- Lengua saburral. Dentadura en mal estado.Dolor a la palpación epigástrica.-

Sistema ganglionar:- Ganglio axilar derecho; posteriormente no se encontró.-

Respiratorio:- Inspección:-Ligera limitación de los movimientos del himotorax izquierdo en su mitad inferior.Palpación:- Vibraci nes vocales disminuidas. Percusión:-Matidez del tercio inferior del campo pulmonar izquierdo,con subtidez del tercio medio del mismo.-

Auscultación:- Respiración ruda.- escasos estertores en el tercio medio del hemitorax izquierdo.-

Examen de laboratorio:- Fórmula leucocitaria: Neutrófilos segmentados 48%. Metamielocitos neutrofilós 19% . Eosinofilos 4%. Linfocitos 28%. Monocitos 1%.-

Eritrograma: Eritrocitos x mmc. 3.200.000 Hemoglobina 7,32 grs. Hematocrito 21.-

Eritrosedimentación: 160 milímetros.-

Examen simple de esputo: "Negativo".

Lavado Bronquial: Coloración Papanicolaou "Celulas Carcinomatosas" Fdo. Gabriel Fonnegra.-

Radiodiagnóstico: "Carcinoma Broncogénico".-

Nota.- La radiografía de este paciente no aparece en al - presente historia,debido a que, como el especialista de Cancerología del Hospital " San Jorge", a donde pertenecía este paciente, considero que el caso era quirúrgico, fué en - viado a Medellín para ser intervenido, de donde se fugó.-

CAPITULO -VII-

- CONCLUSIONES -

1o- En el diagnóstico de las formas incipientes de tuberculosis pulmonar, el Lavado Bronquial es el método de laboratorio que proporciona los mejores resultados.-

2o- Su uso se extiende hasta la preparación de autovacunas para la terapia de algunas enfermedades del aparato respiratorio, lo mismo que en la investigación de neoplasias y micosis pulmonares.-

3o- Según estadísticas elaboradas, presenta mayor porcentaje de positividad en la tuberculosis pulmonar sobre los otros exámenes rutinarios (esputo, jugo gástrico etc.).

4o- Es de fácil y rápida ejecución, no requiere instrumental especial, está libre de complicaciones desagradables en los casos indicados, y su simplicidad lo pone al alcance de laboratorios de pequeña dotación.-

5o- El Lavado Bronquial proporciona el mayor márgen de seguridad en el control bacteriológico de la tuberculosis pulmonar.-

6o- Permite un diagnóstico positivo en aquellos estados iniciales de tuberculosis del pulmón donde todavia el estudio radiográfico no proporciona datos de valor especial.

7o- La abundante cantidad de secreciones obtenidas por el Lavado Bronquial es reducida, por el centrifugado, a una tan pequeña cantidad, que hace posible encontral el bacilo de Koch auncuando éstas contengan solo unos pocos.-

8o- El lavado Bronquial es un método laboratorio práctico y sencillo que está llamado a desempeñar en Colombia, como desempeña en otros países, una gran labor social permitiendo el hallazgo de individuos tuberculosos con radiografía negativas y baciloscopia positiva, que constituyen el mayor peligro como fuente de propagación para nuestro pueblo fácil de contraer esta temible enfermedad.-

C A P I T U L O -VIII-

B I B L I O G R A F I A

"Patologia y Clinica de las enfermedades del Aparato Respiratorio".- Manuel Marín. Editor, Provenza 273 Barcelona (1947) Pags.71-72.593-603. — SYLIA ADOLFO.-

"Diagnóstico de la Tuberculosis por el Laboratorio. Ed.2a (1.941) Pags. 88 y siguientes.-" — BILBAO R.-

"Formas Anatomo-Clínicas de la Tuberculosis Traquobronquial en sus relaciones con la Tuberculosis Pulmonar del Niño y del Adulto". Ed.1a (1950) Pags. 76 y sigueintes.- — TAPIA MANUEL.-

"Manual of Clinical Laboratory Methods" Ed. 4a (1951) Pag. 208.- — OPAL E. HEPLER.-

"Approved Laboratory Technic".Ed. 5a Pags. 579 - 585 .- — HOHN A.KOLMER.-

"Lecciones de Patologia Médica. Tomo 1o Ed. 4a (1947) Pg.18-70-356- 370. — JIMENEZ DIAZ.-

"An Introduction to Medical Mycology" Ed. 3a (1948) Pg.38-42-219- 223.- — LEWIS & HOPPER.-

Tesis de Grado de la señorita NELLY QUINTERO (Universidad Javeriana. Facultad Femenina de Bacteriología) 1.950.-

---