

1961
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA



PLEURITIS TUBERCULOSA Y SUS VARIETADES, TRATAMIENTO GENERAL Y ESPECIFICO CON DIHIDRO ESTREP. TOMOCINA, HIDRASIDA DEL ACIDO ISONICOTINICO Y PAS.. ACIDO PARAMINOSALISILICO.

TESIS.

PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

POR EL BACHILLER

JOSE ERASMO VALLADARES R.

EN EL ACTO PREVIO DE SU INVESTIDURA DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA.



TEGUCIGALPA, D. C. HONDURAS. C. A.

1961

616.25
V17
C.2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA



PLEURITIS TUBERCULOSA Y SUS VARIETADES, TRATA-
MIENTO GENERAL Y ESPECIFICO CON DIHIDRO ESTREP.
TOMOCINA, HIDRASIDA DEL ACIDO ISONICOTINICO Y
PAS... ACIDO PARAMINOSALISILICO.

TESIS.

PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

POR EL BACHILLER

JOSE ERASMO VALLADARES R.

EN EL ACTO PREVIO DE SU INVESTIDURA DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA.



TEGUCIGALPA, D. C. HONDURAS. C. A.

1961

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS.

RECTOR.....DR HERNAN CORRALES PADILLA.

SECRETARIO.....LIC ROBERTO SUAZO TOMÉ.

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA.

JUNTA DIRECTIVA.

DECANO.....DR J ADAN CUEVA.

VICE-DECANO.....DR SHIBLI CANAHUATI.

SECRETARIO.....DR CÉSAR A ZÚNIGA.

PRO-SECRETARIO.....DR SILVIO ZÚNIGA.

VOCAL.....DR ENRIQUE AGUILAR PAZ..

VOCAL.....DRA ZULEMA CANALES.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

TRIBUNAL EXAMINADOR.

DOCTOR MANUEL CACERES VIJIL DOCTOR ANGEL D VARGAZ.
DOCTOR RAMON PEREIRA.

SUSTENTANTE.

BACHILLER J ERASMO VALLADARES.

PADRINOS DE TESIS.

DOCTOR JUAN E ZELAYA DOCTOR LUIS BARAHONA.

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN
GENERAL PRIVADO.

DOCTOR MANUEL CACERES VIJIL DOCTOR ANGEL D VARGAZ
DOCTOR J RAMON PEREIRA.

DEDICATORIAS

DEDICO ESTE ACTO Y TESIS:

A MIS QUERIDOS PADRES

DOÑA ROSAURA R DE VALLADARES

Y

DON TRINIDAD VALLADARES A.

A QUIENES LES DEBO LA AYUDA, CONSEJOS, PRIVACIONES Y PODER
REALIZAR MI MÁS CARO DESEO.

A MI ESPOSA

CON AMOR.

A MIS HIJOS

CON CARIÑO.

A MIS HERMANOS

CON CARIÑO FRATERNAL.

A MIS TIOS

CON CARIÑO.

A MIS PRIMOS

CON CARIÑO.

A LA MEMORIA DE MIS ABUELOS

CON RESPETO Y CARIÑO.

AL HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR:

CON ADMIRACIÓN Y RESPETO.

A MIS PADRINOS DE TESIS

CON AGRADECIMIENTO Y APRECIO.

A MI QUERIDO MAESTRO

DR. MANUEL CACERES VIJIL

QUE ME DIÓ SU APOYO.

A LA MEMORIA DE MI RECORDADO AMIGO

LIC. FRANCISCO RIVERA ALVARES

CON VENERACIÓN Y RESPETO.

HONORABLE SEÑOR RECTOR.
HONORABLE SEÑOR DECANO.
HONORABLES MIEMBROS DEL
TRIBUNAL EXAMINADOR.
DISTINGUIDA CONCURRENCIA.

SIENDO UN MANDATO LEGAL PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO, PRESENTO ANTE VOSOTROS COMO TESIS EL TRABAJO INTITULADO "PLEURITIS TUBERCULOSA Y SUS VARIEDADES, TRATAMIENTO GENERAL Y ESPECÍFICO CON DIHIDRO-ESTREPTOMICINA, HIDRASIDA DEL ÁCIDO ISONICOTÍNICO Y PAS (ÁCIDO PARAMINOSALISÍLICO), TRABAJO NO COMPLETO COMO HA SIDO MI DESEO PERO CON LA ESPERANZA DE CONTRIBUIR EN ALGO A LA ERRADICACIÓN DE LA TEMIBLE PESTE BLANCA.

ESPERO DE UDS, LA APROBACIÓN DE ÉSTE HUMILDE TRABAJO QUE ES LA CONSECUENCIA DE LARGOS AÑOS DE LUCHA ANTI-BACILAR. LOS INNUMERABLES CONTRATIEMPOS Y DIFICULTADES EN MI EXPERIENCIA, LEJOS DE HACERME DESISTIR, ME HAN SERVIDO DE ESTÍMULO Y PODER LLEVAR MI COMETIDO HASTA MÁS ALLÁ DE LOS CIENTO CINCUENTA CASOS CLINICAMENTE CURADOS, Y PARA CONSEGUIRLO, HE TENIDO QUE ROGAR, ALAGAR Y HASTA ENAMORAR A LOS ENFERMOS PARA QUE NO INTERRUMPAN TRATAMIENTO Y PODER CON ELLO PRESENTARLES UN TRABAJO REAL Y DE ÓPTIMOS RESULTADOS.

NO PRETENDO EXPONER NUEVOS METODOS DE TRATAMIENTO, LO HE LOGRADO CON LAS VIEJAS DROGAS TAN AMPLIAMENTE CONOCIDAS POR UDS Y DE CUYA EFECTIVIDAD ES DE SOBRA CONOCIDAS Y QUE; REFORZADAS CON LAS DE RECIENTE DESCUBRIMIENTO SATISFACEN AMPLIAMENTE MI ESPÍRITU DE LUCHA; ES PUES, LA CONTINUACIÓN DE LOS TRABAJOS Y EXPERIENCIAS EMPRENDIDOS POR HOMBRES DE "CIENCIA" CUYA ACTUACIÓN YA CONSAGRADA POR LOS ÓPTIMOS RESULTADOS OBTENIDOS SALVANDO VIDAS PRECIOSAS QUE TUVIERON LA MALA SUERTE DE SER INFESTADAS POR TAN TEMIBLE ENFERMEDAD.

RUEGO A UDS SER DENÉVOLOS, DISPENSANDO LOS ERRORES Y DEFECTOS QUE ENCONTRARÉIS EN EL CURSO DE MI LECTURA.

- 37 .- SINTOMATOLOGÍA.
- 38 .- DIAGNÓSTICO.
- 39 .- TRATAMIENTO.
- 40 .- ACIDO PARAMINO SALISÍLICO.- PAS.
- 41 .- HIDRASIDA DEL ACIDO ISONICOTÍNICO.
- 42 .- ESTREPTOMICINA DIHIDROESTREPTOMICINA.
- 43 .- CASUFSTICA.
- 44 .- CONSIDERACIONES.
- 45 .- CONCLUSIONES.
- 46 .- PROPOSICIONES.
- 47 .- BIBLIOGRAFÍA.

I N T R O D U C C I Ó N

LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CONSTITUYEN UN GRUPO HETEROGÉNEO DE ENFERMEDADES CAUSADAS POR DIVERSOS AGENTES PATÓGENOS, ES MUY PROBABLE QUE MUCHOS DE LOS LLAMADOS RESFRÍOS COMUNES, NO SEAN MÁS QUE EN EL PRINCIPIO DE UNA ENFERMEDAD MÁS GRAVE COMO DECIR NEUMONÍA, PLEURESÍA Y TUBERCULOSIS; SE SABE EN LA ACTUALIDAD QUE LOS AGENTES PATÓGENOS COMUNES AL SISTEMA RESPIRATORIO PARTICIPAN EN LA PATOGENIA DE LOS SÍNDROMES RESPIRATORIOS AGUDOS, ES CONNOTORIO PARA EL MÉDICO QUE MUCHOS RESFRÍOS COMUNES SE COMPLIQUEN CON MUCHA FRECUENCIA CON NEUMONÍAS, PLEURESÍAS, TUBERCULOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO,

NO TENEMOS CONOCIMIENTO QUE EL CLIMA, LA ESTACIÓN DEL AÑO, LA HUMEDAD DEL LUGAR SEAN FACTORES PREDISONENTES EN LAS INCIDENCIAS DE LA TUBERCULOSIS DE CUALQUIER ORDEN.

INFLUYEN PODEROSAMENTE EN LA CAPACIDAD RECEPTIVA DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES, EL HACINAMIENTO, LA MALA NUTRICIÓN, LA ALERGIA, EL ALCOHOLISMO Y MUCHOS DEFECTOS MÁS QUE AGOTAN LAS DEFENSAS NATURALES ORGÁNICAS.

EL ESTADO SANITARIO DE LA MAYORÍA DE NUESTROS PUEBLOS, ' ES OTRA DE LAS CAUSAS QUE CONTRIBUYEN A LA INFECCIÓN Y DISEMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD, COMO SUCEDE EN LOS CUARTELES, HOTELES, MESONES, CANTINAS, ESTANCOS, IGLESIAS, ESCUELAS, Y OTROS TANTOS PUNTOS DE AGLOMERACIÓN QUE HACEN POSIBLE LA INCIDENCIA TUBERCULOSA.

EN LA ACTUALIDAD CONTAMOS CON MEDIOS PROPICIOS PARA LLEVAR A CABO UNA INVESTIGACIÓN EN MASA DE LAS LESIONES TUBERCULOSAS ACTIVAS Y SOMETERLAS A SU TRATAMIENTO, CON ELLO CONTRIBUIMOS A LA NO DIFUSIÓN DE LA ENFERMEDAD, EVITAMOS EL CONTAGIO DE LOS FAMILIARES Y AMIGOS QUE SE ACERCAN A ELLOS, LIBRAMOS DE APECIBIRLA A LA POBLACIÓN INFANTIL TAN SUCEPTIBLE DE CONTAGIO Y LA POCA CAPACIDAD DE DEFENSA QUE TIENEN.

EL MEDIO MAS CÓMODO Y ÚTIL PARA ESTA CLASE DE INVESTIGACIÓN ES EL EXAMEN CON R.X, Y YA QUE EN LA ACTUALIDAD CONTAMOS CON UNIDADES MÓVILES, DEJEMOS LA PEREZA, LA RUTINA Y LLEVEMOS DICHS ARTEFACTOS A LOS RINCONES MÁS

HARTADOS Y BUSQUEMOS AL ENFERMO, NO ESPEREMOS QUE ELLOS VENGAN A NOSOTROS, HAGAMOS PROPAGANDA, IMPRIMAMOS CONSEJOS Y REGLAS DE HIGIENE Y LLEVÉMOSLAS HASTA LA CASA MÁS HUMILDE Y MAS ALEJADA, DE LO CONTRARIO, NUESTRA LUCHA ANTI-TUBERCULOSA SERÁ INFRUCTUOSA Y JAMÁS SALDREMOS DE ESE CIRCULITO VICIOSO; EL ENFERMO CLÍNICAMENTE CURADO VUELVE AL MEDIO AMBIENTE Y SE REINFESTA DANDO LUGAR A LA RESISTENCIA BACILAR.

PLEURESIAS TUBERCULOSAS.

DEFINICION.- CON EL NOMBRE DE PLEURITIS O PLEURESÍAS, LLAMAMOS A UN PROCESO **MORBOSO** INFILTRATIVO DE CUALQUIER PARTE DE LA PLEURA ACOMPAÑADO DE DERRAME O NO, ESTE ÚLTIMO PUEDE SER DE CANTIDAD VARIABLE Y SU ASPECTO VARÍA SEGÚN LA ENTIDAD PATOLÓGICA QUE LE DA ORIGEN, Y ASÍ TENEMOS DERRAMES FIBRINOSOS, SERO-FÍBRINOSO, SEROSANGRINOLENTOS, PURULENTOS Y FRANCO HEMORRÁGICOS CUANDO ES RESPONSABLE DE ESTE ESTADO PATOLÓGICO EL BACILO DE KOCH, LA ENTIDAD CLÍNICA TOMA EL NOMBRE DE PLEURITIS O PLEURESÍA TUBERCULOSA.

HISTORIA

PINEL, MEDICO DEL Siglo XIX FUE EL PRIMERO EN USAR LA PALABRA PLEURESÍA, EN EL AÑO DE 1810; AÑOS DESPUÉS LAECNEC ESTABLECIÓ EL SÍNDROME DE LA PLEURESÍA, ESTUDIÓ SU ANATOMÍA PATOLÓGICA Y SU ETIOLOGÍA LA ASIMILÓ A LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN SU ESTADO EVOLUTIVO, OTROS EN CAMBIO, LA ATRIBUÍAN A LAS GRANDES EXPOSICIONES AL FRÍO. LANDOUZY Y MAYOR, ESTE ÚLTIMO DISCÍPULO DE PRIMERO, SENTARON COMO PRINCIPIO, QUE TODAS LAS PLEURESÍAS A FRIGORE ERAN DE ORIGEN TUBERCULOSO Y LA TESIS EN QUE SE FUNDAN CONSISTE EN TRES PRINCIPIOS CONSTANTES QUE SON: ANTECEDENTES HEREDITARIOS, ANTECEDENTES PERSONALES Y ANTECEDENTES TUBERCULOSOS, ADEMÁS LOS SIGNOS CONCOMITANTES QUE CONCURREN EN TODO TUBERCULOSO PULMONAR Y QUE MAS TARDE O MAS TEMPRANO, LOS ENFERMOS DE PLEURESIA PRESENTARAN SIGNOS INEQUÍVOCOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR; ADEMÁS ESTE ÚLTIMO, DESCUBRIÓ EL BACILO DE KOCH EN LOS DERRAMES PLEURALES LOGRÓ ADEMÁS TUBERCULISAR AL COBAYO INOCULÁNDOLE PARTE DE ESTOS DERRAMES CHAUFFARD CON SUS DISCÍPULOS LOGRÓ CONFIRMAR LOS EXPERIMENTOS DE LANDOUZY Y POR ÚLTIMO PERÓN LOGRÓ REPRODUCIR LA PLEURESÍA INOCULANDO EN LA CAVIDAD PLEURAL DE LOS ANIMALES DE LABORATORIO, EL BACILO DE KOCH.

KELCH Y WILLARD EN SUS ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS DESCUBRIERON LESIONES TUBERCULOSAS EN LA PLEURA Y POR ULTIMO, WIDAL Y RAVAUT ESTUDIARON LA SITOLOGIA DEL DERRAME PLEURAL, CON LO CUAL ABUNDARON LA SEMIOLOGÍA DEL PROCESO TUBERCULOSO.

GENERALIDADES ETIOPATOGENICAS Y FORMAS DE PLEURITIS TUBERCULOSAS.

FORMAS CLÍNICAS

PLEURITIS PRIMARIA.- Es FRECUENTE EL EXUDADO PLEURAL EN EL CURSO DE UN COMPLEJO PRIMARIO PROGRESIVO, A VECES TAN APARENTE QUE ES LA ÚNICA MANIFESTACIÓN CLÍNICA EVIDENTE Y QUE AL LOGRAR SU **Besucón** COMPLETA, SE PUEDE APRECIAR LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL COMPLEJO PRIMARIO.

PATOGENIA. - LA PATOGENIA DE LA PLEURITIS PRIMARIA HA SIDO MUY DISCUTIDA; PERO POR LO GENERAL SU ORIGEN SE DEBE A LA CONTIGUIDAD DE LAS LESIONES, SIENDO EL FOCO PRIMARIO DE SU LOCALIZACIÓN SUB-PLEURAL, LOS BACILOS Y TOXINAS SE PROPAGAN EXCÉNTRICAMENTE DEL FOCO PRIMARIO Y DETERMINAN LA INFLAMACIÓN PLEURAL. OTROS, EN CAMBIO, CREEN QUE LA VÍA HEMATÓGENA ES TAN CONSTANTE COMO LA ANTERIOR Y LA PLEURESÍA ES LA CONSECUENCIA EN UN INDIVIDUO ALÉRGICO A LA TUBERCULOSIS; ASÍ LO VE LA ESCUELA FRANCESA, QUE ADMITE UN FOCO PRIMARIO ABDOMINAL QUE POR VÍA LINFO-HEMATÓGENA COMPLICLA LA PLEURA, INCLUSO EL PULMÓN, SE GUIÓ DE SU ROSARIO DE ADENITIS REGIONAL.

SINTOMATOLOGIA

LA PLEURITIS PRIMARIA NO OFRECE SÍNTOMAS QUE LA IDENTIFIQUEN DE LAS DE MÁS PLEURITIS, Y SON MUY BENIGNAS, FIEBRE LEVE, TOS EJECUTIVA Y PERTINAZ, DOLOR Y OPRESIÓN DEL PECHO, ANOREXIA Y PERDIDA DE PESO, EL DERRAME, SI ES QUE LO HAY, ES MODERADO Y SU REABSORCIÓN TAN RÁPIDA QUE A LOS POCOS DÍAS Y DESPUÉS DE UN EXAMEN RADIOLÓGICO ENCONTRAMOS LAS SECUELAS EN VARIAS PARTES DE LA CAVIDAD PLEURAL, COMO SER, PARED COSTAL, DIAFRAGMA, SENOS COSTO-DIAFRAGMATICOS, CISURAS, ETC; LAS QUE CONSISTEN EN ADHERENCIAS. LAS ALTERACIONES DEL ESTADO GENERAL SON LEVES, LAS FEBRÍCULAS FUGACES, LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS MODERADAMENTE SUPERFICIALES POR LA POCA MOVILIDAD DEL DIAFRAGMA.

SIENDO LA PLEURITIS PRIMARIA DE TIPO IRRITATIVO E INFLAMATIVO, SUS COMO LO DIJE ANTERIORMENTE SON POBRES Y AMERITAN EL ESTUDIO Y OBSERVACIÓN CONCIENCIAL PARA EVITAR EL ERROR Y ACOMETER CON PRONTITUD Y EFICACIA.

EN OTROS CASOS, A LA INVESTIGACIÓN FOTOFUOROSCÓPICA O RADIOLÓGICA, OBSERVAMOS IMÁGENES DE OPACIDADES PLEURALES A NIVEL DE LAS CISURAS Y SIN OTRA MANIFESTACIÓN CLÍNICA QUE LAS REVELEN.- ESTAS PLEURESÍAS CISURALES OBEDECEN A LA PRESENCIA DE CADENAS GANGLIONARES BRONCO-PULMONARES INTERLOBULARES ESPECIALMENTE EN LA CISURA MEDIA DERECHA, QUE ES LA QUE CON FRECUENCIA PRESENTA ESTA MODALIDAD.

LAS PLEURITIS MEDIASTÍNICAS MENOS COMUNES QUE LAS ANTERIORES, NO OBSTANTE LAS CADENAS GANGLIONARES PARAMEDIASTINALES QUE LES ABUNDA, ES EL ASIENTO COMÚN DE LOS COMPLEJOS EVOLUTIVOS Y SE MANIFIESTA RADIOLÓGICAMENTE EN FORMA LINEAL CON FORMACIÓN DE DENTELLONES IRREGULARES,

EN ESTAS PLEURITIS PRIMARIAS, ESPECIALMENTE EN LAS DEL MEDIASTINO Y CISURAS, PUEDEN TENER UN ORIGEN INSOSPECHADO, UNA NEUMONITIS, NEUMONÍA, BRONCONEUMONÍAS, BRONQUIECTASIAS, ETC, QUE TIENEN UN CARÁCTER EXUDATIVO O ADHESIVO.

PLEURITIS APICAL

LAS PLEURITIS APICALES LLAMADAS TAMBIÉN PLEURÍTICO-ATELECTÁSICAS SE OBSERVAN EN LOS VÉRTICES PULMONARES, CUBRIÉNDOLOS EN FORMA DE VELOS Y ALCANZANDO EL NIVEL DEL EXTREMO POSTERIOR DE LA SEGUNDA COSTILLA Y QUE ASSMAN LLAMÓ PAQUI PLEURITIS.

PATOGENIA.- CONCEPTO ACEPTADO UNIVERSALMENTE ES QUE, LAS PLEURITIS APICALES SON SIEMPRE SECUNDARIAS A LOS PROCESOS TUBERCULOSOS PULMONARES INMEDIATOS (TUBERCULOSIS DE LOS VÉRTICES). ALGUNOS AUTORES COMO BAR, PIERRY Y NEUMAN ADMITEN QUE RESULTAN DE LAS DESCARGAS DE BACILOS DE KOCH SIN FOCO PULMONAR PREVIO.

MUY FRECUENTEMENTE DESPUÉS DE UN NODULO POSP-PRIMARIO INSTAURADO EN LA PARTE APICAL DEL PULMÓN, SE DEJA VER EL PROCESO IRRITATIVO DE LA PLEURA APICAL, EL QUE LLEGA A SU MÁXIMO CUANDO LA ADENITIS REGIONAL SUFRE UNA REACTIVACIÓN, A ESTO, ES LO QUE VARIOS AUTORES HAN LLAMADO PAQUIPLEURITIS, EN OTROS CASOS, LAS LESIONES IRRITATIVAS SON TAN MÍNIMAS QUE ESCAPAN A LAS IMÁGENES RADIOGRÁFICAS Y SOLO SON DESCUBIERTAS POR LAS NECROPSIAS.

EVOLUCION.- LA EVOLUCIÓN DE LA PLEURITIS APICAL EN EL ADULTO, PUEDE DAR LUGAR A PROCESOS INFILTRATIVOS, ULCERATIVOS EN ÉSTA PARTE DEL PARENQUIMA PULMONAR, O BIEN SE HALLAN ESTABILIZADOS Y CON LA PRESENCIA DE AQUELLA, SUFREN UNA REACTIVACIÓN Y NO SON MENOS LOS CASOS QUE ESTAS LESIONES APICALES DE LA PLEURA SOLO QUEDAN CICATRICES RESIDUALES INACTIVAS, RECUERDOS DEL COMPLEJO PADECIDO.

TUBERCULOSIS PLEURAL

DEFINICION. SE LLAMA PLEURITIS O PLEURESÍA TUBERCULOSA AL PROCESO IRRITATIVO E INFILTRATIVO DE CUALQUIER PARTE DE LA PLEURA ACOMPAÑADA DE DERRAME O NO.

CUANDO EL AGENTE PATÓGENO ES EL BACILO DE KOCH, LA PLEURITIS TOMA EL NOMBRE DE TUBERCULOSOS; USO INDISTINTAMENTE ESTAS DOS PALABRAS: PLEURITIS Y PLEURESÍA AUNQUE ETIMOLÓGICAMENTE SU SIGNIFICADO ES DISTINTO; Y EL EMPLEO QUE DE ELLAS SE HA HECHO, SE HA GENERALIZADO Y NADIE IGNORA SU SIGNIFICADO, ASÍ TENEMOS QUE PLEURESÍA INDICA DOLOR DE COSTADO, Y PLEURITIS: INFLAMACION FILMACIÓN DE LA PLEURA. LA MICRO BACTERIDIA TUBERCULOSA PUEDE DAR LUGAR A DIVERSIDAD DE ENTIDADES CLÍNICAS PLEURALES Y ASÍ TENEMOS LAS PLEURITIS FIBRIOSAS, SER FIBRINOSAS, SECAS, ADHESIVAS, HEMORRÁGICAS, CALLOSAS Y LAS SUPURADAS O EMPIEMATOSAS Y, COMO UNA CONSECUENCIA DE ESTO, LAS PLEURESÍAS FISTULOSAS.

PLEURESÍAS SEROFIBRINOSAS TUBERCULOSAS.

LA PLEURESÍA SEROFIBRINOSA O EXUDATIVA BACILAR, ES UN PROCESO PATOLÓGICO QUE SE CARACTERIZA POR LA INFLAMACIÓN Y PRODUCCIÓN DE UN EXUDADO QUE SE COLECCIONA EN LA CAVIDAD INTRAPLEURAL Y CUYO AGENTE PATÓGENO ES EL BACILO DE KOCH.

ETIOLOGÍA.- ANTERIORMENTE SE CONSIDERABA LA PLEURESÍA SEROFIBRINOSA COMO UNA CONSECUENCIA DE LOS CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA Y EN PRINCIPAL EL FRÍO, QUE ERA EL MAYOR RESPONSABLE DE ELLO. ACTUALMENTE, UN **80%** DE ELLAS TIENEN SU ORIGEN EN LA INVASIÓN DEL BACILO DE KOCH, ÉSTO LO CONFIRMA LA CLÍNICA Y LA BACTERIOLOGÍA, A SABER: CLÍNICAMENTE SE ADMITE QUE DE UN 30 A **40%** DE LAS PLEURESÍAS SEROFIBRINOSAS, SE DERIVAN DE UNA LESIÓN TUBERCULOSA ESPECIALMENTE PULMONAR; QUE DEL 20 AL **30%** DE LOS TUBERCULOSOS PULMONARES LA PADECEN; QUE EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS TUBERCULOSOS APARECEN DE UN 15 A UN **20%** DE PROCESOS Pleuríticos CUYOS FOCOS INFECTANTES SON EXTRA PULMONARES, ES DECIR, EN ÓRGANOS INMEDIATOS Y QUE LA INVASIÓN PULMONAR PUEDE APARECER EN UN TIEMPO MÁS O MENOS LARGO, DE 2,3 O MÁS AÑOS DESPUÉS DEL PROCESO PLEURAL; EN LOS Pleuríticos PRIMITIVOS, ES RARO ENCONTRAR EN SU ANAMNESIS ANTECEDENTES TUBERCULOSOS.

DATOS DE LABORATORIO.- LA FRECUENCIA CON QUE SE ENCUENTRA EL BACILO DE LA TUBERCULOSIS EN EL DERRAME PLEURAL, SEGÚN ALGUNOS INVESTIGADORES ES FRECUENTE, SEGÚN OTROS, LO CONSIDERAN HALLAZGOS DE SUERTE. SEGÚN DAVDI Y Spin EN UN 58.30% DE LÍQUIDOS PLEURALES, ESTÁ PRESENTE EL BACILO DE KOCH. GRELL LO HA ENCONTRADO EN UN 50%, TOMITA EN UN **80%** Y, OSHIMA EN UN 70%; Y OTROS POR FIN EN PORCENTAJES MÁS BAJOS. A PESAR DE LA DIVERSIDAD DE CANTIDADES ENCONTRADAS, LO CIERTO ES QUE INYECTANDO EL EXUDADO PLEURAL A UN ANIMAL DE LABORATORIO, Y MÁS TARDE, EXAMINANDO EL CONTENIDO EN EL LUGAR DE LA INOCULACIÓN, LA PRESENCIA DEL BACILO ES CASI CONSTANTE. RESUMIENDO LO ANTERIOR, LA PRESENCIA O NO, DEL BACILO EN EL LÍQUIDO INTRAPLEURAL OBEDECE A LAS TÉCNICAS DE LABORATORIO EMPLEADAS, O PUEDE SER QUE LA PRESENCIA DE BACILOS SEA TEMPORAL Y SOLAMENTE LA CASUALIDAD HIZO ENCONTRARLOS EN EL PRECISO MOMENTO DEL EXAMEN.

BACILEMIA TUBERCULOSA DEL PLEURITO.- LA BACILEMIA DEL PLEURÍTICO, POR LO REGULAR ES NULA SI NO HAY CONCOMITANCIA DE LESIONES PULMONARES ABIERTAS A UN BRONQUIO Y POR OTRO LADO, HA PERDIDO SU VALOR DESDE EL DÍA EN QUE FUÉ INVESTIGADO Y ENCONTRADO EL BACILO DE KOCH EN LA SANGRE DE LOS NETAMENTE PLEURITICOS.

BACILO DE KOCH EN EL CONTENÍDO GÁSTRICO DE LOS PLEURÍTICOS.- LECHES I

DESCUBRIÓ LA PRESENCIA DE BACILOS EN EL CONTENIDO GÁSTRICO DE LOS PLEURÍTICOS, EN UNA PROPORCIÓN DE **33%** Y FREDERIKSEN LO ENCONTRÓ EN UN **13%** SOLAMENTE. OTROS AUTORES LO HAN ENCONTRADO EN PROPORCIONES QUE NO LLEGAN AL

50% .DESVIACION DEL COMPLEMENTO.- PRACTICADO EN EL SUERO SANGUÍNEO Y LÍQUIDO PLEURAL MEDIANTE ANTÍGENOS TUBERCULOSOS, SE HA LLEGADO A LAS CONCLUSIONES SIGUIENTES; A) LOS ANTICUERPOS SE HALLAN EN GRAN PARTE DE LÍQUIDOS EXAMINADOS } B) QUE ÉSTOS SON MÁS ABUNDANTES AL FINAL DE LA EVOLUCIÓN QUE A SU PRINCIPIO; C) QUE SON MÁS NUMEROSOS EN LOS CASOS DE LESIONES T.B.C.PULMONARES CONCOMITANTES; Y Q) Que SON COMPATIBLES LOS RESULTADOS DEL SUERO SANGUÍNEO Y LÍQUIDO PLEURAL.

REACCION TUBERCULINICA.- Como PRUEBA ETIOLÓGICA ESPECÍFICA, NO TIENE GRAN VALOR; PERO SÍ, REVELA LA CAPACIDAD REACTIVA ESPECÍFICA DEL ORGANISMO, CUYO VALOR CLÍNICO ES DECISIVO.

ANATOMIA PATOLOGICA.- MACROSCÓPICAMENTE LAS PAREDES DE LA PLEURA PIERDEN SU BRILLO, ESTÁ HIPERHEMICA DE COLOR ROJO VINOSO, RECUBIERTA DE UNA CAPA DE FIBRINA SUCIA, HAY PRESENCIA DE FALSAS MEMBRANAS GELATINIFORMES ESPECIALMENTE EN LA PARTE INFERIOR O DIAFRAGMÁTICA Y DE PREFERENCIA LA PLEURA VISCERAL. MICROSCÓPICAMENTE HAY EDEMA, INFILTRADO DE LEUCO, CITOS Y FIBRINA EN SU SUPERFICIE, LAS CÉLULAS DE REVESTIMIENTO AUMENTAN DE TAMAÑO Y OTRAS DEGENERAN. CUANDO HAY PROLIFERACIÓN CELULAR, ÉSTAS SE SUPERPONEN SIN ORDEN ALGUNO DANDO LUGAR A LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS MUY RICAS EN VASOS SANGUÍNEOS, ESPECIALMENTE EN LA SUPERFICIE; PASADO ESTE ESTADIO, APARECE LA EXUDACIÓN FIBRINOSA AL PRINCIPIO, MAS TARDE SERÁ SEROFIBRINOSA; Y ESTAS ULTIMAS SON LAS QUE FORMAN EL ESQUELETO O ARMazón DE LAS NEOFORMACIONES, LAS QUE EN SU FASE FINAL SON MAS APARENTES POR LA ABUNDANCÍA. DEL TEJIDO CONECTIVO Y VASO SANGUÍNEO; Y QUEDAN AL FINAL LA FORMACIÓN DE SÍNFISIS PLEURALES Y ADHERENCIAS.

EXUDADO SEROFIBRINOSO.- DE ASPECTO LÍQUIDO, CITRINO, ROSADO ALGUNAS VECES O FRANCAMENTE SANGUIONOLENTO Y VISCOSO EN OTROS; ABUNDANTE EN SALES MINERALES Y SUSTANCIAS ORGÁNICAS, COMO ALBÚMINA Y FIBRINA, CON UNA DENSIDAD QUE OSCILA ENTRE 1020 A 1026, SU VISCOSIDAD ES DE 1.40 A 1.45, DE Reacción ALCALINA LA QUE VA EN AUMENTO HASTA EL MÁXIMO PARA VOLVER A LA NORMALIDAD EN LA INVOLUCIÓN.

ANALISIS QUIMICO.- EL EXUDADO SERO-FIBRINOSO DE LOS PLEURÍTICOS, ESTÁ COMPUESTO DE LOS MISMOS ELEMENTOS QUE EL SUERO SANGUÍNEO; PERO CON DIFERIDAD DE PROPORCIONES; DISMINUIDO EN SALES DE CALCIO, POTASIO Y FOSFORO,

EN CAMBIO, EL CONTENIDO EN PROTEÍNAS ES IGUAL AL DEL SUERO; LA RELACIÓN DE SERENA Y GLOBULINA, SE MODIFICA EN FAVOR DE LA GLOBULINA, LA QUE VA DISMINUYENDO A MEDIDA QUE ENVEJECE EL LÍQUIDO; EL FIBRINÓGENO ES ESCASO, NO PASA DE 0.05 A 0.5 POR CIENTO. LA REACCIÓN DE RIVALITA ES POSITIVA EN EL EXUDADO Y OBEDECE A LA PRESENCIA DE SERO-MUCOIDE, DE FIBRINA Y POR ULTIMO GRASAS; TAMBIÉN ESTÁN PRESENTES LOS FOSFATIDOS Y COLESTERINA, ETC.-EL DERRAME PLEURAL DESARROLLA PROPIEDADES ENZIMÁTICAS COMO LA AMILÁSICA, ESTEARASAS, FOSFATASAS Y PROTEOSAS; Y SON LOS RESPONSABLES A LA DEGRADACIÓN DE LOS PRÓTIDOS DEL DERRAME.

ELEMENTOS CELULARES.- PRACTICADO EL EXAMEN DEL LÍQUIDO PLEURAL, NOS ENCONTRAMOS CON AUMENTO DE LINFOCITOS (LINFOCITOSIS), EL QUE LLEGA A UN 90,95% CON PREDOMINIO DE MACRÓFAGOS Y EDSINÓFILOS, PRUEBA EN FAVOR DE UNA LESIÓN BACILAR EN ESTA CLASE DE DERRAMES.

SINTOMATOLOGIA.

LA GRAN VARIEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA DE LA PLEURESÍA SERO-FÍBRINOSO; AQUELLOS QUE SE PRESENTAN EN FORMA BRUSCA; Y LOS QUE SE VAN INSTAURANDO PAULATINAMENTE. TOS UNO DE LOS SÍNTOMAS QUE SIEMPRE ACOMPAÑAN AL PLEURÍTICO, SECA, PERSISTENTE, SOFOCANTE ALGUNAS VECES Y DE ASPECTO QUINTOS EN OTRAS, PUNTO DE COSTADO SUAVE Y SOPORTABLE, QUE EL ENFERMO LO ATRIBUYE A AIRES; EN OTRAS, EL DOLOR ES PUNZANTE, AGOBIADOR, QUE ARRANCA QUEJIDOS AL ENFERMO, EL QUE EN BUSCA POSICIONES ANTI ÁLGIDAS PARA MAYOR COMODIDAD, LA DISNEA ES MODERADA EN LOS PEQUEÑOS DERRAMES Y MUY ACUSADA EN LOS GRANDES DERRAMES, DANDO LUGAR A UNA RESPIRACIÓN SEGUIDA Y SUPERICIAL (POLINIA), LOS ESCALOFRÍOS QUE PRECEDEN A LA ELEVACIÓN TÉRMICA, LA QUE PUEDE ALCANZAR HASTA 40 GAS. EN ALGUNOS CASOS, PERO, POR LO REGULAR OSCILA ENTRE 38 Y 39 GAS., EN ESTE MOMENTO SE APRECIAN LOS ROCES

PLEURALES POR ENCIMA DEL NIVEL LÍQUIDO, LA SEPARACIÓN DE LOS ESPACIOS INTERCOSTALES Y EL ABOMBAMIENTO DEL NEUMOTÓRAX AFECTO QUE ES ATRIBUTO DE LOS GRANDES DERRAMES; LA ABOLICIÓN TOTAL DE LAS VIBRACIONES VOCALES EN UNA PARTE O EN TODO EL PULMÓN LESIONADO; LAS CEFALALGIAS Y EL MALESTAR GENERAL, OBLIGAN AL ENFERMO A BUSCAR CAMA.

CUANDO LA ENFERMEDAD HA TENIDO PODREMOS DE IMPREGNACIÓN, EL ENFERMO DA HISTORIA DE PÉRDIDA DE PESO, DESDE HACE SEMANAS O MESES, PERDIDA DE APETITO, FATIGA, ASTENIA, POCA TOS, LIGEROS ESCALOFRÍOS SEGUIDOS DE FEBRÍCULAS PASAJERAS, SENSACIÓN DE DOLOR, A VECES VAGO Y FIJO EN OTRAS, LA CEFALALGIA ES CONTINUA, DANDO LUGAR A UNA CONFUSIÓN Y QUE EL MEDICO TIME-

Y NE QUE DESCARTAR PARA NO CAER EN GRAVE ERROR Y TRATAR OTRA ENFERMEDAD COMO DECIR TIFOIDEA, NEUMONÍA, NEURALGIA INTERCOSTAL, REUMATISMO ARTICULAR O MUSCULAR O PLEURODINEAS. EN LAS FORMAS LATENTES O AMBULATORIAS, LOS SÍNTOMAS SON TAN IMPERCEPTIBLES QUE SI NO ES CON EL AUXILIO DE LA FOTOFLUOROSCOPÍA Y RADIOGRAFÍA, QUE NOS INFORMEN DE PLEURITIS COMPLETAMENTE ESTABILIZADA, CON OPACIDADES DIFUSAS, SIN LA PRESENCIA DE LÍQUIDOS POR MOTIVO DE SU REABSORCIÓN ANTERIOR, Y SI, CON SINEQUIAS Y ADHERENCIAS QUE INMOVILIZAN OTROS ÓRGANOS ESPECIALMENTE EL DIAFRAGMA Y DESVIANDO EL MEDIASTINO HACIA EL LADO SANO. ESTE ES EL CUADRO TAN SUCEPTIBLE DE VARIACIONES EN LAS PLEURITIS SEROFIBRINOSAS, EN DONDE UN SÍNTOMA PREDOMINA ENTRE LOS DEMÁS, SÍNTOMAS QUE VIENE A SER COMÚN A INFINIDAD DE ENTIDADES PATOLÓGICAS Y QUE SOLO EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO LAS DILUCIDA.

SIGNOS FÍSICOS.- Los signos físicos que encontramos en un pleurítico SON LOS SIGUIENTES: PALIDEZ MARCADA, MIDRIASIS, SIEMPRE EN EL MISMO LADO DEL DERRAME, INMOVILIDAD DE UN HEMITÓRAX, ABOMBAMIENTO EN UNO DE SUS LADOS, POSICIÓN ANTALGIDA PRINCIPALMENTE EN DECÚBITO LATERAL APOYANDO EL LADO ENFERMO SI INVESTIGAMOS EL SIGNO DE PITRES LO ENCONTRAMOS PRESENTE, ESTE SIGNO CONSISTE EN APLICAR UN CORDÓN EN EL CENTRO DE LA HORQUILLA ESTERNAL HASTA EL PUDIS, EL TRAYECTO DEL CORDÓN SERÁ SOBRE EL LADO SANO Y NO EN SU LINEA MEDIA, COMO EN UN SUJETO NORMAL. EL SIGNO DE SEIS TAMBIÉN PRESENTE EN ALGUNOS CASOS Y CONSISTE EN OBSERVAR LA DISTENSIÓN DE LOS ESPACIOS INTERCOSTALES AL PRONUNCIAR UNA PALABRA "Quita". PALPACIÓN.- El signo del pulgar nos da la idea de inmovilidad y AMPLIACIÓN DEL HEMITÓRAX AFECTO, ENCONTRAMOS DISMINUIDO LAS VIBRACIONES VOCALES, DIFÍCIL DE APRECIAR EN LAS VOCES AGUDAS, COMO EN LOS NIÑOS Y MUJERES; Y Q' EXPLORÁNDOLO PACIENTEMENTE, NOS DA LA LINEA SUPERIOR DEL DERRAME PLEURAL.- Y "A LA PALPACIÓN DIGITAL, SE APRECIA LA TENSIÓN DE LOS ESPACIOS INTERCOSTALES Y LA TENSIÓN DE LOS MÚSCULOS ESPINALES EN EL HEMITÓRAX ENFERMO. EL SIGNO DE RAMÓN claramente es apreciado y consiste en la presencia de edema en Y CASO DE DERRAME, EL SIGNO DE LA FOVIA PARA INVESTIGAR EL ANTERIOR; Y POR ÚLTIMO EL SIGNO DEL OLEAJE QUE ESTA PRESENTE EN LOS DERRAMES CON PRESENCIA DE AIRE. Y PERCUSIÓN.- Al percutir nos damos cuenta de la matidez, que nos da LA IDEA Y DE LA CANTIDAD DE DERRAME, SU LÍMITE Y SU ASIENTO; Y ASÍ TENEMOS QUE EN LOS Y QUE EN LOS PEQUEÑOS DERRAMES SU LÍMITE SUPERIOR ES HORIZONTAL, EN LOS DERRAMES Y MEDIANOS EL LÍMITE SUPERIOR TIENE LA FORMA DE UN TRIÁNGULO CURVILÍNEO DE VÉRTICE DIRIGIDO HACIA LA LINEA AXILAR POSTERIOR, LA BASE ES INFERIOR

Y EL LADO POSTERIOR DEL TRIANGULO ES QUE FORMA LA CLASICA CURVA DE DAMOISEAU Y ESTA, CON LA VERTICAL QUE FORMA LA COLUMNA VERTEBRAL DAN ORIGEN A UN ESPACIO ANGULAR, DE SONIDO MÁS CLARO Y QUE CORRESPONDE AL PULMÓN MAS O MENOS ATELECTASIADO. POR LO COMÚN, AL LADO OPUESTO DEL DERRAME Y FORMADO POR LA CURVA DE DEMISEAU, Y EL VÉRTICE DEL TRIÁNGULO DE GARLAN, ENCONTRAMOS UNA ZONA DE PERCUSIÓN MATE Y SE LLAMA ZONA DE GRACCO. CUANDO EL DERRAME ES ABUNTE, LLENA EL ESPACIO DE TRAUBE. LA PERCUSIÓN POR ENCIMA DEL NIVEL DE LA MATIDEZ, ESPECIALMENTE EN EL PLANO ANTERIOR, OFRECE UNA MODIFICACIÓN DE SONORIDAD DE TIPO TIMPÁNICO BAJO Y QUE ACTUALMENTE SE LLAMA SKODISMO A ESTA MODIFICACIÓN DEL SONIDO, EL SIGNO DE BANTI POR LO REGULAR PRESENTE Y QUE CONSISTE EN LA MATIDEZ RETRO ES TERNAL Y EN LA PARTE SUPERIOR DE ÉSTE EL DE S IJ3 NORELLI QUE SE OBTIENE PERCUTIENDO LA ESPINA DE LA ESCÁPULA DEL LADO AFECTO Y QUE SIEMPRE **SE** TRATA DE LA MISMA MATIDEZ Y, PARA TERMINAR TENEMOS EL SIGNO DE WILLIANSS QUE CONSISTE EN EL SONIDO TÍMPANICO QUE DA AL REPERCUTIR EL SEGUNDO ESPACIO INTERCOSTAL DEL LADO ENFERMO.

AUSCULTACION.- LA ATENUACIÓN O ABOLICIÓN DEL MURMULLO VESICULAR SE APRECIA MEJOR POR MEDIO DE LA AUSCULTACIÓN, AUNQUE EL MURMULLO VESICULAR NUNCA FALTA POR COMPLETO AUN EN LOS GRANDES DERRAMES, LO PODEMOS ENCONTRAR HACIA LA COLUMNA VERTEBRAL Y A NIVEL DE LOS HILIOS PULMUNARES, CUANDO ES MEDIA, NO EN CANTIDAD. EL SOPLO PLEURAL CONSTANTE EN DERRAMES ESCASOS, EN LOS MEDIANOS ES SUAVE, EXPIRATORIO Y SE OYE LEJANO Y POR ÚLTIMO, EN LOS GRANDES, DERRAMES ES TUBARICO, ANFORICO Y CAVITARIO, LO QUE SE DEBE A LA TRASMISION DEL SONIDO TRAQUELARINGEO POR EL PULMÓN ATELECTASIADO

AL AUSCULTAR LA VOZ SE APRECIA EL SIGNO DE LA EGOFONÍA DESCRITO POR LA ENNEC, NOMBRE DADO POR SU SEMEJANZA AL BALIDO DE LA CABRA; SI EL DERRAME ES MUY ABUNDANTE, SE TIENE LA BRONCO-Ecofonia O VOZ DE POLICHINELA, APRECIAMOS TAMBIEN LA PECTORILOQUIA ÁFONA, ES DECIR, AUSCULTAR LA VOZ EN SECRETO LA QUE SE TRASMITE DISTINTA Y CUCHICHEADA; Y POR ÚLTIMO, EL SIGNO DE BACCELLI QUE SEGÚN **EL** DIFERENCIA LA CLASE DE DERRAME, ASÍ TENEMOS QUE ES AGUDO EN LOS SEROFIBRINOSOS, MAL TRASMITIDO EN LOS SANGUINOLENTOS Y PURULENTOS. EL SIGNO DE LA MONEDA DE PITRES QUE CONSISTE EN LA TRASMISIÓN DE UN SONIDO ARGENTINO AL AUSCULTAR LA VOZ EN LA ZONA DEL DERRAME; PARA INVESTIGAR ESTE SIGNO HACEMOS USO DE DOS MONEDAS UNA QUE SE APLICA SOBRE LA PIEL Y LA OTRA QUE NOS SIRVE PARA PERCUTIR, TODO ELLO SE HACE EN LADO OPUESTO AL DERRAME.

LA COMBINACIÓN DE LOS MÉTODOS INSPECCIÓN, PALPACIÓN Y AUSCULTACIÓN, NOS SIRVE PARA DARNOS CUENTA DE LA DESVIACIÓN DE LOS ÓRGANOS DEL MEDIASTINO

Y ASÍ TEMEMOS QUE EL CORAZÓN SE HACE A LA DERECHA (DEXTROCARDIA), EN LOS GRANDES DERRAMES IZQUIERDOS Y VICEBERSA EN EL CASO CONTRARIO,

EXAMEN ROENTGENIANO.—ESTE EXAMEN NOS DA UNA IDEA MÁS COMPLETA DE LA CANTIDAD Y LOCALIZACIÓN DE LOS DERRAMES, CUANDO ESTE ES PEQUEÑO, SE REDUCE A UNA SOMBRA LOCALIZADA EN CUALQUIER PARTE DE LA PLEURA, SI ESTÁ ALOJADA EN EL ÁNGULO CUSTODIA GRAMÁTICO LLENA ESTE SENO Y SE PROYECTA EN FORMA DE LÍNEA ADOSADA A LA PARED COSTAL LATERAL O POSTERIOR Y SE LE LLAMA PLEURITIS LAMINAR, DE DIFÍCIL DIFERENCIACIÓN DE LAS PLEURITIS RESIDUALES INDO~~R~~RADAS. CUANDO EL DERRAME ES ABUNDANTE, LA SOMBRA ES HOMOGÉNEA, OSCURA, Y CUBRE LAS FORMACIONES ÓSEAS Y SE PROYECTA HACIA ARRIBA ALCANZANDO ALTITUDES VARIABLES, SEGÚN LA CANTIDAD DEL DEPRIME; SI NO ES TOTAL, SU LÍMITE SUPERIOR ES SIEMPRE CURVO, MAS ALTO AL NIVEL DE LA AXILA CON UNA PROLONGACIÓN ADOSADA A LA PARED COSTAL Y QUE CUBRE EL MISMO VÉRTICE DEL PULMÓN. TAMBIÉN SE OBSERVAN LA SEPARACIÓN DE LOS ESPACIOS INTERCOSTALES Y LA DESVIACIÓN DEL MEDIAS~~T~~TINO HACIA EL LADO SANO, LOS MOVIMIENTOS DE ASCENSO Y DESCENSO DEL DIAFRAGMA LO QUE DA LUGAR A DIFERENCIAR UN DERRAME PLEURAL DE UNA ATELECTASIA.

EN LOS DERRAMES DE MEDIANO VOLUMEN O EN LOS MAYORES EN VÍA DE REABSORCION, SE DISTINGUEN MUY CLARAMENTE LAS LÍNEAS DE LAS CISURAS, SOBRE TODO EN EL LADO DERECHO.

SI EL DERRAME NO ESTÁ ENQUISTADO Y DANDO MOVIMIENTOS AL ENFERMO, SE OBSERVAN LOS CAMBIOS DE POSICIÓN DEL MISMO Y DE SU CALIDAD, YA QUE LOS RICOS EN FIBRINA SON INMÓVILES Y LOS OTROS EN CAMBIO SON MUY MOVIBLES. AL REBASO EL DERRAME, LO HA HECHO DE ARRIBA ABAJO, VA DEJANDO SOMBRAS DE TRECHO EN TRECHO Y ESPECIALMENTE A NIVEL DE LAS CISURAS Y QUE NO SON MÁS QUE DEPÓSITOS DE FIBRINA.

EL VELO PLEURAL QUE EN CONTRASTE AL PULMÓN SANO LE DA UN ASPECTO O PALIO; EL CASQUETE PLEURAL APICAL EN FORMA DE SOMBRA OSCURA SIGUE EL BORDE INFERIOR DE LA SEGUNDA COSTILLA Y ES DE CONTORNOS FESTONEADOS.

EL BORRAMIENTO DEL ÁNGULO COSTO DIAFRAGMÁTICO (CUALQUIER LADO), ESTÁ OCUPADO POR UNA SOMBRA DE BORDE CÓNCAVO HACIA ARRIBA Y QUE NO SE MODIFICA CON LA RESPIRACIÓN AUN ESPECIALMENTE CON LA RESPIRACIÓN PROFUNDA. LAS LINEAS DE FISURITAS, SON MUY VISIBLES ESPECIALMENTE LA MEDIA DERECHA ANTERIOR, EN LAS PROYECCIONES ANTEROPOSTERIORES PARA LA PRIMERA Y PROYECCIONES OBLICUAS PARA LAS DEMÁS.

EL APLANEAMIENTO DEL DIAFRAGMA QUE SE MANIFIESTA EN FORMA DE CRESTAS

A MANERA DE TIENDAS DE CAMPAÑA O MEJOR COMO ALDEAS DE INDIOS, Y QUE AL PARECER AUMENTA LA CURVADURA MAYOR DEL ESTOMAGO. LAS PLEURESÍAS RESIDUALES EXUDATIVAS DAN ORIGEN A LA ESCLERO-PULMO-PLEURALES Y DAN LUGAR A UNA MARCADA DESVIACIÓN DEL MEDIASTINO HACIA EL LADO ENFERMO, Y DE LA RETRACCIÓN COSTAL DEL MISMO LADO Y ES LO QUE HA DADO LUGAR A LLAMARLAS FIBROTÓRAX POST-PLEURÍTICO, Y NO ES MÁS QUE LA CONSECUENCIA DE LESIONES COMBINADAS DE PULMÓN Y PLEURA. LOS HILIOS PULMONARES ESTÁN ENGROSADOS DEBIDO A LA ADENOPATÍA.

SÍNTOMAS GENERALES

LA PLEURITIS SEROFIBRINOSA ES UNA ENFERMEDAD FEBRIL, AUNQUE EN ALGUNOS CASOS AMBULATORIOS ES COMPLETAMENTE A FEBRIL Y SON OTROS SÍNTOMAS QUE LA EVIDENCIAN. EN LOS CASOS FEBRILES, LA CURVA TÉRMICA PUEDE PRESENTAR ASCENSIONES

BRUSCAS, AUNQUE EN LA MAYORÍA ES DE ASCENSO PAULATINO Y DURA HASTA CINCO DÍAS PARA LLEGAR A SU META CULMINANTE, TAMPOCO ES RELATIVA AL GRADO DE INFECCIÓN, EN MUCHOS CASOS, EL DERRAME APARECE DESPUÉS DE TERMINADA LA FIEBRE, ESTA ÚLTIMA PUEDE SER CONTINUA O SUB-INTRANTE, EN OTROS CASOS, LA TEMPERATURA MAÑANERA ES NORMAL Y REGISTRA ASCENSOS POR LA TARDE O BIEN, PRESENTA UN CUADRO INVERSO SU PERÍODO DE ESTADO ES DE TRES A CUATRO SEMANAS, CON OSCILACIONES DE 37.5 A 40 GDS. O PERMANECE EN FORMA DE FEBRÍCULA EN UN TIEMPO INDEFINIDO.

PULSO.- ES ACELERADO DE ACUERDO CON LA TEMPERATURA Y CUANDO NO HAY RELACIÓN ALGUNA ACUSEMOS AL CORAZÓN COMO RESPONSABLE DE LA VARIACIÓN DEL PULSO YA QUE ESTE SUFRE CON PRESION AL SER DESVIADO EL MEDIASTINO Y SU EVACUACION ES URGENTE, IMPERIOSA Y NECESARIA.

TENSION ARTERIAL.- PUEDE SER NORMAL EN LOS DERRAMES PEQUEÑOS, CUANDO ÉSTE ES MEDIANO O CONSIDERABLE, EL AUMENTO DE LA PRESIÓN ES LA REGLA.

SUDARACION.-LA SUDORACIÓN ES OTRO SÍNTOMA QUE SE HACE PRESENTE DESDE SU PRINCIPIO Y SE CONTINUA HASTA EL PERÍODO DE ESTADO, ES UN SODOR FUERTE, FÉTIDO QUE REPUGNA HASTA AL MISMO ENFERMO.

DIURESIS.- POR LO REGULAR HAY OLÍGURÍA Y SU MICCIÓN ESTÁ DISMINUIDA HASTA EN SUS TRES CUARTAS PARTES DE LO NORMAL.

SINTOMAS FUNCIONALES.- ENTRE ELLOS TENEMOS EL DOLOR QUE ES CONSTANTE, LOCALIZADO ALGUNAS VECES Y DISEMINADO EN OTRAS, PUEDE SER VAGO, GRAVATIVO, OPRESIVO Y HASTA PUEDE PRESENTARSE EN EL LADO SANO, LA INTENSIDAD ES VARIABLE Y HASTA PUEDE IMPEDIR LA EXCURSIÓN RESPIRATORIA Y DAR LUGAR A LA POLIPNEA, PERO EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, ES TAN TENUE QUE SE ASIMILA A OTRAS CAUSAS.

DISNEA-No ES CONSTANTE EN EL PLEURÍTICO Y SU MECANISMO DE PRODUCCIÓN, A LOS MISMOS ROSES PLEURALES Y QUE PARA EVITARLOS EL ENFERMO LIMITA SU RESPIRACIÓN QUE SE VUELVE SUPERFICIAL, COMPROMETIENDO EL PULMÓN SANO; OTRA DE LAS CAUSAS DE LA DISNEA ES LA PRESENCIA DEL DERRAME QUE REDUCE LA CAPACIDAD RESPIRATORIA DE UNO DE LOS DOS PULMONES O AMBOS A LA VEZ, Y POR OTRO LADO, LAS ADHERENCIAS ESPECIALMENTE LAS MEDIASTINICAS QUE ENTORPECEN LA FUNCIÓN CARDÍACA Y DE LOS GRANDES VASOS QUE DIFICULTAN LA HEMATÓSIS.

TOS..- ES MUY FRECUENTE EN EL PLEURITICO, ES SECA, PENOSA, NO PRODUCTIVA Y SU PERSISTENCIA INDICA COMPLICIDAD PULMONAR Y BROMQUIAL.

DESVIACION DEL MEDIASTINO.- NO ES DEBIDO A LA TENSIÓN Y PESO DE EL DERRAME SOBRE EL MEDIASTINO, TAMBIEN INFLUYE EL DESEQUILIBRIO DE PRESIONES ENTRE EL LADO ENFERMO Y EL SANO; EXPLICÁNDOME, NORMALMENTE LA PRESIÓN DE LAS CAVIDADES PLEURALES ES SIEMPRE NEGATIVA, PERO CUANDO EN UN LADO SE REDUCE O SE VUELVE POSITIVA HAY DESVIACIÓN HACIA EL LADO SANO.

TRASTORNOS DEL APARATO CIRCULATORIO.- Los TRASTORNOS DE EL APARATO CIRCULATORIO SE REDUCEN A TAQUICARDIA, HIPERTENSION O HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIFICULTAD EN LA CIRCULACIÓN DE RETORNO, CUANDO EL DERRAME ES DERECHO Y SE EXPLICA POR LA PRESIÓN EJERCIDA SOBRE LA VENA CAVA INFERIOR POR SU PASO TENDINOSO DIAFRAGMÁTICO Y QUE TRAE COMO CAUSA EL EDEMA.

CUADRO HEMATICO.- EL EXAMEN DE LA SANGRE NO OFRECE ALTERACIÓN MORFOLÓGICA, PERO SE OBSERVA UNA LEUCOCITOSIS CON PREDOMINIO DE POLINUCLEARES. DISMINUCIÓN DE LOS EOSINÓFILOS, ESTO ES EN SU FACE AGUDA Y QUE CAMBIA EN EL PERÍODO DE LA EFERVECENCIA, CON AUMENTO DE LOS EOSINÓFILOS Y MONONUCLEARES Y LEUCOPENIA CARACTERÍSTICA.

ERITROSEDIMENTACION.- DE GRAN VALOR EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PLEURITIS Y DEMÁS LESIONES TUBERCULOSAS, SUS VALORES SE ELEVAN BRUSCAMENTE EN EL PERÍODO AGUDO, PARA DESCENDER DURANTE LA INVOLUCIÓN; EN CASO DE PERSISTENCIA O AUMENTO DE EL DERRAME, DENOTA UN AUMENTO O ESTACIONAMIENTO DE EL NIVEL DE ERITROSEDIMENTACION.

URICEMIA.- EN LA PLEURITIS Y DEMÁS LESIONES TUBERCULOSAS DE EL PULMÓN LO MISMO EN CASO DE CÁNCER PULMONAR, SU VALOR SUBE HASTA 4 GRAMOS POR 100 DE ORINA, EN LOS DEMÁS ESTADOS PATOLÓGICOS PULMONARES ES NORMAL.

EVOLUCION.- TERMINAR LA INFLAMACIÓN DE LA PLEURA Y LA REABSORCIÓN DEL DERRAME, DESAPARECEN LOS SIGNOS GENERALES, LA FIEBRE DESAPARECE LENTA E IMPERSISTIBLEMENTE (LISIS PROLONGADA) LA SUDORACIÓN CONTINÚA INDEFINIDAMENTE, LA POLIUREA ES LA REGLA, EN OTROS CASOS, LA MUTABILIDAD DE LOS SÍNTOMAS

SE HACE EVIDENTE, AUNQUE LAS TEMPERATURAS NO LLEGAN A LAS INICIALES, PUEDEN TENER ESCENSOS Y SER INDICIOS DE RECAÍDAS O LA TRANSFORMACIÓN DEL DERRAME DE SERO-FIBRINOSO A PURULENTO; EN CASO CONTRARIO, LA MATIDEZ DESAPARECE, EL MURMULLO VESICULAR REAPARECE, EN ALGUNOS CASOS LA RESOLUCIÓN ES TAN COMPLETA QUE, EN EXÁMENES ULTERIORES NO SE ENCUENTRAN RASTROS DE PLEURITIS.

OTRAS MODALIDADES DE RESOLUCIÓN, NO FRECUENTES, TAMPOCO RARAS SON LA PERSISTENCIA DE LAS FEBRÍCULAS, LA ASTENIA, LA ANOREXIA, EL ENFERMO SE VUELVE PÁLIDO Y DE MAL CARÁCTER, SU GENIO SE HACE VIOLENTO CON FACILIDAD, SE AQUEJA DE DOLORES VAGOS Y MAL DEFINIDOS, LE FALTA EL SUEÑO EN FÍN UN CÚMULO DE SIGNOS FÍSICOS QUE A VECES NO SON OBRA MAS QUE DE LA SIMULACIÓN, Y QUE NOSOTROS LO INTERPRETAMOS COMO PERÍODO POST-PLEURITICO LATENTE Ó BIEN PUEDE SER INDICIO DE TUBERCULOSIS EN EL OTRO PULMÓN, PLEURA O CUALQUIER OTRO ÓRGANO DEL CUERPO.

Si LA PLEURESÍA SERO-FIBRINOSA NO SE TRATA, EL DERRAME PUEDE DESAPARECER DEJANDO EN SU LUGAR LAS SECUELAS PLEURALES, LAS ADHERENCIAS QUE SON MAS ABUNDANTES EN LA BASE Y QUE SÍ NO SE INTERVIENEN QUIRÚRGICAMENTE, SERAN MOTIVO DE DIFICULTAD EN LA EXCURSIÓN RESPIRATORIA YA QUE EL DIAFRAGMA SE VE COMPROMETIDO Y NO EJECUTA SU TRABAJO A CABALIDAD, LA ACTELECTASIA Y LA DESVIACIÓN DEL MEDIASTINO ES LA REGLA Y LAS ENFERMEDADES CARDIO-VASCULARES SU TERMINACIÓN, LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA PARENQUIMATOSA SIGUE SU CURSO COMO UNA ENTIDAD CLINICA AGREGADA,

LAS DEFORMACIONES DEL TÓRAX NO SON UNA RAREZA, LA ESCOLIOSIS Y LA SIFOSIS, HALLAN EN ESTOS PLEURO-TUBERCULOSOS UN MEDIO PROPICIADAMENTE APTO PARA INSTAURARSE.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CLINICO.-. EN LA PRACTICA CORRIENTE, ES MUY FÁCIL EL DIAGNÓSTICO DE LAS PLEURESIAS, MÁXIME SI SE PRESENTAN CON TODOS LOS SÍNTOMAS ENUMERADOS ANTERIORMENTE O CON GRAN PARTE DE ELLOS Y LO UNICO DIFICULTOSO ES, ESTABLECER LA CALIDAD DEL DERRAME PLEURAL, EN ESTE CASO, PROCEDEMOS A LA TORACENTESIS EXPLORADORA QUE ADEMAS DE SER INÓCUA, NOS DA **FE** DE LA CALIDAD DE EL DERRAME, DE SU ETIOLOGÍA AL BUSCAR EL AGENTE CAUSAL Y VIENE EN NUESTRO AUXILIO EL EXAMEN MICROSCÓPICO, EL CULTIVO EN MEDIOS PROPICIOS Y POR ÚLTIMO LA INOCULACIÓN A ANIMALES DE LABORATORIO.

LAS ENFERMEDADES QUE HAY QUE TOMAR EN CUENTA PARA DIFERENCIAR LAS PLEURESÍAS SON LAS NEURALGIAS INTERCOSTALES, EL HERPES ZOSTER, CON LA DERMITIS DE LAS FIEBRES ERUPTIVAS, CON LOS PROCESOS ABDOMINALES ALTOS COMO LA PERITONITIS CIRCUNSCRITA INFRA DIAFRAGMÁTICA, CON LAS ENFERMEDADES DE LAS VÍAS BILIARES, CON LOS PROCESOS ESPLÉNICOS, CON LOS ABCESOS SUB-FRENICOS, CON LAS HERNIAS

DIAFRAGMÁTICAS, CON LA ESPLENONEUMONÍA DE GRAUCHER, LA NEUMONÍA CON UN NEUMOTORAX EXPONTANEO ETC. LA INVESTIGACIÓN ROENTGENIANA PRESTA EL DECIDIDO MEDIO PARA REAFIRMAR EL DIAGNÓSTICO DE PLEURESÍA.

LAS IMÁGENES ROENTGENIANAS QUE PUEDEN INDUCIR A SOSPECHAR UNA PLEURITIS SERO-FIBRINOSA SON: LAS INFILTRACIONES PULMONARES YA SEAN GRANDES O MEDIANAS, EL FIBROTORAX EXTENSO, UN ABCESO NO ABIERTO EN LA ZONA SUB-CORTICAL, EL HIDROTORAX, EL HIDRO-NEUMOTORAX, EL HEMO-NEUMOTORAX, EL QUISTE HEMÁTICO DE SERGENT Y PREVOT, LA PERICARDITIS CON DERRAME BIEN PUEDE SIMULAR UNA PLEURITIS BASAL IZQUIERDA, LOS TUMORES PRIMITIVOS DE LA PLEURA AUNQUE ÉSTE SIEMPRE DA LUGAR HA DERRAME SERO-PLEURITICO LOS QUISTES HIDATÍDICOS DE LA PLEURA Y DE EL MISMO PULMÓN EN SU PARTE BASAL, LA ATELECTASIA PULMONAR, LA BRONQUIECTASIA Y EN FÍN TODAS LAS NEOPLACIAS PLEURO-PULMONARES.

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO.-.UNA VEZ SENTADO EL DIAGNÓSTICO DE PLEURITIS.

SERO-FIBRINOSA, SOLO NOS QUEDA DIFERENCIARLAS DE LAS DEMÁS ENTIDADES CLÍNICAS QUE DAN ORIGEN A DERRAMES Y SON LAS SIGUIENTES:

- A) , -PROCESOS INFECCIOSOS..... TUBERCULOSIS PULMONAR Y REUMATISMO.
- B) .-PROCESOS INFECCIOSOS EXTRA PULMONARES DE ÓRGANOS VECINOS QUE AFECTAN AQUELLA Y QUE SON LAS LLAMADAS PLEURITIS SATÉLITES O POR PROPAGACIÓN,
- C) . -PLEURITIS SECUNDARIAS A TUMORES ENDOTELIOMAS, CARCINOMAS Y SARCOMAS.
- Ch) .-PLEURITIS TOXICAS EN LA INSUFICIENCIA RENAL (NEFRITIS Y NEFROSIS).
- D) .-PLEURITIS LEUCÉMICA O LINFOGRANULOMATOSA.
- E) .-PLEURITIS POR INFARTO PULMONAR.
- F) , -PLEURITIS POR TRAUMATISMOS TORÁXICOS.

UNA VEZ ESTABLECIDO EL DIAGNÓSTICO CAUSAL DEL PROCESO PLEURAL, PROCEDEMOS A LA PUNCIÓN (TORACENTESIS) EL QUE PROPORCIONA DATOS CIERTOS Y DECIDE EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO,

EL LÍQUIDO OBTENIDO PUEDE OFRECER LOS SIGUIENTES ASPECTOS. SERO-FIBRINOSO DE PESO ESPECÍFICO INFERIOR A 1.015, ALBÚMINA INFERIOR AL 3%, ABUNDANTES POLINUCLEARES Y SALES MINERALES.

ESTOS CARACTERES DEL LÍQUIDO LO DAN LAS PLEURITIS DE ORIGEN CARDIACO Y LAS REUMÁTICAS, PERO EN AMBOS CASOS DAN SÍNTOMAS PROPIOS PARA CADA UNA DE ESTAS ENFERMEDADES.

SEROSO QUE PUEDE SER LA CONSECUENCIA DE UN ENDOTELIOMA PLEURAL, QUE MUY LUEGO SE VUELVE SANGUINOLENTO Y QUE LA EVOLUCIÓN SE ENCARGA DE ESTABLECER EL

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. CUANDO EL DERRAME ES FRANCAMENTE SANGUINOLENTO SON DOS LAS ENTIDADES CLÍNICAS PARA TOMARLAS EN CUENTA Y SON, LAS NEOPLASIAS MALIGNAS Y LA TUBERCULOSIS PLEURAL Y MUY RARAMENTE EN UNA LEUCEMIA, UNA DIÁTESIS HEMORRÁGICA, UNA ENFERMEDAD CARENCIAL COMO LA PLEURESÍA HEMORRAGICA DE EL ESCORBUTO Y POR ÚLTIMO SE HA PRESENTADO EN LA FIEBRE TIFOIDEA.

DERRAME PUROLENTO. MuY FLUÍDO, ES PROPIO DE LA GRIPE, DE CURSO RÁPIDO Y MUY RICO EN CONTENIDO MICROBIANO.

PUROLENTO FRANCO. ES MUY ESPESO, SECUNDARIO A UN PROCESO AGUDO PULMONAR, COMO EN UNA NEUMONÍA, UN ABCESO, UNA SEPTICEMIA, CASO MUY RARO POR EL USO Y ABUSO DE LOS ANTIBIÓTICOS Y SULFAMÍDICOS.

DERRAME QUILOSO.-QUE DEPENDE DE LESIONES DEL CONDUCTO TORÁCICO YA POR HERIDAS, TRAUMATISMOS DEL PECHO, POR TUBERCULOSIS DE ESTE CONDUCTO, POR LINFANGITIS PERFORANTE, POR ANEURISMA DE EL MISMO CONDUCTO, OBSTRUCCIONES DE CAUSA INTRÍNICA O EXTRÍNICA COMO SER LOS GRANULOMAS, CARCINOMAS, LINFOSARCOMAS, ADENITIS DE CUALQUIER NATURALEZA, POR EXPLORACIONES ESPONTANEAS O CRIPTOGÉNICAS.

TRATAMIENTO.

UNA VEZ ESTABLECIDO EL DIAGNÓSTICO DE PLEURESÍA TUBERCULOSA, SE PROCEDE A SU TRATAMIENTO SIN DESATENDER EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE. EL REPOSO ABSOLUTO QUE DEBE SUPERAR A LA REMISIÓN DE LOS SÍNTOMAS, DEBE SER EN UN AMBIENTE VENTILADO, SIN ENFRIAMIENTO, SIN CORRIENTES DE AIRE, LA ALIMENTACIÓN DEBE SER ABUNDANTE, SI NO HAY APETITO, COSA FRECUENTE EN ESTOS ENFERMOS, HAY QUE ESTIMULARLO, PRESCRIBIR GIMNASIA RESPIRATORIA PARA EVITAR LAS ADHERENCIAS O SINÉQUIAS, CALMAR LA FIEBRE, LAS NAUSIAS, LOS VÓMITOS EN FIN UN SIN NÚMERO. DE MOLESTIAS QUE HACEN MAS DRAMÁTICO EL CUADRO DE LOS PLEURO-TUBERCULOSOS. LA CREOGENINA, EL CANFORATO DE PIRAMIDÓN, EL ÁCIDO SALICÍLICO Y OTROS, PERO CUANDO SE TRATA DE PLEURÍTICOS CON GRANDES DERRAMES, EL TRATAMIENTO SELECTIVO DEBE SER LA NEUMOTORACENTESIS DE LA QUE HABLAREMOS EN OTRA PARTE.

TRATAMIENTO DE LOS DISNEICOS -. LA DISNEA PUEDE SER DE ORIGEN MIXTO RESPIRATOR -CIRCULATORIO, HAY QUE ADMINISTRAR ESTIMULANTES ANALÉPTICOS Y DIGITÁLICOS AL MISMO TIEMPO QUE SE AVACÚA EL DERRAME, SI ESTE ES MEDIANO O ABUNDANTE.

PARA EL DOLOR. QUE PUEDE SER PUNGITIVO, SE ADMINISTRA EL CALOR LOCAL, LOS ANALGÉSICOS, LAS INFILTRACIONES LOCALES CON NOVOCAINA, LOS OPIACIOS Y MAS QUE TODO LA TORACENTESIS EVACUADORA. LA TOS. - SE TRATA CON SEDANTES TUSÍGENOS, JARABES, EXPECTORANTES Y MODIFICADORES DE LAS SECRECIONES BRONQUIALES.

LA DIURESIS. - HAY QUE ACTIVARLA ADMINISTRANDO DIURÉTICOS YA QUE ESTA FAVORESE

LA REABSORCIÓN EN EL PERÍODO DE LA REMISIÓN. ANTERIORMENTE, SE USABA LA DIURETINA Y LA TEOBROMINA, EN LA ACTUALIDAD HAY MUCHOS PRODUCTOS COMERCIALES QUE FAVORECEN LA DIURESIS,

TRATAMIENTO LOCAL.-LOS DOS TRATAMIENTOS LOCALES RECOMENDADOS EN ESTOS CASOS SON LA TORACENTESIS Y LA NEUMO-TORACENTESIS, LA PRIMERA, SEGÚN LOS CLÁSICOS ES URGENTE Y TIENE LA VENTAJA DE SUAVIZAR LOS SÍNTOMAS ENUMERADOS MAS ARRIBA.

CUANDO ESTOS SÍNTOMAS SON SOPORTABLES Y DE DERRAME ESCASO, ACONSEJAN LA NEUMO-TORACENTESIS, AUNQUE ALGUNOS SE OPONEN A ELLA ADUCIENDO LAS RAZONES SIGUIENTES:

A) -.QUE EL DERRAME ES UNA REACCIÓN FAVORABLE AL ORGANISMO.

B) -.QUE EL DERRAME POSEE PROPIEDADES INMUNIZANTES QUE EL ORGANISMO APROVECHA DURANTE LA REABSORCIÓN.

C) QUE LA PRESENCIA DEL DERRAME SOMETE A REPOSO EL PULMÓN CORRESPONDIENTE.

LAS INDICACIONES SEGÚN DIEULAFAY, LA TORACENTESIS DEBE PRACTICARSE SIN ESPERAR QUE LOS SÍNTOMAS FUNCIONALES ADQUIERAN GRAN INTENSIDAD, ESTO QUIERE DECIR QUE NO HAY QUE COMPROMETER LA SUERTE DEL PACIENTE, CON ELLO SE CORRIGE LA CIANOSIS, LA DISNEA, LA TAQUICARDIA Y MÁS QUE TODO LA DESVIACIÓN DEL MEDIÁSTINO.

LA TÉCNICA A SEGUIR ES LA MISMA QUE UNA PUNCIÓN EXPLORADORA, RECOMIENDA EMPLEAR AGUJAS GRUESAS PARA FACILITAR LA SALIDA DEL DERRAME EMPLEANDO SI SE PUEDE UN ASPIRADOR DE POTAN.

FORLANINI, EN 1902 DENOMINÓ NEUMO-TORACENTESIS AL TRATAMIENTO PROPUESTO PARA LA PLEURITIS SERO-FIBRINOSA Y CONSISTE EN LA EVACUACIÓN DEL DERRAME PLEURAL Y LA INYECCIÓN A CONTINUACIÓN DE AIRE EN LA CAVIDAD PLEURAL. SU OBJETIVO ES COLOCAR EL PULMÓN Y PLAUROS EN CONDICIONES ÓPTIMAS PARA SU RESTABLECIMIENTO ANATOMOFUNCIONAL Y QUE ESTE TRATAMIENTO TIENE SUS DEFENSORES Y SUS ADVERSARIOS A SABER.

A).-LOS QUE LO ADVERSAN ALUDEN QUE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON EL SERO-NEUMOTORAX, NO SUPERARAN LOS QUE PROPORCIONA LA RESORCIÓN ESPONTANEA.

B).-QUE NO ES INDIFERENTE PARA LA PLEURA SUFRIR REPETIDAS PUNCIONES.

C).-QUE LA EXUDACIÓN DE LA PLEURA, NO APRESURA SU CESACIÓN, LO CUAL SE CONSEGUIE MÁS TARDIAMENTE EN LOS CASOS DE RESORCIÓN ESPONTANEA.

CH).-QUE SIEMPRE ENTRAÑA EL PELIGRO DE LA INFECCIÓN.

EN CAMBIO, LOS DEFENSORES ADUCEN LOS SIGUIENTES ARGUMENTOS:

SE LOGRA LA RESORCIÓN DEL DERRAME CON SU ELIMINACIÓN, EVITANDO CON ELLO

GRAN NÚMERO DE SÍNTOMAS FUNCIONALES QUE OCASIONA EL DERRAME.

B), -DETERMINA UN RÉGIMEN TENSIONAL NEGATIVO EN LA CAVIDAD PLEURAL FAVORABLE A LA RESORCIÓN DEL DERRAME.

C) .-EVITA LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS Y SEQUIAS POR LA INTERPOSICIÓN DE AIRE, DE LA DISMINUCIÓN DE FIBRINA QUE SE EXTRAE CON EL DERRAME EVACUADO,

CH) .-QUE EL PULMÓN QUEDA EN CONDICIONES PROPICIAS PARA SU EXPLORACIÓN ROENTGENIANA, DESCUBRIÉNDOSE NO EN POCAS VECES LESIONES INCIPIENTES QUE SON LAS QUE DETERMINAN EL DERRAME.

D),-INMÓVILIZA EL PULMÓN EN CASO DE LESIÓN Y LO DEJA APTO PARA LAS SIGUIENTES NEUMO-TORACENTESIS.

INDUDABLEMENTE ,QUE EL NEUMA-TORACENTESIS APLICADO TÉCNICAMENTE, CONSTITUYE EL MÉTODO DE ELECCIÓN, SUS EFECTOS SON RÁPIDOS, LOS SIGNOS DÍSTICOS NO VAN MÁS ALLÁ DE LO MODERADO, LA TEMPERATURA NO EXCEDE DE LOS 39 GDS,CESAN LA TOS Y LOS DOLORS Y EL ENFERMO SE DESINTOXICA.

EL TRATAMIENTO QUIMOPOTERÁPICO ESPECÍFICO SE HACE EN CAPÍTULO APARTE.

PLEURITIS HEMORRÁGICA TUBERCULOSA.

SE LLAMA PLEURITIS HEMORRÁGICA A LA ENTIDAD CLÍNICA QUE SE PRESENTA EN FORMA DE EXUDADO HEMORRÁGICO EN LA CAVIDAD PLEURAL YA SEA QUE SE PRESENTE SIN CAUSA MANIFIESTA COMO ES LA CONSECUTIVA A LA TUBERCULOSIS PULMONAR AGUDA, SUB-AGUDA O CRÓNICA.

PATOGENIA.-LA PLEURITIS HEMORRÁGICA PRIMITIVA TUBERCULOSA, ES IDÉNTICA A LA PLEURITIS SERO-FÍBRINOSA EN SU MANERA DE PRODUCIRSE Y DIFIERE DE ELLA. EN QUE EL DERRAME CONTIENE GRAN NÚMERO DE HEMATÍES, QUE LE DA COLOR Y ASPECTO HEMORRÁGICO Y QUE SE ORIGINA EN LA PLEURA, POR SU INTENSA CONGESTIÓN LA QUE PERMITE LA DIAPÉDESIS DE LA SANGRE, OTRAS CAUSAS QUE NO SON REMOTAS PARA SU PRODUCCIÓN SON LAS NEO FORMACIONES MUY VASCULARIZADAS Y QUE PROVIENEN DE LA FORMACIÓN DE FALSAS MEMBRANAS EN LOS PROCESOS INFLAMATORIOS PLEURALES Y QUE AL ROMPERSE, DAN ORIGEN AL DERRAME SERO-HEMORRÁGICO.

OTRO MEDIO FACTIBLE DE SU PRODUCCIÓN ES LA LESIÓN CORTICO PLEURAL DE ORIGEN TUBERCULOSO EN ESTE CASO, SE LES LLAMA SECUNDARIAS POR PROVENIR DE ROTURAS VASCULARES PARENQUIMATOSAS POR EFECTO DE LA NECROSIS DEL TEJIDO PULMONAR Y SUS VASOS AFINES O POR LA DEGENERACIÓN HIALINA DE LOS MISMOS,

SINTOMATOLOGIA.

EL CUADRO SINTOMÁTICO ES IGUAL AL DE LA PLEURITIS SERO-FIBRINOSA Y SU CONFIRMACIÓN SE HACE POR MEDIO DE .LA PUNCIÓN EXPLORADORA , ALGUNAS SON DESDE

SU PRINCIPIO HEMORRÁGICAS Y SON LAS LLAMADAS PRIMITIVAS, OTRAS EN CAMBIO EN SU PRINCIPIO FUERON SERO-FIBROSAS, HEMORRÁGICAS DESPUÉS Y HASTA PURULENTAS EN MUCHOS CASOS, POCO FRECUENTE EN LAS PRIMITIVAS, MAS COMUNES EN LAS SECUNDARIAS, TAL TRANSFORMACIÓN LA EVIDENCIAMOS CON LA ABUNDANCIA DE POLINUCLEARES AL PRACTICAR UNA PUNCIÓN EVACUADORA Y ANALIZAR SU CONTENIDO. LAS PLEURITIS HEMORRÁGICAS SECUNDARIAS SON MÁS FRECUENTES EN CASO DE TUBERCULOSIS GRANÚLICA, BRONCO-NEUMÓNICAS Y NEUMÓNICA PROPIAMENTE DICHO.

SI EL DERRAME ES ABUNDANTE, ASISTIMOS A UN CUADRO AGUDO PULMONAR CON SU CORTEJO DE SÍGNOS ALARMANTES Y QUE NOS DAN LA IDEA DEL PROCESO INFECCIOSO SUPER-AGUDO.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- SON MUCHOS LOS PROCESOS PATOLÓGICOS QUE DAN CUADROS SIMILARES, ENTRE ELLOS TENEMOS LAS NEOPLASIAS BRONCO-PULMONARES YA SEAN PRIMITIVAS O METASTÁSICAS ESPECIALMENTE LA DE LA MAMA EN LA MUJER, LOS PROCESOS INFECCIOSOS EXTRA PLEURALES PROPAGADOS POR VECINDAD Y QUE SON LAS LLAMADAS PLEURITIS SATÉLITES, LOS PROCESOS TÓXICOS DE ORIGEN RENAL, LAS PLEURITIS DE LOS INFARTOS PULMONARES Y POR ÚLTIMO LAS PLEURITIS HEMORRÁGICAS DE LOS TRAUMATIZADOS, TAN FRECUENTES HOY EN DIA CON OCASIÓN DE ASISTIR A UNA ERA COMPLETAMENTE INDUSTRIAL.

EXAMEN CITOLÓGICO.- EL EXAMEN DEL SEDIMENTO INTRA-PLEURAL PARA INVESTIGAR EL BACILO DE KOCH, POR LO REGULAR ES POSITIVO, EN CASO CONTRARIO, TENEMOS COMO AUXILIARES LOS CULTIVOS Y LAS INOCULACIONES A LOS ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN; UNA VEZ AGOTADOS ESTOS MEDIOS Y REPETIDOS EN SERIE, NO ENCONTRAMOS EL BACILO, LAS CAUSAS SERÁN OTRAS LO MISMO QUE SU TRATAMIENTO.

TRATAMIENTO. EL TRATAMIENTO DE LAS PLEURITIS HEMORRÁGICAS, ES EL MISMO QUE EL DE LAS SERO-FIBROSAS, TRATAR DE ALIVIAR Y CON ESPECIAL LOS MAS MOLESTOS SÍNTOMAS, ES NUESTRO PRIMER OBJETIVO, LOS MEDIOS PALIATIVOS DE QUE NOS VALEMOS, SU TRATAMIENTO ESPECÍFICO SERÁ CAPITULO APARTE YA QUE ESTE ES OTRO PUNTO DE TESIS.

PLEURITIS PURULENTA O Empiema TUBERCULOSO.

LA PLEURITIS EMPIEMATOSA O PURULENTA, ES LA INFLAMACIÓN DE LA PLEURA QUE DETERMINA UNA COLECCIÓN DE PUS EN LA CAVIDAD PLEURAL Y CUYO AGENTE PATÓGENO ES EL BACILO DE KOCH. PUEDE SER PRIMITIVA O BIEN SECUNDARIA A UN FOCO PULMONAR SUBYACENTE, SON MUY FRECUENTES Y POR LO REGULAR DEJAN SECUELAS IRREPARABLES AUN CON LA MEJOR ASISTENCIA.

PATOGENIA.- EL EMPIEMA TUBERCULOSO DE LA PLEURA PUEDE PRODUCIRSE POR DIFERENTES MECANISMOS, A SABER:

A).-POR EL DESAROLLO APARENTEMENTE PRIMITIVO EN LA PLEURA Y CONSECUTIVO A LA RESEMINACIÓN BACILEMICA .

B).-POR INFECCIÓN PLEURAL DE FOCOS SUB-CORTICALES PULMONARES ,LINFÁTICOS , ÓSEOS Y DE OTROS ÓRGANOS PROPAGADOS POR CONTIGUIDAD .

c) , -POR FISTULACIÓN DE UN FOCO CASEOSO PULMONAR, TIPO PERFORACIÓN PLEURO PULMONAR PERSISTENTE O TRANSITORIO , ES DECIR QUE TODO EMPLEMA TUBERCULOSO SUPONE UNA PERFORACIÓN PLEURO-PULMONAR A TRAVEZ DE UN FOCO .

CH) .-TRANSFORMACIÓN DE UNA PLEURITIS SERO-FIBRINOSA EN PURULENTO O BIEN POR LA IMPLANTACIÓN DE UN EMPLEMA PARANEUMOTÓRICO .

ANATOMIA PATOLÓGICA. -EL EMPLEMA PUEDE SER LIBRE O ENQUISTADO, ESTE ÚLTIMO, PUEDE TENER SU ASIENTO A CUALQUIER ALTURA DE LA CAVIDAD PLEURAL, CISTAS, MEDIASTINO O EN EL DIAFRAGMA, SIEMPRE SE TRATA DE UNA BOLSA PURULENTO YA EN

UNO U OTRO DE LOS PARIETES O EN LOS DOS JUNTOS A LA VEZ; LA SEROSA PLEURAL ESTÁ EDEMATOSA, CONGESTIONADA, RECUBIERTA DE FIBRINA Y DE GRANDES REGUEROS DE PUS QUE EN SU PARTE MÁS DECLIVE TOMA UN COLOR AMARILLO-VERDOSO, ABUNDANTE EN LINFOCITOS, GRANULOCITOS, MONOCITOS Y POCITOS, EN UN MEDIO FRANCAMENTE ÁCIDO EN SU PRINCIPIO, MAS TARDE NEUTRO Y FRANCAMENTE ALCALINO EN SU DECLINACIÓN, ENTRE MAS GRAVE ES EL EMPLEMA, LA ACIDEZ ES MAYOR.

AL EXAMEN MICROSCÓPICO SE NOTA ABUNDANTE DESCAMACIÓN DEL EPITELIO Y EN SU LUGAR COPOS DE FIBRINA RETENIENDO EN SU INTERIOR ELEMENTOS CELULARES COMO POLINUCLEARES, LINFOCITOS, CÉLULAS GIGANTES Y GRANULOCITOS . LA CAPA DE FIBRINA COLÁGENA ESTA EDEMATOSA , SUS FIBRAS DISOCIADAS, LA MEMBRANA BASAL ELÁSTICA ESTA LESIONADA Y LA SUB-SEROSA RICA EN TEJIDO DE NEO-FORMACIÓN , CON ABUNDANCIA DE VASOS SANGUÍNEOS Y ELEMENTOS CONECTIVOS QUE AL FINAL SON LOS RESPONSABLES DE LAS ADHERENCIAS Y SÍNFISIS,

LAS LESIONES DESCRITAS SE PUEDEN PRESENTAR EN DOS FORMAS, LA PRIMERA ES LA GRANULIA PLEURAL COMO COPARTÍCIPE DE LA GRANULIA GENERALIZADA Y SE MANIFIESTA EN FORMA DE FOLÍCULOS TUBERCULOSOS SITUADOS EN LA SUB-SEROSA, DE COLOR GRIS UNOS Y OTROS TRANSPARENTES, RODEADOS DE UNA CAPA DE FIBRINA QUE LUEGO SE PRECIPITA DANDO LUGAR AL EXUDADO, PARA CONVERTIRSE EN EMPLEMA MAS TARDE.

LA OTRA VARIEDAD, ES LA TUBERCULOSIS NODULAR DE LA PLEURA, CONSECUTIVA A FOCOS EVOLUTIVOS TUBERCULOSOS EN EL PULMÓN, SU PRESENCIA ES FRECUENTE Y SE DEVELA POR LA SÍNFISIS LAS QUE NO SON MAS QUE FORMACIONES CONJUNTIVAS SALPICADAS DE NUDULOS TUBERCULOSOS TÍPICOS.

CLASIFICACION. -LA CLASIFICACIÓN DE LOS EMPLEMAS SEGÚN LA ESCUELA FRANCESA ES LA SIGUIENTE:

A).-EL ABCESO FRÍO PLEURAL LLAMADO TAMBIÉN TUBERCULOSIS PLEURAL CASEOSA, SIN LA PARTICIPACIÓN DE LA PATOLOGÍA PULMONAR EVIDENTE,

B).-La Pleuritis SUPURADA, SECUNDARIA LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y QUE SE FRAGUA CAMINO HACIA LA CAVIDAD PLEURAL.

C).-LA PLEURITIS SUPURADA TUBERCULOSA, INFECTADA SECUNDARIAMENTE POR OTROS GÉRMENES (EMPIEMA POLIMICROBIANO).

SINTOMATOLOGIA,

COMO DIJIMOS ANTERIORMENTE, LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL EMPIEMA SON:EL EXUDADO PURULENTO DE LA CAVIDAD PLEURAL, LAS LESIONES SUB-YACENTES DE LA MISMA Y LAS FÍSTULAS PLEURA-PULMONARES EN CASO DE PERFORACIÓN.

EXUDADO.-EL EXUDADO ESTÁ COMPUESTO POR ELEMENTOS DEL PLASMA SANGUÍNEO, ABUNDANTE EN PROTEINAS, SERINAS, GLOBULINAS, FIBRINOGLBULINAS, FIBRINÓGENO, ELEMENTOS CELULARES ENTRE ELLOS, LOS POLINUCLEARES QUE AL DEGENERAR DAN LUGAR A LOS piécitos. TODOS ESTOS ELEMENTOS SE TRANSFORMAN AUTOLÍTICAMENTE Y SI ESTE MECANISMO ES MUY AMPLIO, EL DERRAME SE FLUIDIFICA Y ACLARA. SI ESTE DERRAME NO COMUNICA CON LESIONES TUBERCULOSAS PULMONARES, EVOLUCIONA COMO UN DERRAME SERO-FIBRINOSO, HAY HIPOFONESIS, ABOLICIÓN DE LAS VIBRACIONES VOCALES, SOPLO TUBO-PLEURAL, POCA FIEBRE, TOS, DISEASUDORACIONES PROFUSAS, TAQUICARDIAS ORIGINADAS POR LA DESVIACIÓN DEL MEDIASTINO, ANOREXIAS, DOLOR EN EL HENI-TORAX AFECTO, EN FIN SIEMPRE SERÁN LOS MISMOS SÍNTOMAS QUE PRODUCE LA PLEURITIS SE-RO-FIBRINOSA Y SU GRAVEDAD E INTENSIDAD ESTA EN RELACIÓN CON LA CANTIDAD DE EL EMPIEMA, DE LAS ASOCIACIONES MICROBIANAS Y EL LUGAR DE IMPLANTACIÓN.

CUANDO ESTOS EMPIEMAS COMUNICAN CON EL PULMÓN POR RUPTURA DE LA PLEURA, DA LUGAR A OTRA ENTIDAD CLÍNICA Y QUE DESCRIBIMOS A CONTINUACIÓN.

SU TRATAMIENTO ES EL MISMO QUE EL DE LAS ANTERIORES Y LO DESCRIBO EN OTRO LUGAR.

PERFORACIÓN O FÍSTULA PLEUROPULMONAR.

COMO SU NOMBRE LO INDICA, LA PERFORACIÓN PLEURA-PULMONAR CONSISTE EN LA COMUNICACIÓN ENTRE LA CAVIDAD PLEURAL Y LAS CAVIDADES ALVEOLARES DEL PULMÓN QUE FRAGUÁNDOSE VÍA ENTRE LOS ELEMENTOS MÍSTICOS QUE A SU PASO ENCUENTRA.

EJ. 10 LQ.G. LA. -LAS CAUSAS DE LA PERFORACIÓN ALUDIDA, PUEDEN SER ARTIFICIALES, ESPONTANEAS O PATOLÓGICAS LAS PRIMERAS PUEDEN SER OBRA DE LAS MANIOBRAS EXPLORADORAS O TERAPÉUTICAS COMO EN EL CASO DE LA ASPIRACIÓN DE UN EXUDADO, POR LA APLICACIÓN DE UN NEUMOTIRA X, POR LA RUPTURA DE ADHERENCIAS PLEURALES, Y EN EL CASO DE SER EXPONTANEO, TENEMOS COMO TIPO, EL NEUMOTORAX EXPONTANEO,

TAN COMÚN EN ESTOS CASOS CUANDO LAS LESIONES CAVERNOSAS ASIENTAN EN LA PERIFERIA DEL PULMÓN,

PATOGENIA,

PARA SU ESTUDIO LAS DIVIDIREMOS EN CAUSAS INTRÍNSICAS Y EXTRÍNSICAS DE ORIGEN PLEURAL O PULMONAR.

LAS CAUSAS DE ORIGEN PLEURAL TENEMOS EN PRIMER LUGAR LOS DESGARROS POR SECCIÓN DE ADHERENCIAS QUE TIENEN SU BASE EN LA ZONA CORTICO-PULMONAR, SOBRE TODO EN AQUELLAS INSOSPECHADAS Y QUE SE ROMPEN AL APLICAR UN NEUMOTÓRAX TERAPÉUTICO, DANDO LUGAR A UNA FÍSTULA.

LA FÍSTULA QUE DEJARÍA UN ACCESO FRÍO EN LA PLEURA, TALVEZ ENQUISTADO Y QUE LLEVA SU CONTENIDO A UN BRONQUIO, DANDO LUGAR A UNA VÓMICA,

LAS HERIDAS CORTO-PUNZANTES DEL TÓRAX Y QUE EN SU TRAYECTO INTERESAN UN ACCESO QUEDANDO ESTABLECIDA UNA FÍSTULA.

ENTRE LAS CAUSAS DE ORIGEN PULMONAR, TENEMOS COMO MODELO LA ULCERACIÓN DE LA PLEURA EN ZONAS COLINDANTES A FOCOS CASEOSOS PULMONARES Y QUE DAN LUGAR A NEUMOTÓRAX ESPONTANEO CON SU RESPECTIVA FÍSTULA.

EL CASO DE UNA CAVERNA EN LA MISMA ZONA CORTICAL Y POR ÚLTIMO TENEMOS LA PRESENCIA DE UN TUBÉRCULO DE BASE CORTICO-PULMONAR Y QUE DESARROLLA HACIA LA CAVIDAD PLEURAL, DANDO LUGAR AL NEUMOTÓRAX ESPONTANEO Y SU SÍNDROME PLEURÍTICO CONCOMITANTE,

ENTRE LAS CAUSAS EXTRÍNSECAS TENEMOS EN PRIMER LUGAR LAS PUNCIÓNES PLEURALES YA SEAN EXPLORADORAS O TERAPÉUTICAS. Aunque LA PUNCIÓN POR SI ES INOCUA, HECHA POR MANOS INESPERTAS, PUEDE SER EL ORIGEN DE UNA FÍSTULA.

LA GALVANOCAUSTÍA DE LAS ADHERENCIAS PLEURO-PULMONARES QUE AL DESPRENDER SU ESCARA, PUEDE DAR LUGAR A SU FORMACIÓN.

SINTOMATOLOGIA.

EN CLÍNICA SE OBSERVAN CASOS DE PERFORACIONES PLEURO-PULMONARES EN CASOS MENORES QUE HACE UN CUARTO DE SIGLO Y TODO SE DEBE A LAS TÉCNICAS NUEVAS Y A LAS DROGAS DESCUBIERTAS EN ESTE SIGLO,

LOS SÍNTOMAS A VECES SON NULOS O MUY POCO MARCADOS, PERO TAMBIÉN SE PRESENTAN CUADROS TAN ALARMANTES QUE CABE LLAMARLOS "TÓRAX AGUDOS," REY PANGAS, Y MASSE, POR SUS SÍNTOMAS LOS DIVIDEN EN ASINTOMÁTICOS Y QUE SOLO SON DESCUBIERTOS POR LOS RAYOS X, LAS FORMAS ATENUADAS CON MUY POCOS Y BENIGNOS SIGNOS Y POR ÚLTIMO LAS FORMAS GRAVES. CON SU CORTEJO DE SÍNTOMAS PLEURO-PULMONARES TAN PATENTES COMO ALARMANTES,

LA FORMA ASFÍCTICA Y SOFOCANTE, QUE SE CARACTERIZA POR EL DOLOR QUE ES

AGUDO, ANGUSTIOSO Y REPENTINO, FRECUENTE EL DOLOR EN LAS FÍSTULAS, MENOS FRECUENTE EN LOS PROCESOS NETAMENTE PULMONARES, LA CIANOSIS, SÍGNO DE LAS PERFORACIONES SUBITAS Y QUE SE DEBE A LA SUPRESIÓN BRUSCA DE UNA BUENA PARTE DEL TEJIDO PULMONAR AFECTANDO DESDE LUEGO, LA HEMATOSIS, A LA CIRCULACIÓN DE RETORNO POR CAUSA DE LA DESVIACIÓN DEL MEDIASTINO.

LA DISNEA, SÍNTOMA NO CONSTANTE NI REPENTINA Y QUE ES PROPIA DE LA PERFORACIÓN VALVULAR, LA CUAL PERMITE LA ENTRADA DE AIRE A LA CAVIDAD PLEURAL Y LA SALIDA Y REQUIERE LA ASPIRACIÓN CONTÍNUA PARA CALMAR EL DOLOR Y LA ANCIEDAD DEL ENFERMO, LA QUE TIENDE A SER CRECIENTE.

LA TAQUICARDIA COMO SE DIJO ANTES, ES LA CONSECUENCIA DE LA DESVIACIÓN DEL MEDIASTINO QUE DA LUGAR A UNA POSICIÓN INCÓMODA AL ÓRGANO CARDIACO Y LO DIFICULTA EN SU NOBLE TRABAJO.

LA TOS, SÍNTOMA CONSTANTE DE LA PERFORACIÓN PLEURO-PULMONAR, DE GRAN VALOR DIAGNÓSTICO Y SE CARACTERIZA POR SER PENOSA, QUINTOSA, PERSISTENTE, SOFOCANTE Y REVELDE A TODO TRATAMIENTO HABITUAL, SE AGUDIZA CON SIMPLES MOVIMIENTOS DEL ENFERMO AL GRADO TAL QUE ÉSTE, BUSCA POSICIONES MUCHAS VECES INCÓMODAS PARA EVITARLA EN LO POSIBLE.

EL SOPLO ANFÓRICO O ANFORICO-METALICO QUE OBEDECE AL PASO DEL AIRE POR EL TUBO O TÚNEL FISTULOSO PLEUROPULMÓNAR Y QUE EN MUCHOS CASOS ESTA ACOMPASADO DE SUCUCIÓN HIPOCRÁTICA LO MISMO DE RETINTIN METÁLICO.

EL COLAPSO PULMONAR RARA VEZ ES INTEMPESTIVO, SU INSTAURACIÓN ES PAULATINA Y SU COMPROBACIÓN DE INTERÉS DIAGNOSTICA EN EL CASO QUE NOS OCUPA,

LA VÓMICA, COLECCIÓN MUCO-PURULENTA QUE SE EXPELE POR LA BOCA, SE PRESENTA EN CUALQUIER HORA DE EL DÍA O LA NOCHE, PERO ES MAS FRECUENTE Y ABUNDANTE POR LA MAÑANA AL LEVANTARSE, DESESPERA AL ENFERMO POR SU OLOR, SABOR Y SU CANTIDAD QUE ESTA DE ACUERDO CON EL ESPACIO QUE LA CONTIENE.

SIGNOS MANOMETRICOS. COMO ES SABIDA LA PRESIÓN MANOMÉTRICA DE LA CAVIDAD-PLEURAL ES NEGATIVA, UN INYECTANDO ALGUNA CANTIDAD DE AIRE SIEMPRE SERA NEGATIVA, EN CASO DE FÍSTULA PLEURO-PULMONAR SE VUELVE POSITIVA POR LA ENTRADA DE AIRE A LA CAVIDAD.

DIAGNOSTICO .

AUN CON TODA LA RIQUEZA DE SÍNTOMAS ENUMERADOS MAS ARRIBA, LA ROENTNOS COPÍA Y LA ROENTNOGRAFÍA NOS DA SU AUXILIO SEGURO Y EFICAZ CON LO CUAL LLEGAMOS A UN FELIZ DIAGNÓSTICO, PERO DADO EL CASO DE NO TENER APARATOS DE R. X, RECURRIMOS A MANIOBRAS CLÍNICAS EFICACES Y ELLAS SON:

A) LA INYECCIÓN INTRA PLEURAL DE UN LÍQUIDO COLORANTE (AZUL DE METILENO, ROJO CONGO O PRONTOCIL) COLOREA LA EXPECTORACIÓN.

L B) LO MISMO SUCEDE CON LA INYECCIÓN DE SUSTANCIAS AROMÁTICAS COMO EL ALCANFOR, MENTA Y GUAYACOL QUE LUEGO SE DEJAN SENTIR POR EL ENFERMO AL EXPECTORAR ÉSTE. SI LA TÉCNICA HA SIDO EJECUTADA CON PRECISIÓN, Y COMPROBAMOS EL OLOR EN EL ALIENTO DE EL ENFERMO, ASEGURAMOS EL DIAGNÓSTICO DE FÍSTULA PLEURO-PULMONAR Y NO NOS QUEDA MAS QUE INICIAR SU TRATAMIENTO CON LOS NUMEROSOS MEDICAMENTOS QUE POSEEMOS, MAS LA VALIOSA AYUDA DE LA CIRUGÍA TORAXICA

EN LA ACTUALIDAD CONTAMOS CON UN ARZENAL DE MEDICAMENTOS QUE SI BIÉN INDIVIDUALMENTE AYUDAN, SON INCAPACEZ DE HACERLO POR SI SOLOS LA PRUDENTE COMBINACIÓN Y LA ESCOGENCIA EN EL TIEMPO OPORTUNO, NOS DAN UN PORCENTAJE DE CURACIONES INSOSPECHADO.

HE AQUÍ UNOS SABIOS CONSEJOS PARA SER APROVECHADOS EN PRESENCIA DE UN PLEURITICO TUBERCULOSO Y SON LOS SIGUIENTES:

- 1) .-FAVORECER LOS PROCESOS NATURALES DE CURACIÓN QUE EL MISMO ORGANISMO POSEE.
- 2) .-SIENDO LA TUBERCULOSIS UNA ENFERMEDAD GENERAL, AUNQUE SUS SÍNTOMAS ESTÁN LOCALIZADOS EN TAL O CUAL ÓRGANO, NO HAY QUE DESCUIDAR EL BIEN ESTAR DEL ORGANISMO EN SU TOTALIDAD.
- 3) .-QUE LA TUBERCULOSIS ES SIEMPRE INFECCIOSA Y SE COMPORTA COMO UNA SEPSIS Y ES EL PUNTO DE PARTIDA DE UNA ENFERMEDAD GENERALIZADA Y POR OTRO LADO, SE LE CONSIDERA COMO UN FOCO SÉPTICO QUE RESULTA DE LAS FUERZAS DEFENSIVAS DEL ORGANISMO EN SU AFÁN POR CIRCUNSCRIBIRLA.
- 4) .-QUE NOS OFRECE DOS PROBLEMAS TERAPÉUTICOS DISTINTOS LA INFECCIÓN, GENERAL Y LA LESIÓN LOCALIZADA; PARA EL PRIMERO, CONTAMOS CON LOS MEDIOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE RESISTENCIA Y DEFENZA NATURALES, PARA EL SEGUNDO, O SEA LAS LESIONES LOCALIZADAS, CONTAMOS CON LOS MEDIOS TERAPÉUTICOS ACTIVOS, MAS EL CONCURSO DEL ORGANISMO PARA CONVERTIR EN LATENTE LA INFECCIÓN BACILAR.
- 5) .-LA ENFERMEDAD OFRECE SÍNTOMAS CORRESPONDIENTES A LA INFECCIÓN O INTOXICACIÓN GENERAL Y OTROS PROPIOS DE LA INFECCIÓN LOCAL, NUESTRA CONDUCTA A SEGUIR ES TRATAR DE CURAR UNAS Y OTRAS O POR LO MENOS DIRIGIR UN TRATAMIENTO QUE SE AJUSTE A UNO U OTRO SEGÓN LA CUANTÍA DE LA LESIÓN.
- 6) .-SI LA CURACIÓN DEL ESTADO GENERAL ES EVIDENTE, EN CAMBIO LAS LESIONES PROPIAMENTE DICHAS NO OFRECEN SÍGNOS DE RESOLUCIÓN Y ASI TENEMOS QUE EL DERRAME NO DECRECE, EL INFILTRADO .T, 8.C. ESTACIONADO O EMPEORADO, RECURRIMOS A MEDIOS QUE MEJOREN AMBOS ESTADOS. Y,
- 7) .-CONGENIAR CON LOS ENFERMOS TUBERCULOSOS A FÍN QUE NO MENOSPRECIEN LOS EXFUERZOS HECHOS POR EL MEDICO Y LOGRAR SU CURACIÓN, YA QUE ESTE CUENTA CON LOS MEDIOS MAS ACTIVOS MEDICO - QUIRÚRGICOS.

TRATAMIENTO.

ENUMERADOS LOS CONSEJOS A SEGUIR ANTE UN PACIENTE EN CUALQUIER FORMA DE TUBÉRCULOS 1s, NO NOS QUEDA OTRO CASO Q.U E MEDITAR E INDICAR UN TRATAMIENTO QU IM 10TERÁ*P I CO Y PSÍQUICO PARA INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE DESPUÉS.

ME REFERIRÉ" A LOS TRATAMIENTOS CLASICOS YA CONOC I DOS, MAS LOS COADYUVANTES CONSAGRADOS POR EL USO DESDE EL MOMENTO DE LA APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD.!

MI EXPERIENCIA EN LA LUCHA ANTI-TUBERCULOSA, HA SIDO NETAMENTE CON PACIENTES AMBULATORIOS, MI CORTO PASO POR EL SANATORIO DE SANTA RÓSITA, NO ME DEJÓ. ALGUNA YA QUE EN LOS ENFERMOS ALLÍ ERAN TODOS TUBERCULOSOS PULMONARES CON LESIONES MODERADAS O BIEN AVANZADAS Y LA PATOLOGÍA PLEURAL ERA LO DE MENOS. LOS POCOS CONOCIMIENTOS ALCANZADOS EN ESTA ESPECIALIDAD , HAN SIDO LOGRADOS EN EL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSIS "MARCIAL CACERES VIJIL" DE SANTA ROSA DE COPÁN. EN DONDE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE TRATAR A MAS DE 150 CASOS CON EL RESULTADO MAS ALAGADOR AUNQUE LA OBSERVACIÓN DE LOS MISMOS AUN ESTA EN PIE, ALGUNOS TIENEN YA VARIOS MESES DE HABER DESCONTINUADO TRATAMIENTO Y EL CONTROL, ROENTGENIANO ME DA LA SEGURIDAD DE NO TENER RESIDIVAS NI LESIONES PARENQUIMATOSAS EN ESTADO MÍNIMO,

LOS MEDICAMENTOS EMPLEADOS SON LOS MISMOS CON QUE HACE FRENTE LA LIGA ANTITUBÉRCULOS IS EN EL EXTERMINIO DE ESTA ENFERMEDAD Y SUS DETALLES SERÁN CAPÍTULO APARTE.

AL INSTITUIR UN TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD QUE HOY ME OCUPA , IMPARTO CHARLAS SOBRE LA CONDUCTA A SEGUIR, MAS LOS CONSEJOS Y HASTA EL RUEGO SI ES POSIBLE PARA SENTAR LA CONFIANZA EN ESTA CLASE DE ENFERMOS QUE CREEN QUE SU SU MAL ES IRREMEDIABLE, SE LES INSTRUYE A FIN DE NO DESCONTINUAR SU TRATAMIENTO EN CASO DE LOGRAR MEJORÍA EN LOS PRIMEROS MESES DE TR A TAM I EN TO , C oSA QUE ASI ES Y QUE AQUELLOS LO SIENTEN, MAS LOS MALOS CONSEJO" DE LOS CURANDEROS IMPROVIZADOS, MAS LA POBREZA ECONOMICA DE ESTOS DESVENTURADOS PACIENTES QUE DESGRACIADAMENTE SON LOS MAS EXPUESTOS A SUFRIRLA .

REPOSO. - TIENE COMO FIN MEJORAR EL ESTADO GENERAL DEL ENFERMO, FAVORECER LA FIJACIÓN DEL PROCESO, LOGRAR LA DES INTOXICACIÓN DEL ORGANISMO Y LA SEPSIS, EVITAR LA DISEMINACIÓN DEL PROCESO TUBERCULOSO, INTERRUPTI ENDO LA EVOLUCIÓN LESIONAL. UN ENFERMO QUE CURA SU FIEBRE, SU ANOREXIA, SU TAQUICARDIA, QUE AUMENTA DE PESO. QUE MEJORA DE LA TOS, QUE MEJORA SU EXPECTORACIÓN , QUE SU ERITROSEDIMENTACIÓN SE NORMALIZA O TIENDE A ELLO, TODO ESO NOS ALIENTAN Y NOS LLENA DE ENTUSISMO Y PONER MAS FE EN LA BEATITUD DE LOS MEDICAMENTOS EMPLEADOS, EL REPOSO DEBE SER COMPLETO, TANTO FÍSICO COMO INTELECTUAL , EL REPOSO RESPIRATORIO

INDISPENSABLE PARA EVITAR LA EXPANSIÓN EXAGERADA DE EL PULMÓN. CON EL MISMO PROPÓSITO SE HAN PROPUESTO OTROS ARTIFICIOS COMO LOS CINTURONES COMPRESIVOS, VENDAJES, ALMOHADILLAS ETC. UNA VEZ QUE SE HA LOGRADO EL OBJETIVO DESEADO MEDIANTE EXAMENES REPETIDOS, SE LE PERMITE A LOS ENFERMOS, SENTARSE EN LA CAMA, MAS TARDE SE LES DEJARA SALIR DEL DORMITORIO Y ASI SUCESIVAMENTE SE LES VADANDO MAS LIBERTAD HASTA PASAR AL EJERCICIO FÍSICO MODERADO Y EVITAR EN ELLOS EL COMPLEJO DE GORDURA Y DE INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO,

CURA DE ALTURA. -SE HAN OBTENIDO RESULTADOS ALAGÜENOS CON EL TRATAMIENTO HIGIENO-CLIMATICO, SUS FRACASOS ESTRIBAN EN LA MALA INDICACIÓN POR USARSE EN TIEMPO EXTEMPORÁNEO. EL EMPIRISMO EMPLEADO EN ESTE TRATAMIENTO ESTUVO A PUNTO DE DESCARTARLO. LA RECOMENDACIÓN MAS ACERTADA ES LA SIGUIENTE No DEBE EMPLEARSE LA CURA DE ALTURA ANTES DE QUE LOS SÍNTOMAS DE ACTIVIDAD HAYAN DESAPARECIDO O EMPIECEN A REMITIRSE, HAY QUE TOMAR EN CUENTA EL TIPO DE PROCESO Y SU EVOLUCIÓN. LAS CUALIDADES INGERENTES A ESTE TIPO DE CURA SON LAS SIGUIENTES: LUMINOSIDAD. -EN LAS ALTURAS SE RECIBEN MAYOR CANTIDAD DE RAYOS ULTRA-VIOLETAS, ESTÁN MENOS DESPROVISTOS DE PULVURULENCIAS, MENOS VAPOR DE AGUA; ELEMENTOS ESTOS QUE ENTORPECEN LA ACCIÓN BENÉFICA DE EL SOL, TODO SE REDUCE A DOSIFICARLO PORQUE EL ABUSO LEJOS DE AYUDAR, PERJUDICA, UNO DE LOS ELEMENTOS QUE MAS SE APROVECHA DE EL TRATAMIENTO DE ALTURA ES LA SANGRE, AUNMENTA LA LEUCOCITOSIS EN UN 70%, REIMANN LO COMPROBÓ CON LOS POLINUCLEARES, LA HEMOBLOBINA AUMENTA EN UN 8 A 9%, LO MISMO SUCEDE CON LOS HEMATÍES, LA PIEL SE COLOREA ESPECIALMENTE EN LAS PARTES DESCUBIERTAS COSA QUE ALEGRA AL ENFERMO, LA PRESIÓN BAROMÉTRICA ES BAJA, LO CUAL SE DEBE A LA DISMINUCIÓN DEL OXÍGENO, LO QUE ACARREA UN TRABAJO RESPIRATORIO QUE EL MEDICO DEBE GRADUAR PARA QUE RESULTE ATRAUMÁTICO Y NO REDUNDE EN PERJUICIO DE EL ENFERMO. RESUMIENDO, LA TERAPÉUTICA DE ALTURA SE RECOMIENDA POR EL AIRE, LA PUREZA DE EL AMBIÉNTEN, LA ELECTRICIDAD. ATMOSFÉRICA Y LA IONIZACIÓN DE LAS CORRIENTES TELÚRICAS.

CURA DIETETICA. - HE AQUÍ OTRO DE LOS PRINCIPIOS CURATIVOS PARA EL BUEN SUCESO DE SANIAMIENTO DE LOS PLEURITICOS O YA TUBERCULOSOS ACTIVOS, ES LA VARIEDAD Y CALIDAD DE LOS ALIMENTOS QUE DEJEN UN MARGEN DE CALORÍAS NECESARIAS QUE REQUIERE UN ORGANISMO MINADO, LOS ALIMENTOS DEBEN SER A PETITOSOS, DE FÁCIL DIGESTIÓN, BIEN CONDIMENTADOS PARA ESTIMULAR EL APETITO DEL ENFERMO QUE POR LO REGULAR ES ANORÉXICO L A S VERDURAS LIMPIAS Y BIEN COCIDAS ADICIONADAS DE VITAMINAS PARA SUFGRAGAR LAS PERDIDAS EN LA CONCCIÓN, LAS CARNES POR SU RICO CONTENIDO EN PROTEINAS, LAS FRUTAS POR LOS HIDRATOS DE CARBONO, LOS MINERALES, EN FÍN TODO LO QUE TIENDA A SUMINISTRAR LAS CALORÍAS SUFICIENTES PARA EL TRABAJO FISIOLÓGICO.

TRATAMIENTO COADYUVANTES DE ACCIÓN GENERAL. - CALCIO. EMPÍRICAMENTE SE INSTITUÍA ESTE TRATAMIENTO A TODO TUBERCULOSO Y EN GENERAL A TODOS LOS AFECTOS DE ENFERMEDAD DEL APARATO RESPIRATORIO, SU FUNDAMENTO ESTRIBA EN LA CREENCIA QUE TODO TRABAJADOR DE CALERAS QUE MANIPULE DIARIAMENTE CALJESTABAN EXCENTOS DE PADECER ENFERMEDADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS, MAS TARDE, EL USO EMPÍRICO DE ESTA DROGA HA TENIDO SU ACEPTACIÓN CIENTÍFICA Y SU USO DESPUÉS DE GENERALIZADO, SE HA CONSAGRADO POR LOS GRANDES BENEFICIOS A CARREADOS, A SABER: TODO PROCESO TUBERCULOSO TIENDE A DESMINERALIZAR EL ORGANISMO, POR EL RETARDO QUE SUFRE EL METABOLISMO DEL CALCIO, FARMACOLÓGICAMENTE EL CALCIO ES ANTITÓXICO, ESTIMULANTE DE LA FAGOCITOSIS, REGULADOR DEL SISTEMA NEURO-VEGETATIVO, ANTIALERGENO, ANTI-ANAFILÁCTICO, COAGULANTE, ANTI-FLOGÍSTICO Y ANTI-EXUDATIVO; COMO SE VE, TODOS LOS ATRIBUTOS ENUMERADOS SON BENEFICIOSOS EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA QUE HOY NOS OCUPA.

PARA MAYOR PROVECHO DE LAS SALES CALCICAS, SE RECOMIENDA APLICAR O MEJOR DECIR INDICAR UN FIJADOR DE CALCIO Y PARA ELLO USAMOS LA VITAMINA "D", TAMBIÉN LA HORMONA PARATIROÍDEA Y LAS RADIACIONES ULTRA-VIOLETAS.

LOS LIPODES. - Los LIPOIDES EN ESPECIAL LA COLESTERINA Y LA LECITINA AYUDAN FAVORABLEMENTE A LOS PLEURÍTICOS TUBERCULOSOS, LA PRIMERA CORRIENDO EL ESTADO DE HIPOCOLESTERINEMIA, TIENE PODER ANTITOXICO Y ANTI-HEMOLITICO. LA SEGUNDA, CON SU PRINCIPIO ANTI-TÓXICO, FAGOCITICO Y DE ACCIÓN RECONSTITUYENTE Y HEMATOPOYÉTICA Y SE LE ABONA LA ACCIÓN DIRECTA QUE TIENE SOBRE LA CUBIERTA LIPOIDEA QUE RECUBRE EL BACILO DE KOCH.

OTROS QUIMIOTERAPICOS. Como un recuerdo HISTÓRICO DE LOS FÁRMACOS ANTIBACILARES USADOS EN EL SIGLO ANTERIOR Y QUE REVOLUCIONÓ TANTO COMO DROGA INFALIBLE PARA EL EXTERMINIO DE LA PESTE BLANCA, Y FUÉ HACIA LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX QUE CHESTIER EMPLEÓ LAS SALES DE ORO COMO ESPECÍFICO. ROBERTO - . KOCH EN 1890 DEMOSTRÓ QUE EL CIANURO DOBLE DE ORO Y POTASIO TIENE ACCIÓN SOBRE LOS CULTIVOS DE BACILOS TUBERCULOSOS, EN UNA DILUCIÓN DE 1/2.000,000, MERCK POR SUGERENCIAS DE GRICH Y GLUCK APLICÓ UNA DROGA A BASE DE ORO LA LLAMÓ AUROZINKALIUM, QUE RESULTÓ EFECTIVA EN EL LUPUS.

MAS TARDE APARECIÓ EN EL MERCADO UN SIN NÚMERO DE FÁRMACOS ANTIBACILARES TODOS A BASE DE ORO Y DE VARIADA NOMENCLATURA ASI TENEMOS EL AUROCANTAN, KRISOLGAN, AUROCOLINA Y LA MAS RECIENTE LA SANOCRISINA QUE REVOLUCIONÓ EN LOS AÑOS DE 1930 A 1934, ATRIBUYÉNDOLE ACCIÓN DIRECTA SOBRE EL BACILO, ATACANDO SU CUBIERTA CÉREA Y LA DESTRUCCIÓN DEL MISMO; FIEBRE DE ENTUSIASMO, RABIA DE QUIETUDES SE APODERÓ DE LOS FISIOLOGOS DE ENTONCES Y SOLAMENTE LOS ACCIDENTES GRAVES PUSO FÍN A TAN LOCA Y DESMEDIDA ESPERANZA, Y FUERON LAS LESIONES

HEPÁTICA, RENALES, CUTÁNEAS Y HEMORRÁGICAS COMO LA PURPURA, DESCONTINUARON SU Uso.

SULFOTERAPIA. -XALABARDER NUNCA CREYÓ QUE LAS SALES DE ORO TUVIERAN ACCIÓN SOBRE EL BACILO DE Koch Y SUS PROCESOS HÍSTICOS, SU SOSPECHA LA DIRIGIÓ A LAS SALES DE AZUFRE Y POR ELLO PREPARÓ UN COMPUESTO QUE LO LLAMÓ TIOSULFATO DE SODIO Y SU EMPLEO DIO COMO RESULTADO EL MISMO QUE LAS SALES DE ORO EN CUANTO AL BACILO SIN LAS REACCIONES TÓXICAS ALENTANDO, AL ENTADO POR ESTE EXPERIMENTO, PREPARÓ UNA INTERMINABLE CADENA DE PREPARADOS DE AZUFRE Y ENTRE ELLOS SOBRE SALE EL TRITONATO DE SODIO QUE TIENE LA PROPIEDAD DE SER ANTI- TÓXICO, ANTI-EXUDATIVO Y DESENSIBILIZANTE.

EN 1940 EL SULFATIAZOL DEMOSTRÓ QUE ERA CAPAZ DE INHIBIR EL CRECIMIENTO Y LA REPRODUCCIÓN DEL BACILO DE KOCH , TAMBIÉN ACTIVA EN EL LUPUS, EN LAS TUBERCULOSIS ACTIVAS Y AUN EN LAS CAVERNAS MEDIANAS DE RECIENTE INSTAURACIÓN, EN LOS PROCESOS INTESTINALES DE ORIGEN TUBERCULOSO, LO LLAMÓ T. B. I .698 , TIOSEMICARBARZONA O SULFATIAZOL,

PAS.- ACIDO PARAMINOSALICILICO.

ACIDO 4 AMINO 2 OXIBENZOICO, DROGA O.UE FUE INTRODUCIDA EN EL ARSENAL ANTÍACILAR EN EL AÑO DE 1,940 POR LAHMANN EN GOTFNBURGO Y BERNHEIN , QUIE EVENTUALMENTE LO DESCUBRIÓ EX PERIVENTANDO LA ACCIÓN DE DISTINTOS FÁRMACOS SOBRE EL METABOLISMO BACILAR, ES UN POLVO BLANCO, POCO SOLUBLE EN EL AGUA , SINEIDARGO, LAS SALES EMPLEADAS EN MEDICINA SON DE COLOR GRIS, MUY SOLUBLES Y SU APARICIÓN EN LA SANGRE LO HACE A LOS 30 MINUTOS, SEGÚN LEHMANN SU MODO DE ACCIÓN

CONSISTE EN EL CAMBIO PROTEICO DEL BACILO POR EL BLOQUEO MATABOLICO CON ACCIÓN INHIBITOR:Á INTENSA SOBRE LA RESPIRACIÓN HfOTICA, DISMINUYENDO LA DIVICIÓN CELULAR (MITOSIS) , CON MUCHA FACILIDAD ATRAVIEZA LAS MENINGES. APARECIENDO EN EL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEOA A LOS 30 O 40 MINUTOS DESPUÉS DE SU ADMINISTRACIÓN, LO MISMO ACONTECO, EN LA PLEURA Y PERITONEO, NO ES TÓXICO, BIEN TOLERADO Y EN CASO DE OCASIONAR TRASTORNOS , ESTOS SON LEVES Y PASAJEROS , SON DE PREDOMINIO GASTRO-INTESTINAL , PIROSIS, NAUSEAS, VÓMITOS Y CUANTO MAS DIARREAS, , TODO TERMINA AL DESCONTINUAR POR POCOS DIAS, SU TRATAMIENTO CON ÉL, SU ADMINISTRACIÓN SE HACE POR VIA ORAL O PARENTÉRICA , POR LA PRIMERA, SE DA EN POLVO GRANULADO, SELLOS PASTILLAS O GRAGEAS, CON EXCEPCIÓN DE LA ÚLTIMA , TODAS SON INCÓMODAS POR LA GRAN CANTIDAD DE MEDICAMENTO REQUERIDO PARA LOGRAR UN EFECTO DESEADO, EN CAMBIO, LAS GRAGEAS SE PRESTAN CON MAYOR FACILIDAD A SER TOMADAS POR EL ENFERMO Y LA DOSIS CORRIENTE ES DE SEIS A VEINTICINCO GRAMOS REPARTIDAS

EN VARIAS TOMAS AL DÍA PARA COMODIDAD DE EL ENFERMO, DOSIS ESTAS QUE ÉSTA DE ACUERDO CON EL ESTADO PATOLÓGICO, EDAD DEL PACIENTE Y SU CONSTITUCIÓN

LAS INYECCIONES USADAS DE PREFERENCIA EN MEDIOS HOSPITALARIOS, SE PREPARAN AL 20 % Y SE PUEDE USAR CUALQUIERA DE LAS VÍAS SIGUIENTES, HIPOTERMICA, INTRA MUSCULAR MUSCULAR, ENDOVENOSA, ENTRA- PLEURAL Y HASTA SE PUEDE LLEVAR DIRECTAMENTE A LA CAVERNA SI EL CASO ASÍ LO AMERITA LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO CON PASES DE SEIS MESES A DOS O TRES AÑOS, ESTÁ DE ACUERDO SEGÚN LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES Y EL RESULTADO OBTENIDO, EN EL CASO QUE ME OCUPA, EL TRATAMIENTO CON PAS HA SIDO DE SEIS MESES EN LOS PROCESOS PLEURALES EXCLUSIVOS, MAS ALLÁ CUANDO HAY LESIONES PULMONARES CONCOMITANTES, CONVIENE HACER EXAMENES DE ESPUTO EN SERIE PARA DESCARTAR LA BACILOSCOPIA, LO MISMO LA ROENTNOGRAFÍA SERIADA PARA EVITAR REACTIVACIONES DE LA ENFERMEDAD, HASTA HOY NO LAS HE TENIDO Y SI LAS QUE PARECEN SERLO, NO SON MAS QUE ADHERENCIAS PLEURO-DIAFRAGMATICAS RESIDUALES QUE EN NADA DIFICULTAN LOS MOVIMIENTOS DE DESLIZAMIENTO DE ASCENSO Y DESCENSO DE EL DIAFRAGMATICAS VISTO VISTO PLEURES LAS CON DERRAMES QUE LLENAN LAS DOS TERCERAS PARTES DE LA CAVIDAD PLEURAL Y QUE EN TÉRMINO DE UN MES HAN DESAPARECIDO EN SU TOTALIDAD, SIN DEJAR RASTROS DE NINGUNA CLASE Y DE ETIOLOGÍA NO DUDOSA POR LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE TUBERCULOSOS ACTIVOS Y EN TRATAMIENTO EN ESTE DISPENSARIO. NO OBSTANTE EL BORRAMIENTO DE LAS OPACIDADES CONFIRMADO ROENTGENIANAMENTE, EL TRATAMIENTO LO LLEVO MAS ALLÁ PARA EVITAR RECIDIVAS O REACTIVACIONES Y ADEMAS POR LOS CONTACTOS CON CONVIVIENTES EN DONDE ALGUNOS SON MUY AVANZADOS. EN RESUMEN, LA ADMINISTRACIÓN

DE EL PAS POR VIA ORAL ES PREFERIBLE POR LAS RAZONES QUE A CONTINUACIÓN EXPONGO: LA SOLUCIÓN DE PAS TIENDE A ESCLEROSAR LAS VENAS SI NO SE TIENE EL CUIDADO QUE REQUIERE EL CAMBIO DE INOCULACIÓN VENOSA, LOS TEJIDOS SUB-CUTANEOS Y MUSCULARES TIENDEN A LA INDURACIÓN Y A FORMACIONES QUIÍSTICAS QUE HAY QUE INTERVENIRLAS QUIRÚRGICAMENTE, Y POR ÚLTIMO EL TEMOR QUE DESPIERTA EN EL ENFERMO SOPORTAR TANTA PUNTURA.

LA SOLUCIÓN PARA APLICARLA DIRECTAMENTE EN LA CAVIDAD PLEURAL ES AL 20% Y EN CANTIDAD DE 10, 20, 30 Y MAS CENTÍMETROS CÚBICOS; TIENE LA VENTAJA DE SER EFECTIVA EN TODOS LOS CASOS DE TUBERCULOSIS ACTIVA, EJERCIENDO MARCADA ACCIÓN SOBRE LOS SÍNTOMAS QUE ACOMPAÑAN A TODA LESIÓN TUBERCULOSA EN ACTIVIDAD Y QUE SUMADA A LA ACCIÓN DE LA ESTREPTOMICINA Y EL ACIDO ISONICOTÍNICO MAS LOS CUIDADOS HIGIENO-DIETETICOS, REPOSO Y EL TRATAMIENTO SIQUIERÁPICO EN BOGA HOY DÍA, LA LUCHA ANTI-TUBERCULOSA VERÁ CORONADA SUMISIÓN BORRANDO DE LA SUPERFICIE HONDUREÑA LA TEMIBLE PESTE BLANCA.

SE CONOCE CON DIFERENTES NOMBRES SEGÚN LA CASA MANUFACTURERA, Y ASI TENEMOS QUE EL HAÍN Y NIDRAZID SON SINÓNIMOS DE ÁCIDO ISONICOTINICO, DROGA ANTITUBERCULOSA

ACTIVA POR VÍA ORAL,

ACCION.- ES DE CINCO A DIEZ VECES MÁS POTENTE QUE LA ACCIÓN DE LA ESTREPTOMICINA CONTRA EL BACILO TUBERCULOSO IN VITRO, LO MISMO SUCEDE CON EL ÁCIDO PARAMINOACIDOSALICÍLICO; EN LA TUBERCULOSIS EXPERIMENTAL Y EN LA TUBERCULOSIS CLÍNICA, SE HA COMPROBADO QUE ES TAN EFICAZ COMO LA ESTREPTOMICINA Y LA DIHIDROESTREPTOMICINA. LAS DOSIS ALTAS ADMINISTRADAS A LOS ANIMALES DE LABORATORIO, PUEDEN CAUSAR LESIONES HEPÁTICAS Y EL ESTÍMULO EXCESIVO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, PERO LAS DOSIS TERAPÉUTICAS SUMINISTRADAS AL HOMBRE, NO HAN CAUSADO TOXICIDAD APRECIABLE. Es ABSORBIDO CASI EN SU TOTALIDAD EN EL TUBO DIGESTIVO; EL MÁXIMO NIVEL SANGUÍNEO SE PRODUCE ENTRE UNA Y SEIS HORAS DESPUES DE SU ADMINISTRACIÓN. PASA CON FACILIDAD A OTROS LÍQUIDOS ORGÁNICOS (CÉFALO-RAQUIDEO, PLEURAL Y SALIVA), EN CAMBIO PASA MUY DÉBILMENTE A LA CAVIDAD PERITONEAL; EL BACILO TUBERCULOSO SE VUELVE RESISTENTE MUY RÁPIDAMENTE AL HAÍN Y PARA RETARDAR ESTA RESISTENCIA HAY QUE ALTERNARLO CON LAS OTRAS DROGAS LLAMADAS ESPECÍFICAS,

COMO TRATAMIENTO ORAL DE TODAS LAS FORMAS DE TUBERCULOSIS AUN EN LAS MENÍNGEAS, MILIAR Y PERITONEAL, ES MUY EFECTIVA, ÚTIL ESPECIALMENTE EN LAS CEPAS RESISTENTES A LA ESTREPTOMICINA.

SEGÚN LAS PRUEBAS IN VITRO, ES MUY EFECTIVA, ES LA DROGA POR EXELENIA, SE DISTRIBUYE UNIFORMEMENTE POR EL ORGANISMO Y CON ESPECIALIDAD POR LOS LÍQUIDOS HUMORALES Y EN DOSIS TERAPÉUTICAS, ES COMPLETAMENTE ATÓXICO, COMBINADO CON EL PAS, SE PRESTA AL TRATAMIENTO DE LOS CASOS AMBULATORIOS DE TUBERCULOSIS EN GENERAL.

DOSIFICACION.- LA DOSIS ORAL RECOMENDADA ES DE TRES A CINCO MILIGRAMOS POR KILO DE PESO, Y AUN, SE PUEDE LLEVAR MÁS ALLÁ EN CASOS AGUDOS DE LA ENFERMEDAD, TOMANDO EN CUENTA LA DEOS IDEOSINCRACIA DEL ENFERMO ANTE LA DROGA. SE RECOMIENDA COMBINARLA CON LA ESTREPTOMICINA O CON EL PAS, ADEMÁS DEL TRATAMIENTO GENERAL QUE AMERITA EL CASO,

PRECAUCIONES.-EN CASO DE EXITACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO, SE RECOMIENDA EL CAMBIO DE DROGA, REDUCCIÓN DE LA MISMA O DESCONTINUARLA TEMPORALMENTE, LO MISMO SUCEDE EN CASO DE ADMINISTRARLA A EPILÉPTICOS O TARADOS DEL SISTEMA NERVIOSO, HAY QUE CORREGIR ESTOS TRASTORNOS O BIEN TRATARLOS SIMULTÁNEAMENTE CON LA T.B.C., SE RECOMIENDA SER PRUDENTE.

COMO ESTA DROGA SE SECRETA PRINCIPALMENTE POR LA VÍA RENAL, EN CASO DE UNA DISFUNCIÓN RENAL, HAY QUE PROCEDER CON CAUTELA O EMPLEAR OTROS MEDIOS.

SUMINISTRACION.- SE HACEN TABLETAS DE 50 Y 100 MGS., EN SOLUCIONES DE 100 MGS. POR CC CUBICO PARA ADMINISTRACIÓN PARENTERICA, Y POR ÚLTIMO, EL JARABE QUE TIENE LA MISMA PROPORCIÓN POR CC. CUBICO.

ESTREPTOMICINA. -

OBTENIDA POR WAKSMANN, SCHATZ Y BUGIEE EN EL AÑO DE 1944, ES UN PRODUCTO MUY ACTIVO CONTRA LA MAYORÍA DE LOS GÉRMENES GRAN NEGATIVOS, LO MISMO CON EL BACILO DE KOCH, DE ACCIÓN TANTO IN VITRO COMO IN VIVO, ES MUY ESTABLE Y CONSERVA SU ACCIÓN ACTIVA ENTRE 15 Y 20 DÍAS SIN NECESIDAD DE MANTENERLA EN REFRIGERACIÓN, COMO OTROS ANTIBIOTICOS, SIN EMBARGO, ES RECOMENDABLE PARA SU MEJOR CONSERVACIÓN. ES BACTERIOSTÁTICA EN CANTIDADES PEQUEÑAS Y BACTERICIDA EN MAYOR CONCENTRACIÓN. SE VALORA POR UNIDADES, UN GRAMO CORRESPONDE A UN MILLÓN DE UNIDADES, SUS PRIMEROS ENSAYOS, SE PRACTICARON EN EL COBAYO Y MAS TARDE EN EL HOMBRE.

VIA DE ADMINISTRACIÓN. - ES LA MUSCULAR, PERO SE PUEDE USAR INTRATECAL E INTRA-PLEURAL, LA VÍA VENOSA NO ES RECOMENDADA, MAS SIN EMBARGO, MUY DILUIDA EN SUERO FISIOLÓGICO Y APLICÁNDOLA EN FORMA LENTA SE LE PUEDE ADMINISTRAR. SE PRESENTA EN FORMA DE POLVO BLANCO, MUY FINO Y MUY DIFUSIBLE, LO QUE SE CONSIGUE CON AGUA DESTILADA O SUERO FISIOLÓGICO, CON ESTE ÚLTIMO ES MENOS DOLOROSA Y MEJOR TOLERADA. LA DOSIS CORRIENTE VARÍA SEGÚN EL PESO, EDAD Y GRAVEDAD DEL CASO Y VARÍA ENTRE 1/2 A 4 GRAMOS AL DÍA REPARTIDOS EN VARIAS DOSIS, PARA IR DECLINANDO SEGÚN LO AMERITA EL CASO. LOS ESTUDIOS CLÍNICO-EXPERIMENTALES HAN LLEGADO A LA CONCLUSIÓN QUE SU CONCENTRACIÓN EN LA

SANGRE LLEGA A LOS 16 MILIGRAMOS POR CC CON LA INYECCIÓN DE UN GRAMO DE DROGA, POR LO TANTO, ES DIEZ VECES SUPERIOR A SU ACCIÓN BACTERIOSTÁTICA Y SIN EFECTOS TÓXICOS.

ABSORCIÓN Y ELIMINACIÓN. LA ESTREPTOMICINA APLICADA PARENTERICAMENTE, SE ABSORBE CON MUCHA RAPIDEZ Y ES ELIMINADA POR LA ORINA. PASA FÁCILMENTE AL LÍQUIDO CEREBRO-RAQUIDEO, CAVIDAD PLEURAL Y PERITONEAL. POR VÍA BUCAL ES POCO ABSORBIBLE Y REDUCE EN GRAN PARTE LA FLORA GASTRO - INTESTINAL, RAZÓN ESTA QUE SE APROVECHA PARA COMBATIR LOS DESÓRDENES DE ESTE APARATO. EN CASO DE RIÑÓN INSUFICIENTE, SU APLICACIÓN DEBE SER PRUDENTE PARA EVITAR CONSECUENCIAS DESAGRADABLES,

TOXICIDAD.- LA TOXICIDAD DE LA ESTREPTOMICINA ES POCa, MÁXIME SI SU PUREZA ES GARANTIZADA, NO PRODUCE DOLOR EN EL PUNTO DE LA APLICACIÓN, TODAVIA SE DISCUTE LAS PROPIEDADES BACTERIOLOGICAS DE LA ESTREPTOMICINA CON RELACIÓN A LA DIHIDROESTREPTOMICINA, ESTA ÚLTIMA SE DERIVA DE AQUELLA POR HIDROGENACIÓN

CATALÍTICA, LA ESTREPTOMICINA ES MAS ESTABLE Y SU APLICACIÓN ES LA MISMA, EN CUANTO A TOXICIDAD, LA ESTREPTOMICINA ATACA LA RAMA VESTIBULAR DEL 8o PAR CRANEAL Y LA DIHIDRO-ESTREPTOMICINA LA DIRIGE A LA RALINDRURIAS , ALBUMINUREAS Y AUN TRASTORNOS MAS DRAMÁTICOS POR LO QUE SE ACONSEJA USARLA PRUDENTEMENTE, COMO LA MAYORÍA DE LOS ANTIBIÓTICOS, DA LUGAR A LA PROCREACIÓN DE MICROBIOS, HONGOS Y BACTERIAS.

POSOLOGÍA.-LA POSOLOGÍA LA FIJA EL MEDICO DE ACUERDO CON LA EDAD, PESO DEL PACIENTE ENTE, ESTADÓ DE GRAVEDAD Y CONDICIONES NUTRICIONALES DEL ENFERMO Y COMO DIJE ANTERIORMENTE DE 1/2 A 4 GRS PUEDE SER LA DOSIS DIARIA REPARTIDAS EN VARIAS INYECCIONES .

POSOLOGIA.

SON MUCHAS LAS INDICACIONES DE LA DROGA ALUDI DA, ENTRE ELLAS TENEMOS A LA TUBERCULOSIS COMO UNA DE LAS PRINCIPALES Y QUE ESTÁ RELACIONADA A MI TRABAJO SU USO SE HA GENERALIZADO ENTRE LOS TISIÓLOGOS POR SER UNA DROGA ACTIVA EN LOS CASOS DE T.B.C PROGRESIVA O ESTACIONARIAS, EXUDATÍ VAS, NEUMÓNI CAS, HEMATÓGENAS, PLEURALES, MENÍNGEAS, CUTÁNEAS, EN LA TUBERCULOSIS DE LOS HUESOS Y ARTICULACIONES, EN LAS FÍSTULAS PULMO-PLEURO-CUTANEAS, EN FÍN EN TODAS LAS FORMAS CLÍNICAS DE LA TUBERCULOSIS EN GENERAL, EN LAS PATOLOGÍAS -GASTROINTESTINALES, PERITONEALES, RENALES Y POR ULTIMO EN EL POST-OPERATORIO DE LAS LOBOTOMÍAS Y NEUMOTOMIAS AS" EN TODAS LAS INCIDENCIAS QUIRÚRGICAS DEL TORAX Y RELACIONADAS CON ESTA ENFERMEDAD. A VECES COMBINADAS O ASOCIADAS CON OTRAS DROGAS ANTI-TUBERCULOSAS PUEDEN EVITAR RESISTENCIAS O AL ME, NOS DEMORARLAS.

OTRAS DROGAS ANTI-TUBERCULOSAS. - No HAGO MAS QUE MENCIONARLAS POR FALTA DE EXPERIENCIA .

- 1.- LA CICLOSERINA .
- 2.- V I O M I C I N A .
3. - R I M I F O N ; Y
4. - R E A S I D E .

C A S U Í S T I C A .

HISTORIA CLÍNICA No I. HISTORIA CLINICA No 1.
RAYOS X No 10.

NOMBRE...P.V.P SEXO..FEM... .FECHA NAC.7. .X.. 1924.....
LUGAR DE NAC. .BELÉN. .OCOTEPEQUE RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.....
CONCEPCIÓN DE BARRANCOS DOMICILIO. .CONCEPCIÓN DE BARRANCOS...
PROFESION. . .OF DOMÉSTICOS ENVIADO POR, .HOSPITAL DE OCCIDENTE...
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS.REFIERE LA ENFERMA QUE SU MADRE Y UNA
HERMANA MURIERON DE TOS Y CALENTURA , VÓMITOS DE SANGRE Y EXTREMA FLAQUEZA, Q'
SU ENFERMEDAD LES DURÓ 2 AÑOS A LA PRIMERA Y MENOS A LA HERMANA

ENFERMEDAD ACTUAL: REFIERE LA ENFERMA QUE HACE CUATRO MESES VIENE PADECIENDO DE
TOS SECA, SIN EXPECTORACIÓN DURANTE EL DÍA, POCA POR LA MAÑANA Y
DE ASPECTO MUCOPURULENTO, QUE LE DUELE MUCHO LA GARGANTA AL TOSER, FUERTE DOLOR DE
COSTADO DERECHO QUE SE ACENTÚA CON EL TRABAJO Y POR LA NOCHE AL ACOSTARSE, DUERME SOBRE
ESE COSTADO PORQUE ES DE LA ÚNICA MANERA QUE TIENE GUSTO, NO TIENE APETITO, HA
PERDIDO PESO EN POCOS DÍAS, SE ENRONQUECE FACILMENTE SOBRE TODO CUANDO EL TIEMPO ESTA
HELADO, SUDA POR LA NOCHE, SIENTE IRRITACIONES POR LA MAÑANA, LE DAN MUCHOS DESEOS
DE LLORAR MÁXIME CUANDO SE ACUERDA DE SUS PARIENTES MUERTOS, PORQUE ASÍ LE EMPEZÓ SU
ENFERMEDAD, SIENTE FATIGA, CANSANCIO AL CAMINAR, LO MISMO AL HACER TRABAJO QUE
REQUIERA POCA FUERZA. POR ESE MOTIVO INGRESÓ AL HOSPITAL EL DÍA 25 DE FEBRERO DE 1959
Y REMITIDA A ESTE DISPENSARIO EL DÍA 13 DE LOS MISMOS.

ANTECEDENTES PERSONALES.- SARAMPIÓN, TOS FERINA, VARICELA, PAPERAS Y PALUDISMO;
Fué VACUNADA CONTRA LA VIRUELA, NO TIENE PRUEBA DE TUBERCULINA, NO TIENE
TRATAMIENTO ANTERIOR ANTI-T.B.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. MADRE MUERTA HACE CINCO AÑOS, LO MISMO SU HERMANA,
POSIBLEMENTE DE T.B.B. PULMONAR.

EXAMEN FÍSICO.- TEMPERATURA, 37.9; ... PULSO, 84; ... P.ART. 80 x 60
PESO...78.5 LBS.

EXAMEN RADIOLÓGICO.- SOMBRA HOMOGÉNEA EN EL SENO COSTO-DIAFRAGMÁTICO DERECHO,
CON PRESENCIA DE LÍQUIDO HASTA EL NIVEL DEL 5.0 ESPACIO INTERCOSTAL ANTERIOR;
SUAVE INFILTRADO EN EL VÉRTICE DERECHO, GRAN RECARGO HILAR BILATERAL CON
EXAGERACIÓN DE LA TRAMA BRONCOVASCULAR, ARMazón ÓSEA Y MEDIASTINO, NORMALES.

DIAGNÓSTICO.- T.B.B. PULMONAR, PLEURESÍA CON DERRAME EN EL LADO DERECHO.

CLASIFICACIÓN.- MÍNIMA ACTIVA.

RECOMENDACIONES.- TRATARLA CON PAS Y HAÍN.

R.X. CONTROL... EL 30 DE JULIO DE 1959.

HOJA DE TRATAMIENTO.

NOMBRE.... P.V.P.... SEXO...FEM. ... FECHA DE NAC. 7 DE X DEL 24.
FECHA DE INICIACIÓN.... 30/XI/59.... LUGAR .. .CONCEPCIÓN DE BARRANCOS...

EN ESTA FECHA INICIA TRATAMIENTO CON 12 GRS. DE PAS AL DÍA, Y, 300 MLGS,
DE HAÍN.

RECIBIÓ ESTE MISMO TRATAMIENTO DURANTE SIETE MESES, SE LE HA PRACTICADO CONTROLES
CON R.X. CADA TRES MESES; SE LE DIERON RECONSTITUYENTES, MULTIVITAMÍNICOS Y SUS
RESPECTIVOS CONSEJOS.

CONTROL R.X....30/VI/59...LECTURA: LA SOMBRA HOMOGÉNEA DESCRITA EN LA R.X.
DE INVESTIGACIÓN, HA DESAPARECIDO TOTALMENTE, NO SE OBSERVA NIVEL
LÍQUIDO, MEJORA SATISFACTORIAMENTE.

CONTROL..R.X...2/IX/59... LECTURA: CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR,
NO HAY CAMBIO .

OTROS CONTROLES....2/XI I/59. Y, 2/VI/60.. CON LA MISMA LECTURA ANTERIOR.

NOMBRE...M.R.G.S..... SEXO ...FEM.... FECHA NAC...NO DA DATOS (50 AÑOS)...
LUGAR NACIMIENTO...SN. SEBASTIÁN...RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS....
SANTA ROSA DE COPAN DOMICILIO . . . 3TA .ROSA DE COPAN
PROFESIÓN...OF. DOMÉSTICOS ENVIADO POR. ..HOSP.DE OCCIDENTE.....
MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN..INVESTIGACIÓN.FECHA DE INVESTIGACIÓN 2/V/59
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS. DE.T.B,C:Tío,F.G.S. MURIÓ EL 28/XI I/58....
UNA HERMANA L.G.S.. EN TRATAMIENTO ESTE DISPENSARIO.....

ENFERMEDAD ACTUAL: REFIERE LA ENFERMA QUE HACE DOS MESES EMPEZÓ A SENTIR MOLESTIAS EN SU CUERPO, DOLORS GENERALIZADOS, ESPECIALMENTE EN LA NUCA Y ESPALDA,

ESTE ÚLTIMO, ACENTUADO QUE LA OBLIGA A REPOSTARSE CON FRECUENCIA, QUE HACE UN AÑO PADECE DE TOS, MUCOSA ALGUNAS VECES Y PURULENTO OTRAS, SE ALCANZA EN LA RESPIRACIÓN, SE FATIGA CON FACILIDAD, NO COME, HA PERDIDO MUCHO PESO, PADECE DE RONQUERA POR LAS MAÑANAS AL LEVANTARSE, LA QUE MEJORA A MEDIDA QUE

CALIENTA EL SOL, SUDA ENORMEMENTE EN LA ESPALDA Y AXILA, LLORA CON FRECUENCIA,

LE TIENE MIEDO A LA GENTE, SUFRE DE CÓLERAS FRECUENTES, EL HECHO DE UNA MALA MIRADA ES SUFICIENTE PARA ENOJARSE; NO QUERÍA INTERNARSE EN EL HOSPITAL POR TEMOR A QUE NO LA RECIBIERAN Y FUE PRECISO FORZARLA. TIENE TUBERCULINA POSITIVA, NO HA TENIDO RP ANTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES.- SARAMPIÓN A LOS SIETE AÑOS, TOS FERINA, VARICELA, PAPERAS Y PALUDISMO, HA SUFRIDO DE GRIPE FRECUENTES, DE DIEZ A DOCE VECES EN EL AÑO; HA TENIDO NUEVE EMBARAZOS.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.- UN TÍO F.G.S., MURIÓ DE T.B.C. PULMONAR, HERMANA L.G.S ESTA EN TRATAMIENTO EN ESTE DISPENSARIO.

EXAMEN FÍSICO.- TEMP. 38.5...PULSO...88... P.ART. 90 x 70...PESO 94 LBS....

EXAMEN RADIOLÓGICO.- INFILTRADO DE TODO EL CAMPO PULMONAR DERECHO, MÁS DENSO A NIVEL DE LA BASE, BORRAMIENTO DEL SENO COSTODIAFRAGMÁTICO DEL MISMO LADO. ENGROSAMIENTO PLEURAL A NIVEL DEL VÉRTICE DERECHO, ADOSADO A LA COLUMNA VERTEBRAL. (CASQUETE PLEURAL).- INFILTRADO DEL VÉRTICE Y PRIMER ESPACIO INTERCOSTAL IZQUIERDO, PRESENTA EL MISMO VELO PLEURAL EN EL MISMO NIVEL DEL VÉRTICE, MENOS HOMOGÉNEO. SOMBRA DENSA EN LA BASE IZQUIERDA QUE ALCANZA -- HASTA EL TERCER ESPACIO INTERCOSTAL, NO HAY EVIDENCIA DE LÍQUIDO. CONSTITUCIÓN ÓSEA, NORMAL, MEDIASTINO DESVIADO LIGERAMENTE HACIA LA IZQUIERDA.

DIAGNÓSTICO.- T.B.C. PULMONAR. PLEURESÍA SECA BILATERAL, MÁS DENSA AL LADO IZQUIERDO.

CLASIFICACIÓN.- MODERADAMENTE AVANZADA, ACTIVA.

RECOMENDACIONES.- TRATARLA CON 2 GRS. DE DIHIDROESTREPTOMICINA A LA SEMANA Y 300 MLGS. DE HAÍN AL DÍA, INYECTAR HÍGADO CRUDO Y COMPLEJO BI UN CC. DIARIAMENTE.

R.X.CONTROL... 2/VIII/59.- EXAMEN DE LAB. ESPUTO DIRECTO, POSITIVO.

ROJA DE TRATAMIENTO.

NOMBRE. . . .M.R. G.S EDAD. . .50 AÑOS .. SEXO... . FEM. .. FAMILIA .

FECHA DE INICIACIÓN..... 2/V/59....LUGAR...STA. ROSA COPAN

EN ESTA FECHA SE INICIA TRATAMIENTO CON 2 GRS. DE B.H. A LA SEMANA Y, 300 MLGS. DE HAÍN AL DÍA. ESTE TRATAMIENTO SE LE APLICÓ HASTA EL 15/V61;

LOS CONTROLES SE SUCEDIERON CADA TRES MESES, HABIENDO DESAPARECIDO LA PATOLOGÍA PLEURAL A LOS NUEVE MESES, SIN DEJAR ADHERENCIAS. -LOS CONTROLES DE ESTA PACIENTE SE HACEN SISTEMÁTICAMENTE CADA TRES MESES Y ESTO OBEDECE A LA LESIÓN TUBERCULOSA DEL PARENQUIMA PULMONAR. ACTUALMENTE ESTA CLÍNICAMENTE CURADO.

NOMBRE, E.R.M.....SEXO...FEM_____FECHA NAC. 24/VII/1904.....7.

LUGAR NACIMIENTO...STA. ROSA COPAN...RESIDENCIA ÚLTIMOS 5 AÑOS...S. ROSA.

COPAN.....Domicilio..STA. ROSA DE COPAN.....

PROFESIÓN...OF. DOMÉSTICOS.....ENVIADO POR...HOSP. DE OCCIDENTES.....

MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN...INVEST...FECHA DE DIAGNÓSTICO...4/v/59.....

ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B...ESTA SEÑORA NO DA DATOS DE FAMILIARES DE MUERTOS O ENFERMOS DE T.B., EL DECIR DE ELLOS ES QUE ALGUNOS PARIENTES

MURIERON DE TOS Y CALENTURA:.....

ENFERMEDAD ACTUAL.- REFIERE LA ENFERMA QUE HACE UN AÑO ESTUVO PADECIENDO DE CALENTURAS, RESIDUOS DE UNA GRIPE QUE LE DURÓ MÁS DE UN MES, QUEDANDO DESDE ESA FECHA CON TOS PRODUCTIVA, MUCO-PURULENTO, OCASIONALMENTE MANCHADA CON ESTRÍAS DE SANGRE, FUERTE DOLOR EN EL PECHO, POR LAS TARDES SE PONE AFÓNICA, SUDA POCO, ESPECIALMENTE POR LA NOCHE, SE CANSA CON FACILIDAD AL HACER EJERCICIO Y AÚN SIN HACERLO LE FALTA POR MOMENTOS AIRE PARA RESPIRAR, HA PERDIDO EL APETITO, PADECE DE NÁUSEAS, HA PERDIDO PESO, HACE POCO TIEMPO TRABAJABA MUCHO SIN SENTIR CANSANCIO Y COMO NO TIENE QUIEN POR ELLA, LE PREOCUPA MUCHO SU ENFERMEDAD. NO TIENE PRUEBA DE TUBERCULINA, NO TIENE RP ANTERIOR

ANTECEDENTES PERSONALES.- SARAMPIÓN, TOS FERINA, PALUDISMO Y GRIPE FRECUENTE.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS... .NO DÁ HISTORIA.

EXAMEN FÍSICO... TEMP...37, PULSO...70, ...P.A. 102 x 50, ...PESO...71.....

EXAMEN RADIOLÓGICO...SE OBSERVA LIGERO INFILTRADO EN EL VÉRTICE

DERECHO, BORRAMIENTO DEL SENOS COSTODIAFRAGMÁTICO DEL MISMO LADO CON PROYECCIÓN DE UNA SOMBRA QUE SE DIRIGE HACIA LA PARED COSTAL HASTA LA ALTURA DEL 5,0 ESPACIO INTERCOSTAL: SE OBSERVA UN VELO PARA HILAR DESDE LA PARTE SUPERIOR DE LA IMAGEN CARDÍACA HASTA EL VÉRTICE. EN EL LADO IZQUIERDO, INFILTRADO MODERADO A NIVEL DEL 3,0 Y 4,0 ESPACIO INTERCOSTAL, SOMBRA HOMOGÉNEA A NIVEL DEL SENOS Y BASE DEL "MISMO LADO HASTA EL 5,0 ESPACIO INTERCOSTAL, A ESTE NIVEL SE OBSERVA LÍQUIDO PLEURAL.

EXAMEN DE ESPUTO DIRECTO, POSITIVO.

DIAGNÓSTICO...T.B.C. PULMONAR, PLEURESÍA SECA DERECHA Y CON DERRAME IZQUIERDA.

CLASIFICACIÓN...MODERADA ACTIVA.

RECOMENDACIONES... TRATARLA CON D.H. 2 GRS. SEMANALES Y HAÍN 300 MLGS. AL DÍA.

R.X. CONTROL... 4/v/59.

REGISTRO DE TRATAMIENTO,

NOMBRE ... E.R.M..... .EDAD. . .55 AÑOS .. .SEXO. . FEM. . . FAMILIA No 17

LUGAR DE NAC .. .STA, ROSA DE COPÁNFECHA DE INICIACIÓN 4/v/59

HOY SE INICIA TRATAMIENTO CON 2 GRS. D.H. A LA SEMANA Y HAÍN 300 MLGS. AL DÍA, SE LE INDICA ADEMÁS TRATAMIENTO RECONSTITUYENTE. HÍGADO, HIERRO Y VITAMINAS.

CON ESE TRATAMIENTO ESTUVO HASTA EL 2 DE ENERO DE 1960, CAMBIÁNDOLO POR PAS Y HAÍN HASTA EL 2/v/60.

CONTROL R.X....4/v/59...LECTURA: CON RELACIÓN A LA PLACA INICIAL, SE OBSERVA SATISFACTORIA MEJORÍA DE TODAS LAS LESIONES ANOTADAS ANTERIORMENTE, SENOS DERECHO LIBRE: EN LA LASE IZQUIERDA, SE NOTAN SINEQUIAS EN FORMA DE ----- TIENDA DE CAMPAÑA.

CONTROL R.X... 4/1/61..LESIONES PULMONARES ESTABILIZADAS, SINEQUIAS RESIDUALES EN LA BASE IZQUIERDA. SE LE RECOMIENDA ALIMENTARSE BIEN, POCO TRABAJO, EVITAR LOS ABUSOS PLACENTEROS Y PRESENTARSE PUNTUALMENTE CADA SEIS MESES A SU RESPECTIVO CONTROL DE RAYOS X.

HISTORIA CLÍNICA: 1 N°4 HISTORIA FAMILIAR...No 95.
 HISTORIA CLÍNICA... N° 95.
 RAYOS X...NO, 95.

NOMBRE...M.S.MSEXO... .MASC ... FECHA NAC...NO DA DATOS (74 AÑOS)
 LUGAR DE NAC...GUARITA, GRACIAS.....RES IDENCI A EN ÚLTIMOS 5 AÑOS...STA.RO
 SA DE COPÁN..... .DOM I C IL I O . . .STA .ROSA DE COPÁN
 PROFESIÓN...AGRICULTOR.....ENVIADO POR...DISPENSARI O.....
 MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN...INVEST FECHA DIAGNÓSTICO...24/VIII/59.....
 ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B. SU MADRE MURIÓ HACE 24 AÑOS DE TOS
 BÓMITO DE SANGRE, CALENTURAS Y CAQUEXIA. UN HERMANO L.N.M., INICIÓ TRATAMIENTO
 ANTI-TUBERCULOSO EN ESTE DISPENSARIO, ABIÉNDOLO ABANDONADO CUATRO MESES
 DESPUÉS.....

ENFERMEDAD ACTUAL:..REFIERE EL ENFERMO QUE EL 25 DE MAYO DEL 59 SE PRESENTÓ A SANIDAD
 A QUE SE LE PRACTICARA SU INVESTIGACIÓN PULMONAR, EFECTIVAMENTE SE LE TOMÓ SU R.X PULMONAR
 Y NO ENCONTRANDO MÉRITO PARA SU TRATAMIENTO, SE LE CITÓ PARA DOS MESES DESPUÉS, NO
 COMPARECIENDO EN LA FECHA INDICADA. EL 24 DE AGOSTO DEL MISMO AÑO, SE PRESENTA CON
 PLACA DE R.X. DEL HOSPITAL DE -OCCIDENTE, PRESENTANDO EL CUADRO SIGUIENTE
 TEMPERATURA, TOS, ESPUTO MUCOSO, DOLOR DE PECHO, DISNEA, FATIGA, SUDORES NOCTURNOS, SIN
 APETITO, PERDIDA DE -PESO, CARRASPERA O RONOJERA, SUDORES DIURNOS Y NOCTURNOS,
 PADECE DE MAREOS, CEFALALGIAS Y OTROS DOLORES GENERALIZADOS, PALIDEZ, CAQUEXIA Y
 AGOTAMIENTO -GENERAL. NO TIENE PRUEBA DE TUBERCULINA, NO TIENE RP ANTERIOR,
 ANTECEDENTES PERSONALES.. .SARAMPION , TOS FERINA, VARICELA, PAPERAS, PALUDISMO, NEUMONÍA
 Y GRIPES REPETIDAS.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS... .PADRE MUERTO DE T.B. PULMONAR, HERMANO CON LESIONES
 ACTIVAS TUBERCULOSAS Y EN TRATAMIENTO EN ESTE DISPENSARIO.

EXAMEN FÍSICO... TEMP. 38...PULSO...76,...P.A. 90 x 40. ..PESO. 107 LBS
 EXAMEN RADIOLOGICO.. .SOMBRA DIFUSA EN LA BASE DERECHA, HASTA EL NIVEL DEL 4o, ESPACIO
 INTERCOSTAL; OPACIDAD PLEURAL EN LA BASE IZQUIERDA EN FORMA DE CRESTAS CON
 PROLONGACIÓN PARA-HILIAR HASTA LA REGIÓN SUB-CLAVICULAR DEL MISMO LADO. LA IMAGEN
 CARDÍACA SE ENCUENTRA DESFIGURADA POR LA MISMA IRRITACIÓN PLEURAL Y LOS GRANDES RECARGOS
 EN LOS HILIOS, HAY MARCADA ACENTUACIÓN DE LA TRAMA BRONCO VASCULAR, ARMAZÓN OSEA NORMAL,
 MEDIASTINO SUPERIOR NORMAL, LA PARTE INFERIOR DEL MEDIASTINO DESFIGURADO.

EXAMEN DE LAS... ESPUTO DIRECTO, POSITIVO, UN BACILO POR CAMPO, DLAGNÓSTICO. . .T.B
 .C. PULMONAR, PLEURESÍA SECA BILATERAL, MAS ACENTUADA EN LA BASE DERECHA. CLASIFICACIÓN
 MINIMA ACTIVA.

RECOMENDACIONES... TRATARLO CON PAS Y HAÍN.
 R.X.CONTROL... 24/x/59.

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE M.S.M. EDAD ... 34 AÑOS... SEXO...MASC...FAMILIA N° 95.
 FECHA DE INICIACIÓN...24/vI I I/59 DOMICILI O...STA.ROSA DE COPAN.....
 SE INICIA TRATAMIENTO EL 24 DE AGOSTO DE 1959 INDICÁNDOLE 12 GRs. DE
 PAS Y 300 MLGS. DE HAÍN AL DIA, REPARTIDOS EN TRES TOMAS; ADEMÁS SE LE DIO SU
 TRATAMIENTO ANTI ANÉMICO, ANTI V I TAMÍN ICO Y SU CHARLA PARA LA BUENA MARCHA DE SU TRATA-
 MIENTO.

R,X.CONTROL...24/xI/59. SE NOTA MEJORÍA SATISFACTORIA DESCRITAS EN RADIOGRAFÍA
 ANTERIOR...EL VELO QUE OCUPABA EL SENO IZQ-
 UIERDO HA DESAPARECIDO COMPLETAMENTE, EN EL LADO DERECHO MEJORA PAULATINAMENTE.

R.X.CONTROL...26/11/60...CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, LAS BASES
 PULMONARES HAN LIMPIADO COMPLETAMENTE, NO HAY PRESENCIA DE ADHERENCIAS.

R.X. CONTROL20/v/6... .CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR NO HAY CAMBIO. EL
 TRATAMIENTO DE ESTE ENFERMO DURÓ NUEVE MESES Y EN LA ACTUALIDAD SIGO CONTROLÁNDOLO CADA
 SEIS MESES,

HISTORIA CLÍNICA No 5 HISTORIA FAM. No.134...
HISTORIA CLÍNICA .Nº.134....
RAYOS X Nº134..

NOMBRE...A.L.A SEXO...MASC...FECHA NAC...13/6/1926
LUGAR DE NACIMIENTO. .GUATEMALA.....RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS...
..COPAN RUINAS DPTO.COPÁN DOMICILIO....COPAN RUINAS.
PROFESIÓN. .AGRICULTOR ENVIADO POR HOSPITAL DE OCCIDENTE...
MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN...INVESTIG...FECHA DE DIAGNÓSTICO 4/VI/59.....
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B.No DA MAYORES DATOS, REFIERE QUE
MUCHOS DE SUS FAMILIARES PADECEN DE TOS CRÓNICA, OTROS HAN MUERTO DE DIFERENTES
EN FERMEADES ..: ..

ENFERMEDAD ACTUAL; ESTE PACIENTE LO REMITEN DEL HOSPITAL DE OCCIDENTE CON EL
SIGUIENTE CUADRO; TOS PERTINAZ, QUÍNTOSA, POCO PRODUCTIVA, LA QUE VIENE
PADECIENDO HACE MÁS DE UN AÑO, ESPUTO MUCOSO, POCO ABUNDANTE Y MANCHADO DE SANGRE,
FUERTE DOLOR DE COSTADO IZQUIERDO, DISNEA INTENSA, FATIGA, A FONÍA COMPLETA,
PALIDEZ EXTREMA DE LOS TEGUMENTOS, SUDORACIONES PROFUSAS, Poca URINA, NO DUERME,
NO COME Y HA PERDIDO PESO EN GRADO SUMO, SE FATIGA AL MENOR ESFUERZO. TUBERCULINA
POSITIVA, NO HA TENIDO RPM ANTERIOR. ANTECEDENTES PERSONALES... SARAPIÓN, TOS
FERINA, VARICELA, PAROTIDITIS, PALUDISMO, NEUMONÍA EN TRES VECES Y GRIPES
FRECUENTES,

ANTECEDENTES HEREDITARIOS .. .PADRES MUERTOS HACE ALGÚN TIEMPO, DESCONOCE LA
CAUSA DE ELLO, PERO SEGÚN REFERENCIAS, SU PADRE MURIÓ DE TISIS.

EXAMEN FÍSICO... TEMP.36.8...PULSO,70... P.A. 110 x 60... PESO 109 LBS....

EXAMEN RADIOLÓGICO...OPACIDAD HOMOGÉNEA EN TODO EL CAMPO PULMONAR IZQUIERDO
HASTA EL NIVEL DEL BORDE INFERIOR DE LA CLAVÍCULA, SE OBSERVA MUY DISIMULADAMENTE
Y EN LA REGIÓN RETROCLAVICULAR UNA CLARIFICACIÓN GIGANTE DE 7X6 CM. EN EL LADO DERECHO,
LIGERO INFILTRADO DEL VÉRTICE CON GRAN RECARGO

HILAR Y EXAGERACIÓN DE LA TRAMA BRONCO VASCULAR; ESCOLIOSIS IZQUIERDA, -
DESVIACIÓN EXAGERADA DEL MEDIASTINO HACIA EL LADO IZQUIERDO.

EXAMEN DE LAB... ESPUTO DIRECTO, POSITIVO, TRES BACILOS POR CAMPO.

DIAGNÓSTICOT, B .C. PULMONAR, ENGROSAMIENTO PLEURAL IZQUIERDO (PLEURESÍA)

CLASIFICACIÓN...AVANZADA ACTIVA.

RECOMENDACIONES... TRATARLO CON PAS Y HAÍN.

R.X.CONTROL...4/IX/59.

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE A.L.A..... EDAD...34 AÑOS...SEXO...MASC...FAM...Nº 134
FECHA DE INICIACIÓN.13/VII/59LUGAR ...TALGUA DPTO.LEMPIRA
INICIA TRATAMIENTO EL DÍA DE HOY CON 12 GRAMOS DE PAS Y 300 MLGS. DE HAÍN AL DÍA,
REPARTIDOS EN TRES TOMAS. ESTE TRATAMIENTO LO SOSTUVO HASTA EL 7 .
DE FEBRERO DE 1961, LAS LESIONES PULMONARES ESTÁN ESTABILIZADAS, LA BACILOSCOPIA ----
LOSCOPIA ES NEGATIVA.

R.X. CONTROL...4/lx/59... LAS LESIONES PLEURALES DEL LADO IZQUIERDO,
HAN DESAPARECIDO COMPLETAMENTE , LO MISMO CON EL PEQUEÑO INFILTRADO DEL VÉRTICE
DERECHO, LA CLARIFICACIÓN ANOTADA EN LA PRIMERA RADIOGRAFÍA, HA REDUCIDO DE
TAMAÑO; SE RECOMIENDA CONTINUAR SU TRATAMIENTO HASTA NUEVA ORDEN.

R-X.CONTROL...4/xII/59... CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR SE OBSERVA
MEJORÍA DE LA CLARIFICACIÓN DESCRITA, NO PRESENTA SECUELAS DE LAS OTRAS LE, SIONES
DESCRITAS.

R.X .CONTROL... 4/lII/60... CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, SE OBSERVA
MEJORÍA DE LA CLARIFICACIÓN DESCRITA.

R.X.CONTROL... 7/VI/60... LA CLARIFICACIÓN APUNTADA EN CONTROLES
ANTERIORES, SE ENCUENTRA EN VÍA DE CICATRIZACIÓN,

HASTA LA FECHA ACTUAL, SE LE HAN PRACTICADO TRES CONTROLES MAS, SIN MUCHO
CAMBIO CON RELACIÓN AL ULTIMO CONTROL DESCRITO.

HISTORIA CLÍNICA No 6 HISTORIA CLÍNICA No 226

RAYOS X No 226

NOMBRE... R.A.R.DE L.....SEXO. FEM,..FECHA NACIMIENTO 13 DE ABRIL DE 1934
LUGAR DE NAC SN.JERÓNIMO DE COPAN...RESIDENCIA ULTIMOS 5 AÑOS TALGUA, LEMP.
..... Domicilio . . . TALGUA ,DPTO. DE LEMPIRA . . .
PROFESIÓN... OF. DOMÉSTICOS... ENVIADO POR HOSPITAL DE OCCIDENTE.....
MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN...INVEST FECHA DE DIAGNÓSTICO...13/VI 1/59.....
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B. COMO DE COSTUMBRE, ESTA GENTE NO DA DATOS;
PERO REGISTRANDO ARCHIVO DEL DISPENSARIO, DOS HERMANOS J.J.R. Y L.F.R.
ESTUVIERON EN TRATAMIENTO EN ÉSTE POR LESIONES MODERADAS DEL PARENQUIMA
PULMONAR Y QUE LO DESCONTINUARON POR TENER QUE TRASLADARSE A LA COSTA NORTE,

ENFERMEDAD ACTUAL.- REFIERE LA ENFERMA QUE HACE SETOS Y EXPECTORACIÓN,
EN LA ACTUALIDAD SOLO ACUSA POCA TOS, EXPECTORACIÓN MUGO-PURULENTA Y A -
DUMDANT, DOLOR EN EL COSTADO DERECHO, SE FATIGA CON SUMA FACILIDAD, CUANDO CAMINA
LIGERO O CORRE, LE FALTA LA RESPIRACIÓN, SUDA POCO POR LA NOCHE, SUFRE RONQUERAS PASAJERAS,
POR TEMPORADAS PIERDE EL APETITO, NO LE SIENTE SABOR A LAS COMIDAS, SUFRE DE DOLOR DE
CABEZA CONTINUAMENTE, HA PERDIDO POCO PESO,
EL ASPECTO GENERAL ES REGULAR, CON MOTIVO DE LA TENIDA DEL ULTIMO HIJO DE -----
SEIS QUE TIENE, SE SIENTE MÁS AGOTADA; NO TIENE PRUEBA DE TUBERCULINA NI *RP*.
ANTERIOR .

ANTECEDENTES PERSONALES. SARAMPIÓN, TOS FERINA, PAPERAS, PALUDISMO, YNEUMONIA.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. SIN IMPORTANCIA.

EXAMEN FÍSICO... TEMP. 37.4; PULSO, 80; P.A. 110 x 70; PESO, 111.5 LBS....
EXAMEN RADIOLÓGICO... INFILTRADO DE TODO EL CAMPO PULMONAR DERECHO, MÁS ACENTUADO
EN LOS DOS TERCIOS INFERIORES, ADHERENCIAS EN FORMA DE DENTELLONES
EN LA BASE Y NIVEL LÍQUIDO HASTA EL 6° ESPACIO INTERCOSTAL DEL MISM
CAMPO PULMONAR IZQUIERDO, EXAGERACIÓN DE LA TRAMA BRONCO VASCULAR, GRAN AUMENTO
DEL ÁREA CARDÍACA, ARMazón OSEA NORMAL, NO HAY DESPLAZAMIENTO DEL
MEDIASTINO DIASTINO,

EXAMEN DE LAB.... ESPUTO POSITIVO, DOS DACILOS POR CAMPO.

DIAGNÓSTICO...T.B. C. PULMONAR, PLEURESÍA CON DERRAME EN LA BASE DERECHA.

CLASIFICACIÓN... MODERADA ACTIVA. RECOMENDACIONES,.. TRATARLA CON PAS Y
HAÍN. R.X. CONTROL... 13/VII/59.

REGISTRO DE TRATAMIENTO. NOMBRE... R.A.R. DE L..... EDAD.. .26
AÑOS... SEXO... FEM... FAMILIA N° 226...

FECHA DE INICIACIÓN 13/VI/59.....LUGAR...TALGUA DPTO. DE LEMPIRA.....

HOYSE INICIA TRATAMIENTO CON PAS 12 GRS, YHAÍN 300 MLGS. AL DÍA REPARTIDOS EN
TRES TOMAS, ADEMÁS SE LE DAN RECONSTITUYENTES HEMATÓGENOS Y VITAMÍNICOS Y SUS
RESPECTIVOS CONSEJOS RESPECTO A LA CONDUCTA A SEGUIR PARA EL BUEN SUCESO DE SU
TRATAMIENTO.

ESTA PACIENTE HA SIDO CUMPLIDA EN SU TRATAMIENTO, YDESPUÉS DE CATORCE MESES
CONSECUTIVOS EN RECIBIRLO, SE LE SUSPENDIÓ PORCONSIDERARLA CLÍNICAMENTE CURADA,
COMPARECIENDO A ESTE DISPENSARIO PARA HACERLE SUS CONTROLES CADA TRES MESES.

R.X. CONTROL... I/IX/59.-LAS LESIONES INFILTRATIVAS DEL CAMPO PULMONAR
DERECHO, HAN DESAPARECIDO CASI EN SU TOTALIDAD, LO MISMO EL ENGROSAMIENTO PLEURAL
DESCRITO, QUEDANDO ÉSTE REDUCIDO A PEQUEÑAS ADHERENCIAS Y SIN NIVEL LÍQUIDO.

R.X.CONTROL I2/XI 1/59 .-CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR MEJORA
SATISFACTORIAMENTE, ÁREA CARDÍACA REDUCIDA DE TAMAÑO. ETC.ETC.

NOMBRE...R.D.P.CH..... SEXO...FEM FECHA NAC...7 DE MARZO DE 1915.....
LUGAR NAC... ,SN.JORGE.DPTO.OCOTEPEQUE...RESIDENCIA ÚLTIMOS 5 AÑOS...CASA QUE
MABA DPTO. DE SAN.TTA BÁRBARA DOM I C I L I O .. .CASA QUEMADA, STA .BÁRBARA.
PROFESIÓN...OF.DOMÉSTICOS..... ENVIADO POR HOSPITAL DE OCCIDENTE..
MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN...INVESTIG...FECHA DE DIAGNÓSTICO... ,3/1x/59
ANTECEDENTES FAMILIARES DE T.B.- PADRE MUERTO EN EL SALVADOR EN UN SANATO-
RIO ANTI-TUBERCULOSO.....

ENFERMEDAD ACTUAL: INGRESO AL HOSPITAL EL 28 DE V I I I /59.A CURARSE DE TOS,ESPUTO FÉTIDO Y
ABUNDANTE ,CALENTURAS Y DOLOR DE COSTADO.

ACTUALMENTE PRESENTA TOS FLOJA,EXPECTORACIÓN PURULENTA Y VARIADA EN COLORES, LIGERO DOLOR DE
PECHO EN EL LADO DERECHO,EN REPOSO SE SIENTE MUY BIEN PERO CON EL EJERCICIO SE FATIGA Y LE FALTA
LA RESPIRACIÓN,AL EXPONERSE A LAS CORRIENTES, SE ENRONQUECE PASAJERAMENTE, ALGUNAS VECES SUDA POR
LA NOCHE, COME BIEN Y CON MUCHO APETITO MAS . EN EL TIEMPO DE MEDIODÍA, POR LA TARDE COME
POCO POR TEMOR A QUE LE HAGA DAÑO,NOTA QUE HA PERDIDO POCO PESO, SU ESTADO GENERAL ES
SATISFACTORIO; NO TIENE PRUEBA DE TUBERCULINA, NO TIENE RP ANTERIOR Y ES MADRE DE ONCE
NIÑOS. ANTECEDENTES PERSONALES... SARAMPIÓN, VARICELA, TOS FERINA Y GRIPES REPETIDAS.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.- PADRE MURIÓ EN UN SANATORIO ANTI-TUBERCULOSO,-MADRE
APARENTEMENTE SANA.

EXAMEN FÍSICO... TEMP. 37.3;... PULSO,80;... P.A. 110 x 60;...PESO,77 LBS. EXAMEN
RADIOLÓGICO... SUAVE INFILTRADO DEL VÉRTICE IZQUIERDO Y PRIMER ESPACIO INTERCOSTAL
DEL MISMO LADO. INFILTRADO MÁS DENSO A NIVEL DEL 4° Y 5°, ESPACIO
INTERCOSTAL DERECHO Y EN DIRECCIÓN A LA LINEA MEDIO CLAVICULAR. ENGRÓSAMIENTO
PLEURAL DE AMBOS SENOS COSTODIO FRAGMÁTICOS , MÁS ACENTUADO AL LADO DERECHO; ARMazón ÓSEA
NORMAL, MEDIASTINO NORMAL. EXAMEN DE LAB... ESPUTO POSITIVO, UN BACILO POR
CAMPO. DIAGNÓSTICO... T.B.C. PULMONAR, PLEURESÍA SECA BILATERAL.
CLASIFICACIÓN... MODERADA ACTIVA. RECOMENDACIONES... TRATARLA CON PAS Y HAÍN.
R.X.CONTROL...3/XI 1/59.

REGISTRO DE TRATAMIENTO. NOMBRE...

R.D.P.CH.....SEXO ...FEM...FECHA NACIMIENTO 7 DE MARZO DE 1915.
FECHA DE INICIACIÓN,3/1X/59 LUGAR...CASA QUEMADA,STA.BÁRBARA
HOY SE INICIA TRATAMIENTO CON 12 GRs. DE PAS Y 300 MLGS. DE HAÍN, D I S T R I B U I D O S
EN TRES TOMAS AL DÍA, SE LE DA TRATAMIENTO ANTI-ANEMICO, (TRINSCIÓN) VITAMÍNICOS

POR TRATARSE DE UNA LESIÓN MIXTA-PLEUROPULMÓNAR, RECIBIÓ TRATAMIENTO POR
ESPACIO DE DIECIOCHO MESES HASTA DEJAR LAS LESIONES ESTABILIZADAS.

LAS LESIONES PLEURALES PROPIAMENTE DICHAS CURARON CLÍNICAMENTE A LOS
SEIS MESES DE TRATAMIENTO. LOS CONTROLES COMO SE ACOSTUMBRA EN ESTE DISPENSARIO
SE SUCEDEN CADA TRES MESES Y HE AQUÍ LA LECTURA DE ALGUNOS DE ELLOS;

R.X. CONTROL .. .3/x II/59 LAS LESIONES PLEURALES DESCRITAS EN LA RADIO
GRAFÍA ANTERIOR, HAN DESAPARECIDO COMPLETAMENTE, LAS LESIONES PARENQUIMATOSAS
MEJORAN SATISFACTORIAMENTE.

R.X. CONTROL...3/III/60, CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, HAY MEJORÍA DE LAS
LESIONES DESCRITAS ESPECIALMENTE LAS DEL VÉRTICE IZQUIERDO.

R.X.CONTROL4/vI/60. LESIONES DESCRITAS EN VÍA DE ESTABILIZACIÓN,
CONTINUAR TRATAMIENTO CON 300 MLGS. DE HAÍN SOLAMENTE.

R.X. CONTROL...5/1x/60. Y 7/XII/60.-LESIONES ESTABILIZADAS,SUSPENDER
TRATAMIENTO.

NOMBRE ...G.M.DE A SEXO..FEM....FECHA NAC...26 DE JUNIO DE 1915....
LUGAR DE NAC...SN.ANTÓNIO ...COPÁN RESIDENCIA ÚLTIMOS 5 AÑOS; FLORIDA...
COPAN DOMICILIO...FLORIDA, DPTO.COPÁN.....
PROFESIÓN...OF.DOMÉSTICOSENVIADO POR HOSPITAL DE OCCIDENTE...
MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN...INVESTIG ... FECHA DIAGNÓSTICO: 6/IX/59.....
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B.N° PRECISA CASOS; PERO HAY MALÍCIA
EN ELLA DE TENER CONVIVIENTES TUBERCULOSOS.....

ENFERMEDAD ACTUAL: REFIERE LA ENFERMA QUE HACE DOS MESES TIENE TOS CONSECUTIVA, SECA Y QUINTOSA, ESPUTO ESCASO Y MUCOSO, FUERTE DOLOR DE COSTADO DERECHO, FATIGA, DISNEA, CAMBIO DE VOZ, INAPETENCIA, NO HA PERDIDO PESO, SUFRE DE CALENTURAS DIARIAS CON ESCALOFRÍOS, POR ESO HA TOMADO VARIA PASTILLAS DE ARALEN SIN MEJORAR SU ESTADO. TOMÓ OTRAS MEDICINAS E INCLUSO LE INYECTARON CALCIO SIN RESULTADO ALGUNO, SE NOTA EN ELLA PREOCUPACIONES E INQUIETUDES, ES CASADA PERO NO TIENE FAMILIA; LA PRUEBA DE TUBERCULINA ES POSITIVA, NO TIENE RPM ANTERIOR.
ANTECEDENTES PERSONALES.- SARAMPIÓN, TOS FERINA, PAPERAS, VARICELA, PALUDISMO, GRIPES CADA QUINCE DÍAS, OPERADA DE HERNIA HACE UN AÑO.
ANTECEDENTES HEREDITARIOS...PADRE MUERTO, IGNORA LA CAUSA, MADRE VIVE Y PADECE DE TOS CRÓNICA, LO MISMO EL MARIDO DE SU ABUELA CON QUIENES CONVIVITE.
EXAMEN FÍSICO...TEMPERATURA, 37.5; PULSO, 84...P.A. 110 x 60 Y PESO, 94 LBS... EXAMEN RADIOLÓGICO.SE OBSERVA UNA SOMBRA DENSA DE BORDE SUPERIOR CURVILINEO Y DE CONCAVIDAD SUPERIOR OJJE SE CONTINÚA EN SU EXTREMO EXTERNO CON UNA FAJA DENSA HASTA EL LÍMITE SUPERIOR DEL SEGUNDO ESPACIO INTERCOSTAL DERECHO , EMPEZANDO EN LA BASE, A NIVEL DEL TERCER ESPACIO EN EL MISMO LADO, SE OBSERVA NIVEL LÍQUIDO, MAS ARRIBA DE LA CISURA SUPERIOR SE OBSERVA UN ARCO DE CONCAVIDAD INFERIOR SIMULANDO UNA CAVERNA GIGANTE Y QUE NO SE OBSERVA EN SU TOTALIDAD POR INTERPONERSE EL DERRAME PLEURAL.FN EL LADO IZQUIERDO, EXAGERACIÓN DE LA TRAMA BRONCO-VASCULAR CON MÚLTIPLES CALCIFICACIONES DISEMINADAS EN TODO EL CAMPO PULMONAR Y CON ESPECIALIDAD, MUY CERCA DE LOS HILIOS. ARMazón OSEA, NORMAL, MEDIASTINO MUY DESVIADO HACIA LA IZQUIERDA. EXAMEN DE LAB..ESPUTO DIRECTO , POSITIVO.
DIAGNÓSTICO.....B.C. PULMONAR. PLEURESÍA CON DERRAME LADO DERECHO.....
CLASIFICACIÓN.AVANZADA ACTIVA.TRES MESES DESPUÉS Y CUANDO EL DERRAMA SE HABÍA REABSORBIDO TOTALMENTE, SE APRECIÓ EN TODA SU EXTENSIÓN LA CAVERNA ALUDIDA.
RECOMENDACIONES.SE RECOMIENDA TRATARLA CON DIHÍDROESTREPTOMICINA Y HAÍN - DURANTE EL PRIMER MES, MAS SU TRATAMIENTO ANTI-ANEMICO Y VITAMÍNICO.....
R. X.CONTROL...6/xI 1/59

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE...G.M.DE A..... SEXO...FEM.... EDAD...45.AÑOS.,, FAMILIA.N° 266....
FECHA DE INICIACIÓN...6/VI/59 LUGAR FLORIDA..OPTO COPAN

HOY SE INICIA TRATAMIENTO CON 2 GRS DE DIHIDROESTREPTOMICINA A LA SEMANA Y 300 MGLS DE HAÍN AL DÍA , CAMBIAR UN MES DESPUÉS POR PAS Y HAÍN, 12 GR DEL PRIMERO AL DÍA CON 300 MGLS DE HAÍN, EN TRES TOMAS DIARIAS, ÉSTO ÚLTIMO SE HACE POR RAZONES ECONÓMICAS DE PARTE DE LA PACIENTE QUE VIVE A MAS DE 20 LEGUAS DE SANTA ROSA DE COPÁN, EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA.

LOS PRIMEROS TRES MESES SE LE ESTUVO CONTROLANDO FLUOROSCOPICAMENTE, NOTANDO EN ESE LAPSO LA DESAPARICIÓN DEL DERRAME Y LA SOMBRA, SU TRATAMIENTO-SE LE ALARGÓ POR LAS LESIONES PULMONARES CON COMITANTES,
R.X.CONTROL...8/xI I-59....6/1 I I/60 Y 8/VI/60 Y OTROS, NOTANDO DESDE EL PRIMERO DE ELLOS LA DESAPARICIÓN DE LAS LESIONES PLEURALES.

HISTORIA CLÍNICA No 9. HISTORIA FAM.... N°...319.
HISTORIA CLÍNICA N° . 319.
RAYOS X. N° . 319.

NOMBRE...J.P.L...., ... SEXO ...FEM....FECHA DE NAC...10/NOVIEMBRE DE 1903.
LUGAR NACIMIENTO .. FLORIDA... .. COPÁN..... RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS....
LA LIBERTAD..... DOMICILIO . .LA LIBERTAD. .COPÁN....
PROFESIÓN. . .OF DOMÉSTICOS.....ENVIADO POR. .HOSPITAL DE OCCIDENTE..
MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN .. INVEST.....FECHA DE DIAGNÓSTICO., 25/VIII/59-...
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE TB.HUO.P.L.L. MURIÓ DE TUBERCULOSIS
SEGÚN ARCHIVO DEL HOSPITAL .UN HERMANO SE PRESUME ESTA T.B.Y SE NIEGA A BUSCAR
CURACIÓN.....

ENFERMADAD ACTUAL:INGRESÓ AL HOSPITAL HACE 10 DÍAS A CURARSE DE TOS, DOLOR DE PECHO Y CALENTURAS.

ACTUALMENTE PRESENTA TOS HACE 6 MESES, EXPECTORACION MUCO-PURULENTO, ESCASA Y DE DIFERENTES COLORES, DOLOR DE COSTADO DISEMINADO EN AMBOS HEMITORAX, MÁS ACENTUADO AL LADO IZQUIERDO, SUDA POCO, SIENDE FEBRÍCULAS MATUT UNAS , SIN FRÍO PERO CON MUCHO DOLOR DE CABEZA QUE NUNCA CURA, PADECE DE RONQUERA, CATARRO CRÓNICO, SE FATIGA CON SUMA FACILIDAD, COME POCO Y SIN APETITO, CAMBIA DE CARÁCTER CON FACILIDAD, NO PERMITE QUE SUS HIJOS QUE EN NÚMERO DE 5 , JUEGUEN EN SU PRESENCIA YA QUE LOS GRITOS LA IRRITAN TUBERCULINA O TIENE B.C.G.NO

TIENE R_p ANTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES .SARAMPIÓN, VARÍCELA, TOSFERINA, PALUDISMO Y DOS VECES NEUMONIA.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS .PADRE Y MADRE MUERTOS IGNORANDO LA CAUSA, TIENE UN HERMANO POSIBLEMENTE T.B.

EXAMEN FÍSICO...TEMP, 3.3;...PULSO, 82;...p.A.140 x 80 Y PESO, 6 LBS..... EXAMEN RADIOLÓGICO. . INFILTRADO DE LA MITAD INFERIOR DE AMBOS CAMPOS PULMONARES, MÁS ACENTUADO AL LADO IZQUIERDO , LIGERO INFILTRADO EN EL VÉRTICE DERECHO ENGROSAMIENTO PLEURAL DE AMBOS SENOS COSTODIA FRAGMÁTICOS , NIVEL LÍQUIDO EN LA BASE DERECHA HASTA EL NIVEL DEL SEXTO ESPACIO INTERCOSTAL ANTERIOR.MEDIÁSTINO NORMAL , LIGERO AUMENTO DEL ÁREA CARDÍACA ARMAZON OSEA NORMAL.

EXAMEN DE LAB...ESPUTO DIRECTO, POSITIVO.

DIAGNÓSTICO..T.B.C.PULMONAR, PLEURESÍA SECA LADO IZQUIERDO, CON DERRAME AL DERECHO.

CLASIFICACION. MODERADAMENTE AVANZADA.

RECOMENDACIONES.TRATARLA CON PAS Y HAÍN.

R.X.CONTROL .. 25/XI/59.....

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE. . J .P.L EDAD...57 AÑOS... .. FAMILIA No, 319,,

FECHA DE INICIACIÓN . 25/VIII I/59 LUGAR. .LA LIBERTAD. .COPÁN ..

SE INICIA TRATAMIENTO EL DÍA DE HOY CON 12 GRAMOS DE PAS Y 300 MLGS DE HAÍN AL DÍA, SE LE DA SU TRATAMIENTO ANTI-ANÉMICO Y VITAMÍNICO.

ACTUALMENTE ESTA EN OBSERVACIÓN Y CONTROLÁNDOSE CADA 6 MESES. R.X.CONTROL 27/XI/59...CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, HAY MEJORÍA DE

LAS LESIONES DESCRITAS EN R.X.ANTERIOR, LAS LESIONES PLEURALES VAN DESAPARECIENDO PAULATINAMENTE, LO MISMO EL INFILTRADO DESCRITO,

R,X.CONTROL., 24/II/60.CONTINÚA MEJORANDO SATISFACTORIAMENTE, SE OBSERVA LA FORMACIÓN DE LIGERAS ADHERENCIAS EN LA BASE DERECHA.

R.X.CONTROL...024/VI/60...LESIONES PULMONARES EN VÍA DE ESTABILIZACIÓN, PERSISTEN LAS ADHERENCIAS EN LA BASE DERECHA,

R.X.CONTROL...LESIONES ESTABILIZADAS, CONTINUAR TRATAMIENTO CON 300 MLGS DE HAÍN DURANTE 6 MESES MÁS.

R.X.CONTROL.O NO HAY CAMBIO CON RELACIÓN A LA ULTIMA RADIOGRAFÍA

HISTORIA FAM... No 427.

HISTORIA CLINICA N° 10.
HISTORIA CLÍNICA. N° 427.
RAYOS X. N° 427.

NOMBRE... A.M.R. SEXO...FEM..... FECHA DE NAC,..21 DE MAYO DE 1891.....
LUGAR NACIMIENTO .. .DULCE NOMBRE.COPÁN..RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.....
DULCE NOMBRE DPTO COPÁN. DOMICILIO .. .DULCE NOMBRE. .COPAN.
PROFESIÓN...AGRICULTOR..... ENVIADO POR..DISPENSAR I O.....
MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN....INVEST...FECHA DE DIAGNÓSTICO., 5/XI/59...
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B.NO DA HISTORIA DE PARIENTES TUBER
CULOSOS.

ENFERMEDAD ACTUAL :-REFIERE EL ENFERMO QUE HACE 6 MESES PADECE DE TOS ESPECIALMENTE AL
ACOSTARSE Y LEVANTARSE,ESPUTO MUCOSO Y ESCASO,LIGERO DOLOR DE
ESPALDA ,ESPECIALMENTE AL LADO DERECHO,SE FATIGA FACILMENTE. NO TERMINA LA -----
JORNADA ACOSTUMBRADA, SE HA PUESTO RONCO POR DOS VECES CON UNA DURACIÓN HASTA DE QUINCE DÍAS, CON
FRECUENCIA PIERDE EL APETITO, NO HA NOTADO PERDIDA DE
DE PESO, SUDA FRECUENTEMENTE DÍA Y NOCHE, DUERME POCO, SE LEVANTA A ORINAR -----
HASTA 3 VECES POR LA NOCHE Y EN POCA CANTIDAD, HA PERDIDO EL GENIO, SU DESEO ES PASAR REGAÑANDO
A SUS HIJOS Y NIETOS, NO TIENE PRUEBA DE TUBERCUL INA ,NO TIENE RP ANTERIOR .
ANTECEDENTES PERSONALES. SARAMPIÓN, VARÍCELA, PAPERAS, PALUDISMO Y GRIPE FORTES Y FRECUENTES
QUE LE DURAN HASTA UN MES,

ANTECEDENTES FAMILIARES HEREDITARIOSO.

EXAMEN FÍSICO, -TEMP, 36.5;...PULSO.72;...P.A...I 40 x 76;...PESO,..122 LIBRAS EXAMEN
RADIOLOGICO.-SE OBSERVA UNA INFILTRACIÓN SUAVE EN EL VÉRTICE DERECHO MAS PRONUNCIADO
EN EL 36, Y 4° ESPACIO INTERCOSTAL ANTERIOR;ENGROSAMIENTO PLEURAL EN LA BASE CON LINEA
DE PROLONGACIÓN COSTAL HASTA EL 5° ESPACIO INTERCOSTAL , NIVEL LÍQUIDO HASTA EL MISMO NIVEL
VEL . EN EL CAMPO PULMONAR IZQUIERDO SE OBSERVA Y MUY PRÓXIMA AL HILIO, SE NOTA UNA
SOMBRA HOMOGÉNEA CON PROLONGACIÓN HACIA EL 30, Y 4o, ESPACIO INTERCOSTAL; S EN O COSTO D I
A FRAGMÁTICO DE ESTE LADO, ESTÁ LIBRE, ÁREA CARDIO-VASCULAR AUMENTADA DE TAMAÑO. MEDIASTNO NOR-
MAL.....

EXAMEN DE LAB..ESPUTO POSITIVO, 2 BACILOS POR CAMPO,

DIAGNÓSTICO, -T.B.C. PULMONAR, PLEURESÍA CON DERRAME EN EL LADO DERECHO.....

CLASIFICACIÓN.-MODERADA ACTIVA.

RECOMENDACIONES.-TRATARLA CON PAS Y HAÍN.

R.X.CONTROL.-5/!1/60.

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE. A.M.R.....EDAD...68 AÑOS..... SEXO... FEMENINO.. FAMILIA No,427.

FECHA DE INICIACIÓN5/XI/59-.....LUGAR..DULCE NOMBRE.....

SE INICIA TRATAMIENTO EL 5 DE LOS CORRIENTES CON 12 GRAMOS DE PAS Y 400 MLGS DE HAÍN AL
DÍA, REPARTIDOS EN TRES TOMAS; SE LE INDICÓ SU TRATAMIENTO ANTI-ANEMICO Y ESTIMULANTE DE L
APETITO, ESTE TRATAMIENTO LO SOSTUVO HASTA EL 7 DE XII/ DEL 60 Y SE LE SUSPENDIÓ POR
ESTABILIZACIÓN DE LAS LESIONES,

R.X.CONTROL.-5/60.-HAY MEJORÍA DE LAS LESIONES DESCRITAS EN LA R.X.

ANTERIOR...NO HAY EVIDENCIA DE LÍQUIDO PLURAL, AÚN SE OBSERVAN IRRITACIONES
PLEURALES A NIVEL DE LA BASE DERECHA; IMAGEN CARDÍACA CONTINUA AGRANDADA, -
AORTA DESCENDENTE DILATADA A NIVEL DEL HILIO.

R.X.CONTROL.-CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, HAY MARCADA MEJORÍA DE LAS
LESIONES DESCRITAS EN R. X. ANTERIOR, PLEURA AÚN* N PRESENTA OPACIDADES PERO MAS CLARAS,
IMAGEN CARDIO VASCULAR EN EL MISMO ESTADO.

R.X.CONTROL 6/VIII/60.-CONTINÚA MEJORANDO SATISFACTORIAMENTE, SINEQUIAS
PLEURALES EN NIVEL DE TRES Y DE REDUCIDO TAMAÑO: IMAGEN CARDIO-VASCULAR, MEJORANDO,

OTROS CONTROLES R.X.-DAN IMÁGENES SIN CAMBIO ALGUNO, SIGUE EN OBSERVACION.

HISTORIA FAMILIAR N° 690.
HISTORIA CLÍNICA No II. HISTORIA CLÍNICA N° 69.
 RAYOS X N° 690.

NOMBRE...R.V.DE A. SEXO FEM.... .FECHA DE NACIMIENTO...4 DE VIII DE/15.
 LUGAR NACIMIENTO..LA UNION. .COPÁN..... .RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS....
 ..Río BLANCO, CASERÍO DE LA UNIÓN DOMICILIO ...LA ARENITA,CUCUYAGUA
 PROFESIÓN. .OF DOMÉSTICOS..... ENVIADO POR DISPENSARIO.....
 MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN..INVESTFECHA DE DIAGNÓSTICO..4/III/60-.....
 ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B.TÍA L.P.DE C.-FALLECIDA DE T.B.C.
 PULMONAR Y UN HERMANO EN TRATAMIENTO EN ESTE DISPENSARIO

ENFERMEDAD ACTUAL:REFIERE LA ENFERMA QUE HACE 4 MESES VIENE PADECIENDO DE DOLOR DE ESPALDA , ESPECIALMENTE EN LA PARTE INFERIOR, NO ES AGUDO PERO MUY MOLESTO Y NO LA DEJA TRABAJAR Y CUANDO LO HACE, AUMENTA DE INTENSIDAD, SI ENTE IRRITACIONES PASAJERAS POR LA MAÑANA, TOS HACE 5 MESES, LE MOLESTA MAS POR LA NOCHE Y EN LA MADRUGADA ESPECIALMENTE , ESPUTO LIGOSO,MU COSO Y DIFÍCIL DE DESPRENDERLO, PIERDE EL APETITO MUY FACILMENTE, HA PERDIDO PESO, SE SIENTE MUY DÉBIL , SE FATIGA AL CAMINAR POCO, ESTÁ RONCA Y DE ESTO PADECE
 FRECUENTEMENTE,SUDA POCO POR LA NOCHE. TuBERCULINA, POSITIVA, NO TIENE Rp ANTERIOR

ANTECEDENTES PERSONALES, -SARAMPIÓN, VARICELA, PAPERAS Y PALUDISMO. ANTECEDENTES HEREDITARIOS.-TÍA MURIÓ DE T.B.UN PRIMO HERMANO ESTA EN TRATAMIENTO EN ESTE DISPENSARIO.

EXAMEN RADIOLÓGICO.-GRAN RECARGO HILIAR BILATERAL, EXAGERACIÓN DE LA TRAMA BRONCO-VASCULAR, SENOS COSTO -DIAFRAGMÁTICOS OCUPADOS POR UNA OPACIDAD CASI UNIFORME HASTA EL NIVEL DEL 60° ESPACIO INTERCOSTAL AL DERECHO Y 5° AL IZQUIERDO, NO HAY LÍQUIDO PLEURAL; ARMazón OSEA, NORMAL, MEDIASTINO LIGERAMENTE DESVIADO HACIA LA IZQUIERDA. EXAMEN DE LAB, -ESPUTO POSITIVO, 3 BACILOS EN UNA EXTENSIÓN. DIAGNÓSTICO.-T.B.C. PLEURITIS SECA BILATERAL, CLASIFICACION. MINIMA.-ACTIVA. RECOMENDACIONES.TRATARLA CON PAS Y HAÍN. R.X.CONTROL.4/VI, /60.

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE...R.V.DE A SEXO... FEM FAMILIA. .No. 690.....
 FECHA DE INICIACION... .4/1 I I/60 LUGAR...LA ARENITA .CUCUYAGUA
 EN ÉSTA FECHA INICIA SU TRATAMIENTO CON 12 GRAMOS DE PAS Y 300 MLGS DE

HAÍN AL DÍA ,REPARTÍDOS EN TRES TOMAS,SE LE INDICA SU RECONSTITUYENTE Y SU ESTIMULADOR DEL APETITO.

SU TRATAMIENTO DURÓ 6 MESES CONSECUTIVOS CON LAS MISMAS DROGAS, SE LE SUSPENDIÓ POR HABER DESAPARECIDO COMPLETAMENTE LAS LESIONES PLEURALES Y NO TENER PATOLOGÍA PULMONAR,SE LE HIZO 6 CONTROLES CON INTERVALO DE 3 MESES CADA UNO.

R. X.CONTROL. -6 /VI /60. LECTURA. CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, SE OBSERVA VA SATISFACTORIA MEJORÍA , HILIOS MENOS RECARGADOS , EXAGERACIÓN BRONCO-VASCULAR MENOS ACENTUADA Y SENOS COSTO -DIAFRAGMATICOS LIBRES COMPLETAMENTE,

R, X, CONTROL.-23/1/61. No HAY CAMBIO,R. X, CONTROL.-22/IV/6I. SE OBSERVAN MÚLTIPLES CALCIFICACIONES DIMINUTAS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES,

HISTORIA FAM.....No 760.
HISTORIA CLINICA No 12.

HISTORIA CLÍNICA. No 760.
 RAYOS X. No 760.

NOMBRE...M.M.E.DE M SEXO...FEM...FACHA NACIMIENTO..10/VI/1907.
 LUGAR DE NACIMIENTO..., LUCERNA, OCOTEP...RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS
 SANTA ROSA DE COPAN, BO, LAS MERCEDES.....DOMICILIOLAS MERCEDES.STA ROSA DE COPAN
 PROFESION. . .COSTURERA..... ENVIADA POR DISPENSARIO

MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN... INVEST..... FECHA DE DIAGNÓSTICO...31/III/60...
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B. NO DA HISTORIA DE ENFERMOS DE TUBERCULOSIS
EN SU FAMILIA, AUNQUE DICE HABER HABER CONVIVIDO CON SEÑOR QUE
MURIÓ DE CALENTURAS, TOS Y VOMITO DE SANGRE

ENFERMEDAD ACTUAL:.-REFIERE LA ENFERMA QUE HACE DOS MESES LE DUELE LA ESPALDA EN FORMA
AGUDA, Poca tos sin expectoración, tuvo tratamiento en el hospital
a base de salicilatos, con lo cual no mejoró en nada, buscó la sanidad y le
indicaron el mismo tratamiento, lo mismo hicieron algunos médicos particulares, el
día 31 de marzo, se presentó al dispensario anti T.B. y se comprobó una pleuresía en
evolución con un cuadro general así; poca tos, sin expectoración, fuerte dolor de
costado derecho desde hace tres meses, suda mucho por las noches, no duerme, ha perdido
el apetito y ha rebajado 20 libras de peso, se fatiga con suma facilidad, está
disneica, se nota una palidez extremada, se nota su preocupación, tuberculina 0; no ha
tenido RP anterior, es madre de 8 niños, no ha tenido abortos,
ANTECEDENTES PERSONALES.-SARAMPIÓN, TOSFERINA, VARÍCELA, PALUDISMO, PAPERAS Y
GRIPE FRECUENTES,
ANTECEDENTES HEREDITARIOS,-PADRES MUERTOS, NO SE DA CUENTA DE LA CAUSA DE ELLO. 0
EXAMEN FÍSICO.-TEMP, ..38.5;...PULSO, ...88;...P.A. 130 x 90 y PESO..109 LBS
EXAMEN RADIOLÓGICO.-SOMBRA HOMOGÉNEA EN LA BASE DERECHA HASTA EL NIVEL DEL 6° ESPACIO
INTERCOSTAL ANTERIOR, DE CURVA DIRIGIDA HACIA ARRIBA Y TERMINANDO
EN ENTRAMOS ACUDOS. EN AMBOS LADOS DE EL HEMITORAX, SIENDO MAS ALTO EL EXTREMO INTERIOR. SE OBSERVA
NIVEL LÍQUIDO QUE LLENA EL 5° ESPACIO INTERCOSTAL.-
EL MEDIASTINO FUERTEMENTE DESVIADO HACIA LA IZQUIERDA, ARMAZÓN OSEA, NORMAL.
EXAMEN DE LAB.- ESPUTO NEGATIVO...
EXAMEN DE ORINA-DENSIDAD 1020, ALBUMINA, FUERTES TRAZAS, CÉLULAS ESCAMOSAS Y
OXALATO DE CALCIO EN ABUNDANCIA.
DIAGNÓSTICO.-T.B.C.-PLEURESÍA CON DERRAME EN EL LADO DERECHO.
CLASIFICACIÓN. MINIMA ACTIVA, -
RECOMENDACIONES,..-SE LE RECOMIENDA TRATARLA CON DIHIDRO-ESTREPTOMICINA Y
HAÍN, DOS GRAMOS SEMANALES DE LA PRIMERA Y 400 MILIGRAMOS DE LA SEGUNDA AL DÍA, SU
TRATAMIENTO ANTIANÉMICOS Y SUS VITAMINAS.
R.X. CONTROL.-31/VI/60.

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE M.M.E DE M..... EDAD. ..53 AÑOS .. SEXO .. FEM. .. FAM No, 760.....
FECHA DE INICIACION. . .31 /III/60 /60 LUGAR SANTA ROSA DE COPÁN BO, MERCEDES
SE INICIA TRATAMIENTO EL DÍA DE HOY CON 2 GRS DE D-H. A LA SEMANA, 400 MLGRS
DE HAÍN AL DÍA, SE LE DA TRATAMIENTO ANOTADO MAS ARRIBA.
SEIS MESES DESPUÉS DE ESTAR CON LA MISMA MEDICINA, EL CUADRO PLEURAL
BORRÓ TOTALMENTE, EL CUADRO GENERAL, MUY SATISFACTORIO Y SUS CONTROLES POSTERIORES,
NO DAN EVIDENCIA DE REACTIVACIÓN.

HISTORIA FAM No, 801.

HISTORIA CLÍNICA No. 13. HISTORIA CLÍNICA No 801.

RAYOS X. No 801 .

NOMBRE...M.A.M.PSEXO -- MASC....FECHA DE NACIMIENTO...13/VI/1935...
LUGAR DE NACIMIENTO-. .STA ROSA DE COPAN. .RESIDENCIA EN LOS 5 ÚLTIMOS AÑOS..
..SANTA ROSA DE COPÁN.DOMICILIO. . .STA ROSA DE COPÁN.....
PROFESIÓN..CARPINTERO.ENVIADO POR HOSPITAL DE OCCIDENTE..
MOTIVO DE SU PRESENTACION....INVEST..... FECHA DE DIAGNÓSTICO..18/IV/1960...
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B..NO DA DATOS PRECISOS, PERO EL ARCHIVO
DE EL DISPENSARIO, ACUSA UN HERMANO MUERTO DE T.B.C.PULMONAR
ENFERMEDAD ACTUAL.-REFIERE EL ENFERMO QUE HACE 4 AÑOS PADECE DOLOR EN LA ESPALDA,
QUE HACE UN MES SE LE ARRECIÓ ACOMPAÑADO DE FUERTE TOS, ESPUTO ESCASO Y
SANGUINOLENTO, SUDORACIÓN PROFUSA, SIN APETITO, FUERTE DOLOR DE CABEZA,

PALIDO, NERVIOSO, HA PERDIDO MUCHO PESO, HA TENIDO REPETIDAS HEMOPTISIS, SE PONE RONCO FRECUENTEMENTE, NO DUERME, TEMPERATURAS MATUTINAS, SE FATIGA AL MENOR ESFUERZO, SE ENCOLERIZA CON CUALQUIER COSA, LE GUSTA SALIR AL CAMPO PERO CARECE DE VOLUNTAD. PRUEBA DE TUBERCULINA, NEGATIVA, NO TIENE B.C.G. NO TIENE RP ANTERIOR TERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES .SARAMPIÓN , TOSFERINA , VARÍCELA , PAPERAS , PALUDISMO Y GRIPES REPETIDAS .

ANTECEDENTES HEREDITARIOS . SIN IMPORTANCIA .

EXAMEN FÍSICO .-TEMP, 37.5; ...PULSO, 84; ...P.A, 110 x 70; PESO 136 LBS

EXAMEN RADIOLÓGICOS... GRAN RECARGO HILAR BILATERAL CON EXAGERACIÓN DE LA TRAMA BRONCO-VASCULAR, SOMBRA HOMOGÉNEA EN LA BASE DERECHA QUE SE EXTIENDE

HASTA EL TERCER ESPACIO INTERCOSTAL DERECHO, DE FORMA TRIANGULAR DE LADOS

IGUALES, CUYA BASE DESCANSA SOBRE EL DIAFRAGMA Y DE SU VÉRTICE SALE UNA PROLONGACIÓN

EN FORMA DE LINEA HORIZONTAL QUE SE CONTINUA CON LA CISURA SUPERIOR

DERECHA, AL LADO IZQUIERDO, NO HAY EVIDENCIA DE INFILTRADO NI DE LESIONES PLEURALES. ARMAZÓN

OSEA, NORMAL, MEDIASTINO LIGERAMENTE DESVIADO HACIA LA

IZQUIERDA .

EXAMEN DE LAB.-ESPUTO, POSITIVO .

DIAGNÓSTICO .-T.B.C. PULMONAR (PLEURESÍA SECA AL LADO DERECHO) .

CLASIFICACIÓN, MÍNIMA ACTIVA.

RECOMENDACIONES . TRATARLO CON PAS Y HAÍN, RECONSTITUYENTES Y VITAMINAS .

R.X. CONTROL .-18/VII-60..

REGISTRO DE TRATAMIENTO .

NOMBRE . . MA.M.P EDAD . . 25 AÑOS SEXO MASC ... FAMILIA No. 801

FECHA DE INICIACIÓN... 18/ V/60 LUGAR . SANTA ROSA DE COPÁN

SE INICIA TRATAMIENTO CON 12 GRS DE PAS Y 400 MLRS DE HAÍN AL DÍA, REPARTIDOS EN TRES TOMAS,

FECHA ...18/IV/60 PAS...720 GRAGEAS... HAÍN, 400 MLRS; HÍGADO I CC AL DÍA DURANTE 2 SEMANAS, 3 GRAGEAS DE MULTI VITAMINAS AL DÍA.

19 DE V/60. SE LE CAMBIÓ TRATAMIENTO DE PAS POR DIHIDRO-ESTREPTOMICINA POR INTOLERANCIA AL PAS. ESTE TRATAMIENTO LO SOSTUVO HASTA EL DÍA 18 DE 11/DEL/61 DÍA EN QUE SE LE TOMÓ SU PLACA DE CONTROL.

R.X. CONTROL...14/VII/60.. LIGERÍSIMO VELO CUBRE LA IMAGEN DEL TRIÁNGULO DESCRITO

EN LA R.X DE INVESTIGACIÓN, SE OBSERVA UNA CAVERNA DE 2 X 2 A NIVEL -----

VEL DEL 50, ESPACIO INTERCOSTAL DERECHO Y POSIBLEMENTE LA QUE DIÓ LUGAR A -----

LAS HEMOPTISIS DESCRITAS. SE OBSERVA EN UNA FORMA BORROSA LA LINEA DE CISURITIS MEDIA DERECHA.

R.X, CONTROL.....16/X/60... LAS LESIONES DESCRITAS EN LAS R.X ANTERIORES, HAN

DESAPARECIDO TOTALMENTE, NO SE OBSERVAN ADHERENCIAS PLEURALES Y LA IMAGEN DE LA CLARIFICACIÓN HA DISMINUIDO DE TAMAÑO.

R.X. CONTROL...18/11/61... LESIONES DESCRITAS EN R.X. ANTERIORES HAN DESAPARECIDO

EN SU TOTALIDAD, SOMBRA RESIDUAL EN EL LUGAR QUE OCUPABA LA CAVERNA.

EL ENFERMO M.A.M.P. PIDE SU TRASLADO PARA TEGUCIGALPA D.C. POR QUE ALLÁ VA A

RESIDIR.

HISTORIA FAM..... No 948.

HISTORIA CLÍNICA. No 14. HISTORIA CLÍNICA. No 948.

RAYOS X. N.º 948.

NOMBRE . . P.L.P SEXO... MASC ... FECHA NAC...29 DE MAYO DE 1904

LUGAR DE NACIMIENTO... SAN PEDRO LLANO GRANDE. RESIDENCIA EN LOS (ULTIMOS 5 AÑOS... SAN

PEDRO LLANO GRANDE. DOMICILIO. . SN PEDRO LLANO GRANDE.....

PROFESION... AGRICULTOR ENVIADO POR DISPENSARIO

MOTIVO DE SU PRESENTACION. .. INVEST. ... FECHA DE DIAGNÓSTICO ..25/VII/60-

ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B, ..M.A.R. HIJO NATURAL RECONOCIDO Y

CONVIVIENTE, EN TRATAMIENTO ANTI-BACILAR EN ESTE DISPENSARIO.

ENFERMEDAD ACTUAL; .-QUE PADECE DE TOS CRONICA, EXPECTORACIÓN MUCO-PURULENTO,

DOLOR DE PECHO, TUVO ESPUTO MANCHADO DE SANGRE HACE 4 MESES, SUDA PROFUSAMENTE

EN EL DÍA CUANDO TRABAJA, PRESENTA FEBRÍCULAS POR LA TARDE, SE FATIGA CON SUMA

FRECUENCIA, PADECE DE DISNEA AL CAMINAR, SUBIR CUESTAS O SIMPLEMENTE AL ACOSTARSE BOCA-RIBA, SE SIENTE MUY DÉBIL, LE DUELEN TODAS LAS ARTICULACIONES DEL CUERPO, COME POCO Y SIN APETITO, HA PERDIDO PESO ALARMANTEMENTE. NO TIENE PRUEBA DE TUBERCULINA, NO HA TENIDO RP ANTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES.-SARAMPION A LOS 10 AÑOS, TOS-FERINA, VARICELA, PALUDISMO REPETIDAS VECES Y GRIPES PEREMNES.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.-NO DA HISTORIA DE T.B. EN SU FAMILIA. EXAMEN FÍSICO,-.TEMP, 37.2; ..PULSO, ..84;P.A., 130 x 80; ... PESO 116 LBS EXAMEN RADIOLÓGICO, -SUAVE INFILTRADO EN EL PRIMERO Y SEGUNDO ESPACIO INTERCOSTAL IZQUIERDO, RECARGO HILAR DERECHO CON EXAGERACIÓN DE LA TRAMA BRONCO-VASCULAR

DEL MISMO LADO .ENGROSAMIENTO PLEURAL DE LA BASE. DERECHA HASTA EL NIVEL DEL 5° ESPACIO INTERCOSTAL; DESVIACIÓN DEL MEDIASTINO HACIA EL LADO IZQUIERDO LIGERO AUMENTO DEL ÁREA CARDIO-VASCULAR, ESCOLIOSIS DERECHA.

EXAMEN DE LAB, -ESPUTO POSITIVO, 4 BACILOS EN TODA UNA EXTENSIÓN, DLAGNÓSTICO.-T.B.C. PULMONAR, PLEURITIS SECA DERECHA, CLASIFICACIÓN.-MÍNIMA ACTIVA.

RECOMENDACIONES.-TRATADLO CON PAS Y HAÍN RECONSTITUYENTES Y VITAMÍNICOS, R.X. CONTROL...25/X-/60.

REGISTRO DE TRATAMIENTO,

NOMBRE...P.L.P SEXO...MASC...FECHA DE NACIMIENTO...29/IV/1904

FECHA DE INICIACION...25/VII/60... .. LUGAR...SAN PEDRO LLANO GRANDE

HOY SE INICIA TRATAMIENTO CON 12 GRAMOS DE PAS AL DÍA Y 300 MILIGRAMOS DE HAÍN, REPARTIDOS EN TRES TOMAS, SE LE DAN SUS RECONSTITUYENTES Y SUS MULTIVITAMÍNICOS Y SUS RESPECTIVOS CONSEJOS PARA LA BUENA MARCHA DE SU TRATAMIENTO, SE LE RECOMIENDA TRAER A EXAMEN A TODOS SUS FAMILIARES Y CONVIVIENTES,

EL TRATAMIENTO INDICADO, LO SOSTUVO HASTA EL DÍA 26 DE V DEL 61. R.X. CONTROL...28 DE OCTUBRE DEL 60, ..SE OBSERVA MEJORÍA DE LAS LESIONES DES,

CRITAS EN R.X. ANTERIOR, PLEURA LIMPIANDO PAULATINAMENTE, PERSISTE LA DILATACIÓN CÁRDIO-VASCULAR LO MISMO LA SIFOSIS.

R.X, CONTROL, ., 25/1/61, , , CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR SE OBSERVA FRANCA MEJORÍA, LESIONES PLEURALES BORRADAS COMPLETAMENTE, LO DEMÁS APUNTADO, SIN CAMBIO APARENTE.

R.X. CONTROL...LESIONES ESTABILIZADAS, SUSPENDER TRATAMIENTO Y CONTROLES R.X. CADA TRES MESES.

HISTORIA FAM.... No, 1006

HISTORIA CLÍNICA No 15. HISTORIA CLÍNICA No 1006

RAYOS X No 1006

NOMBRE...A.M.C. SEXO, ..MASC.... FECHA DE NACIMIENTO 10/V/1919.....

LUGAR DE NACIMIENTO...PUEBLO VIEJO CABAÑAS.....RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

MACUELIZO. SNTA BÁRBARA.....LA JIGUA FLORIDA. ...DPTO COPAN

PROFESIÓN. . JORNALEROENVIADO POR HOSPITAL OCCIDENTE

MOTIVO DE SU PRESENTACION...INVEST.....FECHA DE DIAGNÓSTICO, .I/IX/60

ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B...ABUELO Y HERMANO EN TRATAMIENTO

EN ESTE DISPENSARIO

ENFERMEDAD ACTUAL: REFIERE EL ENFERMO QUE HACE 6 MESES TIENE GRIPE CON TEMPERATURAS POR LAS TARDES, FUERTE TOS QUE NO CURA CON LOS REMEDIOS DE MONTE Y DE BOTICA, ESPUTO MUCO-PURULENTO Y ABUNDANTE EN EL DÍA, ESCASO POR LA NOCHE, DOLOR DE PECHO ESPECIALMENTE AL LADO IZQUIERDO Y CONTRA LATERAL EN VARIAS OPORTUNIDADES, CON FACILIDAD SE PONE RONCO, SE FATIGA SIN MUCHO ESFUERZO, SE ALCANZA EN SU RESPIRACIÓN, SUDA COPIOSAMENTE POR LA NOCHE Y QUE ESTE ES PEDAJOSO Y FÉTIDO, NO DUERME, NO COME Y HA PERDIDO PESO EN POCOS DÍAS, SE MAREA, NO ALCANZA HACER JORNADA DIARIA POR LA MUCHA FATIGA, DEBILIDAD GRAL, ASPECTO DE HOMBRE QUE SUFRE MUCHO. NO TIENE PRUEBA DE TUBERCULINA, NO TIENE RP ANTERIOR. ANTECEDENTES .PERSONALES, -SARAMPION, TOSFERINA, VARICELA, PAPERAS Y PALUDISMO..... ANTECEDENTES HEREDITARIOS, -ABUELO Y HERMANO EN TRATAMIENTO ESTE DISPENSARIO.

EXAMEN FÍSICO.....TEMP, 36.5;..PULSO, .78;...P.A, 100 x 70 y PESO, 89 LBS..

EXAMEN RADIOLÓGICO.-CISURITIS MEDIA DERECHA, LIGERA IRRITACIÓN DE LA PLEURA,

LIMITADA AL SENO COSTO-DIAFRAGMATICO; LADO IZQUIERDO, IMAGEN COMPACTA DEL SENO COSTO DIAFRAGMATICO HASTA EL NIVEL DEL CUARTO ESPACIO INTERCOSTAL, DE BORDE SUPERIOR IRREGULAR, CON LIGEROS DENTELLONES EN LA PARTE MEDIA Y DE CURVA HACIA ARRIBA, NO HAY LÍQUIDO VISIBLE, IMAGEN CARDÍACA BORROSA, LA PUNTA DEL CORAZÓN NO SE DETERMINA POR ESTA: INCLUIDA EN LA SOMBRA DESCRITA ANTERIOR- MENTE, MEDIASTINO DESVIADO HACIA LA IZQUIERDA, CONSTITUCIÓN OSEA, NORMAL. EXAMEN DE LAB.-ESPUTO POSITIVO, UN BACILO POR CAMPO.

DIAGNÓSTICO, ... PLEURESÍA SECA BILATERAL, MÁS ACENTUADA AL LADO IZQUIERDO, CLASIFICACIÓN .MÍNIMA ACTIVA.

RECOMENDACIONES...TRATARLO CON PAS Y HAÍN. SE LE ORDENAN ANALÉPTICOS, VITAMINICOS Y SUS RESPECTIVOS CONSEJOS.

R.X.CONTROL.-I/IX/60.-

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE. A.M.C..... EDAD...41 AÑOS,....SEXO,...MASCULINO,..FAMILIA No, 1006.

FECHA DE INICIACION ... 1 /1 x/50. - LUGAR... LA JIGUA , MUNICIPIO FLORIDA..

SE LE DA TRATAMIENTO PARA TRES MESES , CONSISTENTE EN 12 GRS DE PAS Y 300 MLS DE HAÍN AL DÍA , REPARTIDOS EN TRES TOMAS, SE LE ADMINISTRARON 90 CAPSULAS DE TRÍNSICO, PARA TOMAR UNA CAPSULA AL DÍA Y 90 GRAGEAS DE FERRONICUN PARA TO MAR TRES AL DÍA

R-X.CONTROL, ...2/xI I/60.-CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, LA SOMBRA PLEURAL APUNTADA ANTERIORMENTE HA QUEDADO REDUCIDA A LIGERISIMO VELO RESIDUAL EN EL SENO IZQUIERDO , LA IMAGEN CARDIACA. VISIBLE EN SU TOTALIDAD, LA LINEA DE CISU-RITIS HA DESAPAREO IDO "TOTALMENTE.

R.X.CONTROL.-3/III/61.-CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, SE OBSERVAN RASTROS MUY LEVES DE LA OPACIDAD PLERAL EN EL SENO COSTO-O 1 A FRAGMÁ*T 1 CO IZQUIERDO, - LOS DEMA DETALLES, SIN CAMBIO APRECIADLE.

SE LE DA LL MISMO TRATAMIENTO ANOTADO ANTERIORMENTE Y SE LE CITA PARA EL 3/ VI/61.-

R.X. CONTROL.-3/VI I /6 I .-LESIONES PLEURALES ESTABILIZADAS, SUSPENDER TRATAMIENTO, TO Y CONTROLES R.X. CADA TRES MESES»

HISTORIA FAM;..... 1912.

HISTORIA CLÍNICA No 16. HISTORIA CLÍNICA.. 19 I 2.

RAYOS X.. 1912.

NOMBRE...R.B.C...R.B.C.....SEXO...MASC... ..FECHA NACIMIENTO..1/111/1915..

LUGAR NACIMIENTO..GUALCINSE.... LEMPIRA.....RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS...

LA ENTRADA, NUEVA ARCADIA...DOMICILIO

... LA ENTRADA .COPÁN.....

MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN...INVEST..... REMITIDO POR DISPENSARIO DE STA R.C.

PROFESIÓN.. AGRICULTOR FECHA DE DIAGNÓSTICO.. 17/x/60

ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B.NO DÁ HISTORIA DE CLARA PERO HAY FUERTES SOSPECHAS DE CONTACTOS.

ENFERMEDAD ACTUAL: REFIERE EN ENFERMO QUE HACE UN AÑO PADECE DE TOSSIN QUE LE MOLESTE MUCHO, ES FLOJA, PRODUCTIVA, PURULENTA Y A VECES HAMORRAGICA, DOLOR

DE PÉCHO MODERADO AUNQUE ALGUNAS VECES SE VUELVE MOLESTO, REGADO EN TODO EL PECHO PERO MAS ACENTUADO AL LADO DERECHO, SUDA POCO POR LAS NOCHES, HA PERDIDO EL APETITO, HA PERDIDO DE PESO EN POCO TIEMPO, RONQUERA, FEBRÍCULAS DE VEZ EN CUANDO, POCO DOLOR DE CABEZA QUE NO CURA CON MEJORALES NI OTRAS DROGAS, FATIGA, ESTERTORES AUDIBLES A LARGA DISTANCIA; DISNEA ACENTU NADA, FLOJEDAD DE LAS PIERNAS..TUDERCULÍNA POSTIVANO TIENE RP ANTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES.-SARAMPIÓN, TOSFERINA, VARICELA, PAPERAS, PALUDISMO, DA HISTORIA DE ESPUTOS HERRUMBROSOS HACE DOS AÑOS , POSIBLEMENTE PADECIÓ DE NEUMONIA...

ANTECEDENTES HEREDITARIOS..0. _ 63 _

EXAMEN FÍSICO.-...TEMP, ..39;...PULSO, ...96, ...P.A;...I 20 x 70 y PESO, 103 LB.
EXAMEN RADIOLÓGICO .-DENSÓ INFI LRADO DE LA MITAD SUPERIOR DEL CAMPO PULMONAR DERECHO, MAS COMPACTO A NIVEL DEL HILIO Y TERCER ESPACIO INTERCOSTAL EN LA LÍNEA MEDIO CLAVICULAR , SENO COSTO-DIAFRAGMÁTICO DEL MISMO LADO BORRADO; LIGERO

VELO INFILTRATIVO DEL VÉRTICE IZQUIERDO; DESVIACIÓN DEL MEDIASTINO HACIA EL MISMO LADO, IMAGEN CARDÍACA BORROSA DEBIDO AL GRAN RECARGO HILÍAR Y EXAGERACION DE LA TRAMA BRONCO-VASCULAR, EXAMEN DE LAB.-ESPUTO POSITIVO, 3 BACILOS POR CAMPO.

DIAGNÓSTICO.-T.B.C.PULMONAR, PLEURESÍA DERECHA SECA.

CLASIFICACIÓN,-MODERADA ACTIVA.

RECOMENDACIONES.-TRATARLO CON PAS Y HAÍN, SE LE ADMINISTRAN RECONSTITUYENTES Y SUS VITAMÍNICOS, SU CHARLA REFERENTE A SU CASO RECOMENDÁNDOLE LA PRUDENCIA EN SU VIDA FUTURA PARA EL BUEN SUSCESO DE SU TRATAMIENTO.

R.X.CONTROL.-17/1/61.

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE...R.B.C... EDAD...48 AÑOS SEXO MASCULINO.FAM:...NO 19I2
FECHA DE INICIACIÓN...17/X/60.....

.....LUGAR...GUALCISNE

SE INICIA TRATAMIENTO CON 12 GRS DE PAS Y 300 MLGS DE HAÍN AL DÍA, POR VIVIR A VARIAS LEGUAS DE SANTA ROSA, SE LE DA TRATAMIENTO PARA TRES MESES Y SE LE CITA PARA EL 17/1/61.PARA REPETIR SU MEDICINA Y HACERLE SU CONTROL....
R.X, CONTROL.-17/1/61.-CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, SE OBSERVA LIGERA MEJORA DE LAS LESIONES PARENQUIMATOSA, DE LAS LESIONES PLEURALES, NO QUEDAN INDICIOS. .

R.X.CONTROL...17/1V/61..CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, MEJORA SATISFACTORIAMENTE, NO HAY EVIDENCIA DE LESIONES PLEURALES. SE CITA PARA OTRO CONTROL EL DÍA 17/VII/61.

HISTORIA FAM..... N° 1225.

HISTORIA CLÍNICA No 17. HISTORIA CLÍNICA N°1225.

RAYOS X..No 1225.

NOMBRE. . .J.R.CH.M SEXOMASC FACHA NACIMIENTO 19 DE JULIO DEL/17.
LUGAR DE NACIMIENTO...LA RINCONADA, LEMP.RESIDENCIA...EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS .
SANTA ROSA DE COPÁN DOMICILIO. . .SANTA ROSA DE COPÁN
PROFESIÓN ... JORNALERO ENVIADO POR DISPENSARIO
MOTIVO DE SU PRESENTACION...INVEST FECHA DE DIAGNÓSTICO..18/VI/60
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B...HIJO MUERTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR
HACE TRES AÑOS.....

ENFERMEDAD ACTUAL:.-REFERENCIAS DEL PACIENTE SON LAS SIGUIENTES:TOS HACE DOS MESES, EXIGENTE, SECA , QUINTOSA Y DIFÍCIL DE EXPULSAR LO EXPECTORADO QUE ES LIGOSO Y EN FORMA DE HILOS LARGOS, DOLOR DE PECHO, AGUDIZADO CON LOS EJERCICIOS, SUDA POCO POR LA NOCHE, SE PONE RONCO POR LA TARDE, FEBRÍCULAS SIN CAUSADA-----RENTE, NO COME LO ACOSTUMBRADO Y GENERALMENTE LE HACE DAÑO LA CENA, HA PERDIDO PESO EN MUY POCO TIEMPO, SE FATIGA CON FACILIDAD , HACE ESFUERZO AL RESPIRAR, NO TIENE TUBERCULINA NÓ TIENE TRATAMIENTO ANTERIOR (ANTI-TUDERCULOSIS) ANTECEDENTES PERSONALES.-SARAMPION, VARÍCELA Y GRIPE REPETIDAS. ANTECEDENTES HEREDITARIOS, -SIN IMPORTANCIA.

EXAMEN FÍSICO.-...TEMP, ...36.5;...PULSO, ...80;...P.A, 120 x 80 y PESO, 150 LBS
EXAMEN RADIOLÓGICO.-GRAN RECARGO HILÍAR BILATERAL, INFILTRADO DEL SEGUNDO ESPACIO INTERCOSTAL DERECHO CON CLARIFICACIÓN DE 3 x 3 C EN EL MISMO NIVEL, CISURITIS SURITIS MEDIA DERECHA Y SENO COSTO-DI AFRAGMÁTICO BORRADO. NIVEL LÍQUIDO HASTA EL SEXTO ESPACIO INTERCOSTAL, IMAGEN CARDÍACA AUMENTADA DE VOLUMEN, MEDIASTINO Y ARMAZÓN OSEA, NORMALES, .

EXAMEN DE LAB.-ESPUTO POSITIVO, 2 BACILOS POR CAMPO.

DIAGNÓSTICO.-MODERADA ACTIVA, PLEURESÍA CON DERRAME AL LADO DERECHO.

CLASIFICACION.-MODERADA ACTIVA.

RECOMENDACIONES...TRATARLO CON DIHIDRO-ESTREPTOMICINA Y HAÍN, ADEMAS, SE LE DICA SU TRATAMIENTO CON TRINSICON Y FERRONICUN, R.X.CONTROL,-18/VI/60.-

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE. . J.R.CH.M..... SEXO MASC.FAMILIA N°. 1225.....
FECHA DE INICIACIÓN 81/VI/60.....LUGAR..... .SANTA ROSA DE COPÁN....
HOY SE INICIA TRATAMIENTO CON 2 GRAMOS DE D-H A LA SEMANA Y 400 MCG .
DE HAÍN AL DÍA, SU TRATAMIENTO ANTIANÉMICO Y VITAMÍNICO, TRATAMIENTOS
SICOTERAPICO.ESTE TRATAMIENTO LO CONTINUA HASTA LA FECHA POR LAS
LESIONES
PARENQUIMA ACTIVAS,..SUS CONTROLES HAN SIDO REGULARES CADA TRES MESES Y LA MEJORIA
DE LAS CESIONES ES MANIFIESTA,
R.X. CONTROL....18/IX/60,,CON RELACIÓN A LA RADIOGRAFÍA ANTEROR,SE OBSERVA NOTABLE
MEJORÍA,LA LESIÓN PULMONAR EN VÍA DE CICATRIZACIÓN, NO HAY EVIDENCIA DE LESIONES
PLEURALES,
R.X.CONTROL,-18/XI/60....CON RELACIÓN A LA RADIOGRAFÍA ANTERIOR, SE NOTA LA
MEJORÍA DE LAS LESIONES PULMÓNARES,PLEURA COMPLETAMENTE LÍMPIA.
R.X.CONTROL .. .CONTINUA MEJORANDO SATISFATORIA MENTE, OTRO CONTROL EL 16/III/1961... LESIONES
ESTABILIZADAS, CONTINUAR TRATAMIENTO POR TRES MESES MÁS.

HISTORIA FAM.....No 504.

HISTORIA CLÍNICA N° 18. HISTORIA CLINICA .No 504.

RAYOS X... .No 504.

NOMBRE...G.O.L. SEXO...MASC.....FECHA NAC...15 DE MAYO DE 1914.....
LUGAR MACIMIENTO ..VALLADOLID..LEMPIRA.... .RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS....
DULCE NOMBRE. .COPAN DOMICILIO .. .DULCE NOMBRE. .COPAN..
PROFESIÓN... LABRADOR, ENVIADO POR DISPENSARIO
MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN...INVESTIG....FECHA DE DIAGNÓSTICO...8/xII/59.....
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B.NA DA HISTORIA DE ENFERMOS DE TUBERCULOSIS
EN SU FAMILIA.

ENFERMEDAD ACTUAL;REFIERE EL ENFERMO QUE HACE 6 MESES,SE SIENTE CANSADO, TOS POR LA
NOCHE Y AL LEVANTARSE,MUCHA EXPECTORACIÓN MUCOSAY AVECE SANGUINOLENTO DOLOR DE PECHO ,
RONQUERA , SIN APETITO , PERDIDA DE PESO, DISNEA, FATIGA, PALIDEZ,DEBILIDAD GENERAL Y NERVIOSISMO,
TUBERCULINA POSITIVA, NO TIENE RP ANTERIOR ,
ANTECEDENTES PERSONALES SARAMPION, TOSFERINA, VARICELA, PAPERAS, PALUDISMO Y BRONQUITIS
FRECUENTES.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS...PADRES MUERTOS SIN SABER LA CAUSA. EXAMEN
FÍSICO...TEMP....36.8;...P.A.110X70 ...PULSO,80;...P.A. Y PESO,98 LBRS. EXAMEN
RADIOLÓGICO... INFILTRADO DE EL TERCIO SUPERIOR DERECHO, MAS DENSO EN LA PARTE SU
CLAVICULAR,CÓN MÚLTIPLES CAVERNÍCULAS EN LA MISMA REGIÓN,LIGERO INFILTRADO EL EL
VÉRTICE ISQUIERDO. .RECARGO HILIAR Y OPACIDAD DEL SENO COSTO DÍAFRAGMÁTICO DEL MISMO
LADO, NO HAY EVIDENCIA DE DERRAME, EXAMEN DE LAB...ESPUTO POSITIVO, 4 BACIOS POR
CAMPO, DIAGNÓSTICO . . T.B.C.PULMONAR,PLEURESÍA SECA AL LADO IZQUIERDO.
CLASIFICACIÓN...MODERADA ACTIVA O RECOMENDACIONES...TRATARLO CON PAS Y HAÍN,
R.X.CONTROL...8/III/60...

REGISTRO DE TRATAMIENTO,

NOMBRE...G.O.L..... .EDAD .45 AÑOSSEXO .. FEM FAM... N° 504.....
FECHA DE INICIACIÓN ...8/XII/19. LUGAR. .DULCE NOMBRE. . .COPÁN
SE INICIA.TRATAMIENTO CON 12 GRAMOS DE PAS Y 300 MLGRS DE HAÍN AL DÍA.. CON ESTE
TRATAMIENTO HA ESTADO DURANTE DIEZ Y SEIS MESES,SUS CONTROLES EN FORMA REGULAR SE HAN
LLEVADO Y EL ÚLTIMO SE LE TOMÓ EL DÍA 6 DE VI/61, SUSPENDIENDOLO POR ESTAR ESTABILIZADO.

NOMBRE...F.H.O.....SEXO...FEM.....FECHA DE NACIMIENTO...!3/VI/1918...
 LUGAR DE NACIMIENTO.. LAS CIDRAS COPAN...RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS...
 LAS CIDRAS.....DOMICILIO...LAS CIDRAS..COPÁN.....
 PROFESIÓN OFF DOMÉSTICOS.....ENVIADO POR...HOSF DE OCCIDENTE.....
 MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN... INVEST,.....FECHA DE DIAGNÓSTICO...5/1/60.....
 ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B.TRES PARIENTES MUERTOS DE LA MISMA
 ENFERMEDAD QUE PADECE ELLA.-.....

ENFERMEDAD ACTUAL:REFIERE LA ENFERMA QUE HACE DOS MESES PADECE DE AHOGO,TOS MOLESTA Y CONSECUTIVA,DOLOR FUERTE EN EL PECHO,ESPUTO MU CO-PU RULENTO, RONQUERA, FATIGA, ANOREXIA ,PERDIDA: DE PESO..PALPITACIONES Y IMPRESIÓN DE PARO DEL CORAZÓN CUANDO HACE EJERCICIO,FEBRÍCULAS POR LA TARDE.TUBERCULINA POSITIVA,NOTIENE RP ANTERIOR,
 ANTECEDENTES PERSONALES.-VARÍCELA,PALUDISMO Y GRIPE FRECUENTES. ANTECEDENTES HEREDITARIOS,-MADRE Y DOS TÍOS,-MURIERON DE LA MISMA ENFERMEDAD QUE ELLA.
 EXAMEN FÍSICO.-... ,TEMP,36.7;...PULSO,80;...P.A,150 x 84 Y PESO,85 LBS.....
 EXAMEN RADIOLÓGICO.-GRAN RECARGO HILIIAR CON EXAGERACIÓN DE LA TRAMA BRONCO-VASCULAR, LIGERA INFILTRACIÓN DEL TERCER ESPACIO INTERCOSTAL DERECHO, CISURITIS MEDIA DEL MISMO LADO Y SENO COSTO-DIAFRAGMÁTICO BORRADO, NIVEL LÍQUIDO HASTA EL 5,0 ESPACIO INTERCOSTAL ANTERIOR, LADO DERECHO NIVEL LÍQUIDO HASTA EL SEXTO ESPACIO INTERCOSTAL, OPADAD HOMOGENIA DEL SEÑO COSTODIAFRAGMÁTICO, ARMAZÓN OSEA,NORMAL, IMAGEN CARDIO-VASCULAR DILATADA,
 EXAMEN DE LAB ... ESPUTO DIRECTO UN BACILO POR CAMPO,
 DIAGNÓSTICO.T.B.C PULMONAR , PLEURES F A CON DERRAME EN AMBOS LADOS,MAS EXTENSA AL LADO DERECHO,
 CLASIFICACION. MÍNIMA ACTIVA.
 RECP.MENDACIONES. .TRATARLA CON D.H, Y HAÍN.
 R.X.CONTROL...EL 5/1V/60...

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE. . F.H.O..... SEXO. .FEM EDAD.. .43 AÑOS....FAM No 554
 FECHA DE INICIACION., , 4/1/60LUGAR, ..LAS CIDRAS COPAN.....
 SE INICIA SU TRATAMIENTO CON 12 GRAMOS DE HAÍN Y 300 MLGRS DE HAÍN AL DÍA, SU TRATAMIENTO RECONSTITUYENTE Y VITAMÍNICO Y SUS CHARLAS ALUSIVAS A SU ENFERMEDAD.
 EL TRATAMIENTO DURÓ 9 MESES Y SUS CÓNDISIONES ACTUALES INMEJORABLES... R.X CONTROL...5/IV/60...CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR,SE OBSERVA MEJORÍA LAS LESIONES PLEURALES HAN DESAPARECIDO Y EN SU LUGAR UN TENUE VELO QUE TIENDE HA DESAPARECER,
 OTRO CONTROL R.X.5/VII/60...LECTURA...CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, LA MEJORÍA CONTINUA SATISFACTORIAMENTE, NO HAY EVIDENCIA DE RESIDIVAS...
 OTRO CONTROL ..4/x/60...LECTURA..LESIONES CICATRIZANDO PAULATINAMENTE. OTRO CONTROL R.X. 5/1/61 NO HAY CAMBIO.

HISTORIA FAM..No. 556.
 HISTORIA CLINICA No.20 CLÍNICA No. 556.
 HISTORIA

RAYOS X No556.

NOMBRE. .L.G.C..... SEXO.. .FEM..... FECHA NACIMIENTO... I I/x/1930
 LUGAR DE NACIMIENTO...EL PARAÍSO COPAN..RES IDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS...
 SANTA ROSA DE COPANDOM I C I L I O. . .SANTA ROSA DE COPÁN...
 PROFESIÓN OFF DOMÉSTICOS ENVIADO POR DISPENSARIO.
 MOTIVO DE SU PRESENTACION...INVEST.....FECHA DE DIAGNÓSTICO...6/1/60.....
 ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B.NO HAY DATOS

ENFERMEDAD ACTUAL: REFIERE LA ENFERMA QUE HACE CUATRO MESES VIENE PADECIENDO DE GRIPE CON TEMPERATURAS POR LA MAÑANA, TOS SECA, QUINTOSA, NAUSEAS, EXPECTORACIÓN MUCOSA Y DE DIFÍCIL EXPULSIÓN, DOLOR SUAVE EN AMBAS ESPALDAS Y REGIÓN LUMBAR IZQUIERDA, CATARRO NASAL CRÓNICO, PERDIDA DE EL PALADAR, DE APETITO Y

DE PESO, SE FATIGA FACILMENTE, SE PONE RONCO CUANDO LAS MAÑANAS SON HELADAS, PADECE DE IMSOMNIO DESDE HACE SEIS MESES, TUBERCULINA POSITIVA, NO HA TENIDO RP ANTERIOR

ANTECEDENTES PERSONALES.-SARAMPIÓN, GRIPE Y PALUDSMO.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.-SIN IMPORTANCIA.

EXAMEN RADIOLÓGICO.-SE OBSERVA UN LÍGERO INFILTRADO EN LOS SEGUNDOS ESPACIOS INTERCOSTALES, EQUIDISTANTES

DE LA LÍNEA MEDIO-ESCAPULAR Y MÁS ACENTUADO AL LADO IZQUIERDO, SENO COSTO - DIAFRAGMÁTICO IZQUIERDO OCUPADO POR UNA SOMBRA DENSA HOMOGENIA Y SE EXTIENDE HASTA EL SEXTO ESPACIO INTERCOSTAL ANTERIOR, NO HAY EVIDENCIA DE DERRAME, ARMAZÓN OSEA, NORMAL, DESVIACIÓN DEL MEDIASTINO HACIA EL LADO DERECHO.

EXAMEN DE LAB...ESPUTO POSITIVO, 2 BACILOS POR EXTENSIÓN.

DIAGNÓSTICO ... T.B C .PULMONAR, PLEURESÍA SECA IZQUIERDA .

CLASIFICACIÓN.. MÍNIMA ACTIVA .

RECOMENDACIONES...TRATARLA CON D.H Y HAÍN.

R.X.CONTROL....6/IV/60.

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE-....L.G.C.....EDAD...29 AÑOS....SEXO FEM.....FAM: No. 556.....

FECHA DE INICIACIÓN...6/1/60... ..LUGAR. .SANTA ROSA DE COPÁN.....

SE INICIA TRATAMIENTO EL DÍA DE HOY CON DOS GRAMOS DE DIHIDROESTREPTO

MICINA A LA SEMANA Y 300 MLGRS DE HAÍN AL DÍA, SE LE ORDENA SU RECONSTITUYENTE Y SUS VITAMÍNICOS, EL TRATAMIENTO ANTI-BACILAR LE DURÓ 9 MESES DEJÁNDOLO POR LA ESTABILIZACIÓN DE LAS LESIONES, SE TOMO CONTROLES 6/1/60 CON LA LECTURA SIGUIENTE LESIONES INFILTRATIVAS, MEJORADAS, LA SOMBRA PLEURAL HA DESAPARECIDO TOTALMENTE, OTR0 CONTROL. 7/VIII/60. LECTURA. CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR MEJORAN SATISFACTORIAMENTE LAS LESIONES DEL PARÉNQUIMA PULMONAR, SOMBRA PLEURAL BORRADA COMPLETAMENTE. ÚLTIMO CONTROL DE R.X. LESIONES ESTABILIZADAS, SUSPENDER TRATAMIENTO, SE LE ORDENA CONTROLARSE CADA 6 MESES

HISTORIA FAM: No 574

HISTORIA CLÍNICA No.21

HISTORIA CLÍNICA No 574

RAYOS X No 574

NOMBRE...C.M.T.....SEXO FEM.....FECHA DE NACIMIENTO 8/XI/1906,.....

LUGAR NACIMIENTOGRACIAS.....RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS..Y

PINALITO, SANTA ROSA DE COPANDOMICILIO...SAN JUAN DE OPOA.....

PROFESIÓN...AGRICULTORENVIADO POR DISPENSARIO.....

MOTIVO DE SU PRESENTACION...INVEST.....FECHA DE DIAGNÓSTICO..19/1/60.....

ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B. ABUELITA MURIÓ DE TOS, VÓMITOS DE

SANGRE Y CAQUEXIA.

ENFERMEDAD ACTUAL: HACE 6 AÑOS DE PADECER DE TOS, SECUELA DE LA ASIÁTICA Q" LE DIO FUERTE, TEMPERATURAS QUE LE DURARON MAS DE 15 DÍAS, BOTÓ SANGRE EN EL ESPUTO, SECRECIÓN NASAL Y EXCREMENTOS. ACTUALMENTE, TOS POCA, PRODUCTIVA, PURULENTO Y DE DIFERENTES ASPECTOS, DOLOR DE PECHO, RONQUERA, ASFIXIA, PERDIDA DE APETITO, DE PESO Y SUEÑO, NO TRABAJA PORQUE NO LO DEJA LA TOS LA CUAL SE EXACERBA CON EL EJERCICIO, SUFRE DE MAREOS, AHOGOS, DEBILIDAD GENERAL, NO TIENE TUBERCULINA, NO TIENE RP ANTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES.-SARÁMPION, TOSFERINA, VARICELA PAPERAS, PALUDISMO, NEUMONÍA Y GRIPE FRECUENTES.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.-ABUELITO L.N.T. MURIÓ TUBERCULOSO, NO SABE DE OTROS FAMILIARES QUE HALLAN PADECIDO DE T.B.

EXAMEN FÍSICO.-...TEMP. 36.5; PULSO, 80; P.A. 130 x 60 Y PESO 131 LBS

EXAMEN RADIOLÓGICO. INFILTRADO DE TODO EL CAMPO PULMONAR DERECHO, MAS DENSO EN LA PARTE MEDIA, BORRAMIENTO DEL SENO COSTO - DIAFRAGMÁTICO DEL MISMO LADO PRESENCIA DE PEQUEÑAS AHERENCIAS A NIVEL DEL MISMO SENO. NO HAY LÍQUIDO PLEURAL. EN EL LADO IZQUIERDO, INFILTRADO DEL 4° Y 5o ESPACIOS INTERCOSTALES.

LÍGERA IRRITACIÓN PLEURAL EN EL SENO COSTO-DIAFRAGMÁTICO IZQUIERDO, NO HAY EVIDENCIA DE LÍQUIDO PLEURAL, ARMAZÓN OSEA, NORMAL, MEDIASTINO LIGERAMENTE DESVIADO A LA ISQUIERDA.

EXAMEN DE LAB...ESPUTO POSITIVO, DOS BACILOS POR CAMPO.
DIAGNÓSTICO...T.B.C PULMONAR, PLEURITIS SECA BILATERAL.
CLASIFICACIÓN...MODERADA ACTIVA.
RECÓMENDACIONES...TRATARLA CON PAS Y HAÍN...
R.X.CONTROL...19/IV/60.

REGISTRO DE TRATAMIENTO,

NOMBRE...C.T.....SEXO FEM.....EDAD...54 AÑOS..FAM:...No 574.....
FECHA DE INICIACION ... 19/1/60----- LUGAR...SAN JUAN DE OPOA . .COPÁN

SE INICIA TRATAMIENTO CON PAS 12 GRAMOS Y HAÍN 400 MLGRS AL DÍA, TRATAMIENTO ANTIANÉMICO Y VITAMÍNICO. ESTE TRATAMIENTO LO HA SOSTENIDO HASTA EL DÍA 15 DE IV DEL 61, SE LE SUSPENDIÓ POR ESTAR LAS LESIONES ESTABILIZADAS,

LOS CONTROLES HAN SIDO REGULARES CADA 3 MESES Y SU LECTURA DE LOS DOS PRIMEROS SON LOS SIGUIENTES: 18/IV/60..CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, SE OBSERVA SATISFACTORIA MEJORÍA DE LAS LESIONES DESCRITAS. OTRO CONTROL DEL 17 VI.11/60. .MEJORA SATISFACTORIAMENTE DE LAS LESIONES PARENQUIMATOSAS, LAS IRRITACIONES PLEURALES HAN DESAPARECIDO TOTALMENTE. HAY OTROS CONTROLES,

HISTORIA FAM.....No 576.

HISTORIA CLÍNICA No, 22. HISTORIA CLÍNICA No 576.

...RAYOS X.No 576.

NOMBRE. ...J.C.A.....SEXO...MASC.....FECHA NACIMIENTO 21/XI/1904.....

LUGAR NACIMIENTO . .OCOTEPEQUERESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS....

SANTA RITA . .COPÁN.....DOMICILIO...

SANTA RITA . .COPÁN

PROFESION. ..AGRICULTOR..ENVIADO POR DISPENSARIO

MOTIVO DE SU PRESENTACION.. INVEST,FECHA DE DIAGNÓSTICO. 13/1/60.....

ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B. NO DA DATOS..... ..

ENFERMEDAD ACTUAL: REFIERE EL ENFERMO QUE HACE SEIS MESES SUFRE DE HALAZONES EN SU CUERPO, TEMPERATURAS POR LA MAÑANAS SUDORES FRECUENTES LO QUE LO OBLIGÓ

A TOMAR VARIAS TABLETAS DE ARALÉN SIN LOGRAR MEJORÍA, TOS CRÓNICA, ESPUTOMUCOSO Y PURULENTO, A VECES HEMOTÓICO, HA TENIDOS REPETIDAS HEMOPTISIS, FATIGA, FRECUENTES DISNEAS, DOLOR DE ESPALDA, HA PERDIDO EL APETITO Y ESTA DELGADO, SUFRE DE DESVELOS, DISMINUSIÓN DE LA VISIÓN Y DEBILIDAD GENERAL. TUBERCULINA POSITIVA, NO TIENE RP ANTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES.-SARAMPIÓN, TOSFERINA, VARICELA, PALUDISMO Y GRIPES DESDE EL AÑO DE 1958.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.-PADRES MUERTOS, IGNÓRA LA CAUSA. EXAMEN FÍSICO.-

TEMP, ...37.6; ...PULSO, 88; ...P.A. 130 x 60 Y PESO 94 LIBRAS. EXAMEN RADIOLÓGICO...

GRAN RECARGO HILAR BILATERAL CON EXAGERACIÓN DE LA TRAMA BRONCO-VASCULAR, LIGERO INFILTRADO DEL VÉRTICE IZQUIERDO Y TERCER ESPACIO INTERCOSTAL, OPACIDAD EN EL SENO COSTO DIAFRAGMÁTICO DEL MISMO LADO, ARMAZÓN OSEA, NORMAL, MEDIASTINO, NORMAL, LIGERA ESCOLIOSIS IZQUIERDA. EXAMEN DE LAB...ESPUTO POSITIVO, UN BACILO POR CAMPO, DIAGNÓSTICO... .T.B.C, PULMONAR. PLEURITIS SECA IZQUIERDA, CLASIFICACIÓN.-MÍNIMA ACTIVA. RECÓMENDACIONES..TRATARLO CON PAS Y HAÍN, SE LE RECONSTITUYÓ ADECUADAMENTE.

R.X.CONTROL...13/V/60-

REGISTRO DE TRATAMIENTO,

NOMBRE... J.C. A..... EDAD... .67 AÑOS.....SEXO... .MASC ... FAM. .No, 576

FECHA DE INICIACION ., 13/1/60LUGAR SANTA RITA COPÁN

SE INICIA TRATAMIENTO CON PAS 12 GRAMOS Y HAÍN 300 MLGRS AL DÍA, TRATAMIENTO QUE LO SOSTUVO HASTA EL MES DE ENERO DEL 61. SE LE HAN PRACTICADO 5 CONTROLES CON LAS LECTURAS SIGUIENTES: R.X .CONTROL ... 13/V/60. .CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, SE OBSERVA NOTABLE MEJORÍA, LAS LESIONES PLEURALES HAN

DESAPARECIDO COMPLETAMENTE . . . 0 TRO CONTROL R.X. EL 13/V/60...CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR,MEJORA SATISFACTORIAMENTE,NO HAY EVIDENCIA DE PLEURITIS.

CONTROL R.X. 14/X/60.LESIONES ESTABILIZADAS,CONTINUAR TRATAMIENTO HASTA EL PRÓXIMO CONTROL.

CONTROL R.X....14/1/61.NO HAY CAMBIO CON RELACIÓN A LA R.X.ANTERIOR.

HISTORIA FAM;.... No 578

HISTORIA CLÍNICA No 23. HISTORIA CLÍNICA No 578

RAYOS X. N° 578

NOMBRE...C.B.C.....SEXO..... FECHA NACIMIENTO 15 DE JULIO DE 1930.

LUGAR DE NACIMIENTOSTA. ROSA DE COPÁN . RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

ÑOS...SANTA ROSA DE COPÁN.. DOMICILIO .. .SANTA ROSA DE COPÁN....

PROFESIÓN .. .OF DOMÉSTICOS ENVIADO POR DISPENSARIO.

MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN ... INVEST FECHA DE DIAGNÓSTICO .. 14/1 /1960... •

ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B.UN PARIENTE LEJANO MURIÓ DE T.B.C

PULMONAR HACE POCOS AÑOS Y VIVÍA EN SU CASA

ENFERMEDAD ACTUAL :REFIERE LA ENFERMA QUE HACE UN AÑO PADECIÓ DE GRIPES FRECUENTES CON TEMPERATURAS ELEVADAS,ESCALOFRÍOS, TOS SECA Y CONSECUTIVA,FUERTE. DOLOR DE PECHO Y EPISTAXIS REPETIDAS,ORINA SANGUINOLENTA,MELENAS,CEFALALGIAS Y VÓMITOS .SE PRESENTA CON UN CUADRO MENOS ALARMANTE CONSISTENTE EN TOS PRODUCTIVA, EXPECTORACION MUCO-PURULENTO,DOLOR DE ESPALDA,FRIOS POR LA MAÑANA,SIN APETITO,PERDIDA DE PESO,RONQUERA,PÉREZA , INSOMNIO, ESTERTORES AUDIBLES A LA DISTANCIA,AHOGOS POR LA NOCHE , DEBILIDAD GENERAL,NO TIENE TUBERCULINA, NO TIENE RP ANTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES.-SARAMPION,TOSFERINA,PAPERAS, VARICELA Y GRIPES.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.-TÍO CONVIVIRME ESTÁ EN TRATAMIENTO POR LESIONES ACTIVAS PULMONARES, PADRES APARENTEMENTE SANOS.

EXAMEN FÍSICO...TEMPO,...37.4;...PULSO,...80;...P.A.;120 x 50 Y PESO,105...

EXAMEN RADIOLÓGICO.-INFILTRADO DEL SEGUNDO Y TERCER ESPACIO INTERCOSTAL IZQUIERDO SENOS COSTO-DIAFRAGMATICOS OCUPADOS POR OPACIDADES BORROSAS Y ADHERENCIAS PLEURALES, LIGERA DESVIACIÓN DEL MEDIASTINO HACIA LA IZQUIERDA ESCOLIOSIS IZQUIERDA POCO ACENTUADA, ARMAZÓN OSEA,NORMAL. EXAMEN DE LAB.ESPUTO POSITIVO,UN BACILO EN UNA EXTENSIÓN, DIAGNÓSTICO...T.B.C.PULMONAR,PLEURESÍA SECA BILATERAL, CLASIFICACIÓN...MÍNIMA ACTIVA.

RECOMENDACIONES...TRATARLA CON DIHIDROESTREPTOMICINA Y HAÍN.

R.X.CONTROL...14/V/60.

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE...C.B.C..... EDAD 20 AÑOS..... SEXO FEM.....FAMILIA No 578

FECHA DE INICIACIÓN .. •. 14/1/60LUGAR SANTA ROSA DE COPÁN

SE INICIA TRATAMIENTO CON 2 GRS DE D-H A LA SEMANA,400 MLGRS DE HAÍN AL DÍA,SE LE ORDENA SU TRATAMIENTO RECONSTITUYENTE Y VITAMÍNICO Y SU CONTROL EL 14 DE IV/60.EL TRATAMIENTO INDICADO LO SOSTUVO HASTA EL 23 DE X DE 1960.

R.X.CONTROL...20/IV/60.LECTURA...CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR SE OBSERVA MARCADA MEJORÍA DE LAS LESIONES PARENQUIMATOSAS,LESIONES PLEURALES HAN DESAPARECIDO TOTALMENTE,MEDIASTINO EN EL MISMO ESTADO.

CONTROL R.X.CONTROL...23/VII/60..LECTURA.CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, CONTINÚA MEJORANDO SATISFACTORIAMENTE,LA PLEURITIS DESAPARECIÓ COMPLETAMENTE SIN DEJAR ROSTRO ALGUNO.

R.X.CONTROL...22/X/60.LESIONES ESTABILIZADAS,SUSPENDER TRATAMIENTO,CONTROL CADA TRES MESES.

HISTORIA FAM:.....N° 581.

HISTORIA CLÍNICA. N°24. HISTORIA CLÍNICA... N° 581

RAYOS X...No581.

NOMBRE...A.S.S..... SEXO...MASC..... FECHA DE NACIMIENTO 12 DE VII DEL 26

LUGAR NACIMIENTO. . .STA RITA . .COPÁN.RESIDENCIA ÚLTIMOS 5 AÑOS LA ZUMBADORA...SAN ANTONIO DE COPAN

.DOMICILIO. .LA ZUMBADORA.SN ANTONIO.

PROFESION...AGRICULTOR..... ENVIADO POR DISPENSARIO
MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN. . INVEST..... .. FECHA DE DIAGNÓSTICO .. 15/V II/1926...
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B...C.S.E.MADRE MUERTA DE TUBERCULOSIS
PULMONAR... ..

ENFERMEDAD ACTUAL:HACE SEIS MESES PADECE DE CALENTURAS,TOS EXPECTORACIÓN PURULENTA
DOLOR DE PECHO ,SUDORES NOCTURNOS, RONQUERA, DOLOR DE PECHO, FATIGA, DISNEA, POCO
APETITO, PERDIDA DE PESO, DEBILIDAD, PALIDEZ Y SE NOTA FATIGA DO, TUDERCULINA NEGATIVA, TIENE
B-C-G, NO TIENE RP ANTERIOR. ANTECEDENTES PERSONALES.-SARAMPION, VARÍCELA, PAPERAS Y
GRIPES. ANTECEDENTES HEREDITARIOS...-MADRE MUERTA D.T.B.C PULMONAR.

EXAMEN FÍSICO...TEMP, 37.2;...PULSO 82;...P.A...100 x 60 Y PESO, 110 LBS..... EXAMEN
RADIOLOGICO. .. INFILTRADO DE LA MITAD SUPERIOR IZQUIERDA DEL CAMPO PULMONAR, PLEURITIS
SECA HASTA EL 6° ESPACIO INTERCOSTAL CUBRIENDO TODO EL SENO, LADO DERECHO, INFILTRADO DE LAS
DOS TERCERAS PARTES DEL CAMPO PULMONAR DERECHO, MAS DENSO EN LA PARTE MEDIA, DERRAME PLEURAL
EN EL SENO COSTODIAFRAGMÁTICO

DEL MISMO LADO, AUMENTO DEL ÁREA CARDÍACA, ARMAZÓN OSEA, NORMAL. EXAMEN DE
LAB...ESPUTO POSITIVO, 4 BACILOS POR CAMPO.
DIAGNÓSTICO...T.B.C.PULMONAR, PLEURESÍA SECA IZQUIERDA Y CON DERRAME AL DERECHO.
CLASIFICACIÓN. . .MODERADAMENTE AVANZADA ACTIVA. RECOMENDACIONES. . .TRATARLO CON
PAS Y HAÍN. R.X.CONTROL...15/1V/60.

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE. . .A.S.S..... EDAD...35 AÑOS....SEXO MASC.FAM: N° 581
FECHA DE INICIACION .. 15/1/60..... ..LUGAR LA ZUMBADORA. .SN ANTONTO
SE INICIA TRATAMIENTO CON 12 GRS DE PAS Y 400 MLS DE HAÍN AL DÍA, SE LE ORDENA SU TRATAMIENTO
RECONSTITUYENTE Y VITAMÍNICO, TRATAMIENTO QUE AÚN LO CONTINÚA Y QUE SU ESTADO LESIONAL
MEJORA SATISFACTORIAMENTE, LOS CONTROLES EN NO DE 5 SON EL PRELUDIO DE UNA CURACIÓN
COMPLETA.

HISTORIA FAM; ... No. 606
HISTORIA CLÍNICA No 25. HISTORIA CLÍNICA No. 606
....
RAYOS X. No 606

NOMBRE...M.T.M.....SEXO,..MASC..... FECHA DE NACIMIENTO 29 DE IX DE 1888
LUGAR NACIMIENTO .. .LEPAERA .. .LEMPIRARESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS....
. .SAN JUAN DE OPOA..... DOMICILIO SAN JUAN DE OPOA.
PROFESION...FUE LABRADOR ENVIADO POR DISPENSARIO.....
MOTIVO DE SU PRESENTACION...INVEST FECHA DE DIAGNÓSTICO 28/1/60.....
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B. HIJO MUERTO DE TUBÉRCULOSIS Y SU ESPOSA CREÉ
QUE TAMBIÉN MURIÓ DE LO MISMO.

ENFERMEDAD ACTUAL :GRIPES CADA 15 DÍAS, MUCHA TOS, DOLOR MUY FUERTE EN EL PECHO, ESPUTO
PURULENTO Y HEMOTOICO, ABUNDANTE POR LA MAÑANA, SUDA MUCHO, A FONICO HACE 5 MESES, NO COME, NO DUERME
TEMPERATURAS DE VEZ EN CUANDO, CAJEXICO, FATIGA, DISNEA, NO PUEDE TRABAJAR, LE DUELEN TODAS LAS
COYUNTURAS, NO TIENE TUBERCULINA, NO
TIENE Rpm ANTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES.-SARAMPION EN LA EDAD ADULTA, TOSFERINA, VARÍCELA Y PALUDUSMO.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.-SIN IMPORTANCIA,

EXAMEN FÍSICO....TEMP.37.8 PULSO 80;...P.A...150 x 70 Y PESO, 122 LBS... ..
EXAMEN RADIOLÓGICO..GRAN RECARGO HILIAR BILATERAL, INFILTRADO DEL 4° Y 5° ESPACIO INTERCOSTAL
DERECHO, PLEURESÍA SECA DERECHA CON SINEQUIAS RESIDUALES EN EL SENO COSTO-DIAFRAGMÁTICO. LADO
IZQUIERDO LÍMPIDO, AREA CARDIO-VASCULAR AUMENTADA DE VOLUMEN, ARMAZÓN OSEA, NORMAL.. EXAMEN DE
ESPUTO... NEGATIVO.

DIAGNÓSTICO...T.B.C.PULMONAR PLEURESÍA SECA DERECHA.

CLASIFICACION....MODERADA ACTIVA.

RECOMENDACIONES...TRATARLO CON PAS Y HAÍN. R.X.
CONTROL....28/V/60-

REGISTRO DE TRATAMIENTO. NOMBRE...M.T.M.O..... EDAD, 72
AÑOS, ... SEXO ...MASC...FAM:...606....

FECHA DE INICIACIÓN.. 28/I/60.....LUGAR...SAN JUAN DE OPOA.....

SE INICIA TRATAMIENTO EL DÍA DE HOY CON 12 GRS DE PAS Y 400 MLS DE
HAÍN AL DÍA, LOS QUE HA ESTADO RECIBIENDO 30 TRATAMIENTO EN FORMA ININTERRUMPIDA
POR ESPACIO DE UN AÑO Y SUS CONTROLES REGULARMENTE Y CUYA LECTURA ES LA SIGUIENTE:
R.X.CONTROL...27/IV/60..CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, SE OBSERVA MEJORÍA DE LAS
LESIONES DESCRITAS EN R.X.ANTERIOR, ANGULO COSTO-DI AFRAGMÁTICO

CASI LIBRE.

R.X.CONTROL24/VIII/60..MEJORA SATISFACTORIAMENTE, LESIONES PLEURALES
CASI BORRADAS.

R.X.CONTROL....25/I/61..LESIONES ESTÁBILIZADAS, SUSPENDER TRATAMIENTO, CONTROL DE R.X CADA
TRES MESES.

HISTORIA FAM:... N^ 595
HISTORIA CLÍNICA No 26. HISTORIA CLÍNICA No 595
RAYOS X n7 595

NOMBRE. . M.I.P SEXO FEMFECHA DE NACIMIENTO .. 16/x 1 I /1 942...

LUGAR NACIMIENTO. .SANTA ROSA DE COPAN..RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS...

SANTA ROSA DE COPAN DOMICLO. .SANTA ROSA DE COPAN.....

PROFESION.. .OF DOMESTICOS.....ENVIADO POR...DISPENSARIO

MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN . INVES. FECHA DE DIAGNÓSTICO . .25/I /60.....

ANTECEDENTES DE FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B.. .HERMANO E.P.EN TRATAMIENTO

ESTE DISPENSARIO POR LESIONES ACTIVAS.....

ENFERMEDAD ACTUAL: . .REFIERE LA ENFERMA QUE HACE 2 MESES ESTA PADECIENDO DE
CALENTURAS POR LA MAÑANA , DOLOR DE CABEZA, POCOS TOS Y SIN EXPECTORACION DOLOR DE CUELLO
E INFLAMACIÓN DEL MISMO , DOLOR DE PECHO, COME CON POCO APETITO, HA PERDIDO DE PESO, SE
RESFRÍA CON FRECUENCIA , SE PONE RONCO, HA PERDIDO PESO, SUDA POR LAS NOCHES, TUBERCULINA
POSITIVA, NO TIENE RP ANTERIOR. ANTECEDENTES PERSONALES. -SARAMPIÓN, TOSFERINA,
VARÍCELA PALUDISMO Y NEUMONÍA. ANTECEDENTES HEREDITARIOS.-SIN IMPORTANCIA.

EXAMEN FÍSICO.-...TEMP, ..36.5; PULSO, ...80; ...P.A....110 x 60 Y PESO, 95.5... EXAMEN
RADIOLÓGICO.-L I GERA INFILTRACIÓN DEL VÍRTICE DERECHO , CISURITIS MEDIA Y ENGROSAMIENTO PLEURAS DEL
SENO COSTO-DIAFRAGMÁTICO EN EL MISMO LADO

LADO IZQUIERDO, GRAN RECARGO HILIAL Y EXAGERACIÓN DE LA TRAMA BRONCO-VASCULAR,
LADENOPATÍA TRAQUEBRONQUIAL Y CERVICAL BILATERAL.

EXAMEN DE LAB.-ESPUTO NEGATIVO.

DIAGNÓSTICO.-T.B.C.PULMONAR, PLEURESÍA SECA DERECHA Y ESCROFULO-DESMIA-... .

CLASIFICACIÓN.-MÍNIMA ACTIVA.

RECOMENDACIONES.-TRATARLO CON DIHIDRO-ESTREPTOMICINA Y HAÍN.

R.X.CONTROL.-25/IV/60-

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE. M. I. P.....EDAD... 18 AÑOS... SEXO FEM:.... FAMILIA...No.595....

FECHA DE INICIACION. ,25/I/60....., LUGAR. SANTA ROSA DE COPÁN, B°_ BOS AIRES

HA TENIDO TRATAMIENTO DURANTE TRECE MESES, HA RECIBIDO 78 GRS DE
D-H Y 1.570 TABLETAS DE HAÍN, SE LE HAN ADMINISTRADO SUS
RECONSTITUYENTES Y SUS VITAMINAS.

R.X.CONTROL.-25/IV/60.-CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, MEJORA DE TODAS
SUS LESIONES PARENQUIMATOSAS, PLEURALES Y CISURALES.

R.X.CONTROL.-24/VII/60.-LAS LESIONES DESCRITAS EN R.X.ANTERIORES, CONTINÚAN
MEJORANDO.

R.X.CONTROL27/x/60...CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR,MEJORA SATISFACTO-
RIAMENTE. R.X,CONTROL....20/II/61IONES ESTABILIZADAS, SUSPENDER TRATAMIENTO.

HISTORIA CLÍNICA No,27. HISTORIA CLÍNICA N° 613
R.X.CONT N° 613

NOMBRE...A.P.BSEXO MASCFECHA DE NACIMIENTO29/xI/21.....
LUGAR DE NACIMIENTO...COFRADÍA...CORTES...RESIDENCIA EL LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS....
SANTA ROSA DE COPÁN DOMICILIO SAN PEDRO SULA
PROFESIÓN CHOFER.....ENVIADO POR ..DISPENSARIO
MOTIVO DE SU PRESENTACIÓN . .ACTUALIZACIÓN. . FECHA DE DIAGNÓSTICO . .2/11/60.....
ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B...NO HAY.....

ENFERMEDAD ACTUAL: -EMPEZÓ TRATAMIENTO EN SAN PEDRO SULA HACE AÑO Y MEDIO,
DROGAS EMPLEADAS,DIHIDROESTREPTONICINA, PAS Y HAÍN,15 APLICACIONES DE
NEUMOTÓRAX, AVANDONANDO TRATAMIENTO POR CAMBIAR DE RESIDENCIA.
SE PRESENTA A ESTE DISPENSARIO CON CUADRO AGUDO DEL TÓRAX,CALENTURAS,TOS EXIGENTE
GENTE,ESPUTO MUCO-PURULENTO,DOLOR FUERTE DE PECHO.FATIGA, DISNEA, PALIDEZ,
CAQUEXIA,PERDIDA DE APETITO,DE PESO, RONQUERA,

DEBILIDAD GENERAL Y DECAIMIENTO.

ANTECEDENTES PERSONALES.-SARAMPIÓN ,TOSFERINA, VARÍCELA,PAPERAS, PALUDISMO, NEUMONIA.
PLEURESÍA Y HA SIDO OPERADO DE HERNIA.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS,-SIN IMPORTANCIA.

EXAMEN FÍSICO...TEMP...36.5;...PULSO,..80;...P.A;... 110 x 60 Y PESO,.112.5.

EXAMEN RADIOLÓGICO .-INFILTRADO DE LAS DOS TERCERAS PARTES SUPERIORES DEL
CAMPO PULMONAR DERECHO,MAS DENSO A NIVEL DE LA LINEA MEDIO CLAVICULAR INFILTRADO
TRADO DE TODO EL CAMPO PULMONAR IZQUIERDO. CAVERNA DE 7.5 x 6 C EN LA REGIÓN
SUB-CLAVICULAR Y OTRAS MENORES EN EL SEGUNDO Y TERCER ESPACIO INTERCOSTAL,
SENO COSTO-DIAFRAGMÁTICO IZQUIERDO OCUPADO POR UNA OPACIDAD DENSA, NO HAY
NIVEL LÍQUIDO,DESVIACIÓN DEL MEDIASTINO HACIA LA DERECHA , IMAGEN CARDÍACA BORROSA,
LIGERA SIFOSIS IZQUIERDA.

EXAMEN DE LAB,ESPUTO POSITIVO, 7 BACILOS POR CAMPO.

DIAGNÓSTICO, ..T.B.C.PULMONAR, PLEURESÍA SECA AL LADO IZQUIERDO.

CLASIFICACIÓN. . .AVANZADA ACTIVA.

RECOMENDACIONES...TRATARLO CON D-H, PAS Y HAÍN.

R.X.CONTROL..... 12/V/60.

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE.. A. P.B EDAD...39 AÑOS. .. SEXO. .. MASC. FAMILIA ... No. 613...
FECHA DE INICIACION . .2/11/60..... .LUGAR. . .SANTA ROSA DE COPÁN.

SE INICIA TRATAMIENTO CON 2 GRS DE D-H A LA SEMANA, 12 GRAMOS DE PAS Y
300 MLGRS DE HAÍN AL DÍA, SE ORDENA SUS INYECCIONES DE HÍGADO CRUDO , PERNEMÓN Y MULTIVI-
TAMINAS, SE LE INSTRUYE SOBRE LA CONDUCTA A SEGUIR MIENTRAS ESTA EN TRATAMIENTO .HASTA LA
FECHA,HA LOGRADO RELATIVA MEJORÍA,SU POBREZA NO LE PERMITE ALIMENTARSE
ADECUADAMENTE.

R. X. CONTROL.5/V/60... .LIGERA MEJORÍA DE LAS LESIONES PARENQUIMATOSAS, CAVERNA,
REDUCIDA DE VOLUMEN, LESIONES PLEURALES MEJORADAS.

R.X.CONTROL, ..7/VIII/60o.CONTINÚA MEJORANDO SATISFACTORIAMENTE.

R.X.CONTROL.6/xI/60 PERSISTE LA CAVERNA, LESIONES INFILTRATIVAS MEJORADAS,
LESIONES PLEURALES HAN DESAPARECIDO TOTALMENTE.

R .X.CONTROL . .6/II/6I CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, SE OBSERVA POCO CAMBIO.

R.X.CONTROL., 5/v/60....LESIONES EN EL MISMO ESTADO, LAS PLEURALES COMO DIJE EN CONTROL
ANTERIOR, BORRADA COMPLETAMENTE.

CONTINÚA TOMANDO TRATAMIENTO Y PRACTICÁNDOSE SUS CONTROLES.

NOMBRE ...R.C. C.... SEXO. ..MASC.....FECHA NACIMIENTO EL 30 DE JULIO DEL/ 60..LUGAR DE NACIMIENTO., ERANDIQUE..LEMP. .RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. ERANDIQUE. .DPTO DE LEMPIRA.....DOMICILIO...ERANDIQUE LEMPIRA PROFESIÓN..AGRICULTOR.....ENVIADO POR DISPENSARIO,..... MOTIVO DE PRESENTACIÓN..INVEST.....FECHA DE DIAGNÓSTICO. 4-/11/60..... ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B..R.M. HIJA SIN INVESTIGACIÓN PERO REFIERE EL SR QUE PRESENTA EL MISMO CUADRO QUE ÉL, SE CITÓ PARA INVESTIGARLA.

ENFERMEDAD ACTUAL:-DESDE HACE UN AÑO TIENE TOS CON EXPECTORACIÓN MUCO-PURULENTO,HEMOTÓICA YABUNDANTE,FUERTE DOLOR DE PECHO,NAUSEAS,FATIGA DISNEA,RONQUERA ,FALTA DE APETITO Y PERDIDA DE PESO,SUDORES NOCTURNOS,INSOMNIO, COLERASSIN MOTIVO JUSTIFICADO,NÓ TIENE TUBERCULINA,NO TIENE RP ANTERIOR. ANTECEDENTES PERSONALES,-SARAMPIÓN, VARICELA,pALUDISMO Y GRIPE FRECUENTES. ANTECEDENTES HEREDITARIOS.-SIN IMPORTANCIA. EXAMEN Físico.-.TEMP,..,36.5;PULSO,..,80;..P.A.,.... 110 x 60 Y PESO,114 LEXAMEN RADIOLÓGICO.-INFILTRADO DE LA MITAD SUPERIOR DE AMBOS CAMPOS PULMONARES,CAVERNA DE 3 X 2 EN EL VÉRTICE DERECHO..SENOS COSTO-DIAFRAGMÁTICOS OCUPADOS POR ENGROSAMIENTO PLEURAL, ÁREA CARDÍO-VASCULAR, AUMENTADA DE VOLUMEN. ARMAZÓN OSEA,NORMAL EXAMEN DE LAB...ESPUTO POSITIVO, 4BACILOS POR CAMPO. DIAGNÓSTICO,...T.B.C PULMONAR.PLEURESIAS SECAS. CLASIFICACIÓN-.MODERADAMENTE AVANZADA. RECOMENDACIONES.-TRATARLO CON PAS YHAÍN. R.X.CONTROL.....4/v/60.

REGISTRO DE TRATAMIENTO. NOMBRE. .R.C.C ...SEXO... .MASC... ..EDAD. . 60 AÑOS. . FAMILIA No 625..... FECHA DE INICIACION. 4/II/60..... .LUGAR.ERANDIQUE. .DPTO LEMPIRA INICIA SU TRATAMIENTO CON 12 GRS DE PAS Y 400 ML GRS DE HAÍN AL DÍA ADEMÁS SE LE ADMINISTRAN SUS RECONSTITUYENTES CON HÍGADO Y MULTIVITAMÍNICOS Y SUS RESPECTIVOS CONSEJOS A FIN DE LOGRAR SU PRONTA MEJORÍA. R.X.CONTROL.6/v/60...CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, MEJORA SATISFACTORIAMENTE, LESIONES PLEURALES EN VÍA DE DESAPARECER. R.X. CONTROL...7/viii/60..SENOS COSTO-DAFRAGÁMTICOS LIBRES, LESIONES PARENQUEMATOSA MEJORAN ADMIRABLEMENTE. R.X.CONTROL...6/xi/60...CICATRIZ EN LA REGIÓN DONDE EXISTIÓ LA CAVERNA, LAS DEMÁS EN VÍA DE ESTABILIZACIÓN. CONTINÚA SU TRATAMIENTO Y CONTROLES.

NOMBRE...B.C.B.. .SEXO FEM:.....FECHA DE NACIMIENTO...NO HAY DATOS.. LUGAR DE NACIMIENTO...EL DERRUMBO SANTA ROSA DE COPAN. .RESIDENCIA ÚLTIMOS AÑOS...EL DERRUMBO..STA ROSA DE COPAN..DOMICILIO..EL DERRUMBO, STA ROSA DE COPAN. PROFESION .. .OF DOMÉSTICOS.....ENVIADO POR DISPENSARIO..... MOTIVO DE SU PRESENTACION..INVEST..... FECHA DE DIAGNÓSTICO..27/11/60-..... ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B..M.C.V DE T.EN TRATAMIENTO EN ESTE DISPENSARIO... ..

ENFERMEDAD ACTUAL REFIERE LA ENFERMA QUE HACE. 9 AÑOS PADECE DE TOS, ABUNDANTE EN EXPECTORACIÓN, MUCO-PURULENTO, DOLOR DE PECHO MUY SUAVE, SUDORES POR LA NOCHE, RONQUERA, FATIGA, INSOMNIO, PERDIDA DE APETITO, PERDIDA DE PESO, DEBILIDAD GENERAL, ESTERTORES AUDIBLES A LARGA DISTANCIA, NO TIENE TUBERCULINA Y RP ANTERIOR.

ANTECEDENTES PERSONALES.-SARAMPION, TOSFERINA, VARÍCELA, PAPERAS Y PALUDISMO.-
 ANTECEDENTES HEREDITARIOS SIN IMPORTANCIA.
 EXAMEN FÍSICO.-TEMP, ...36.9; PULSO, ...78; ...P.A; ...160 x 70 Y PESO, ...93 L..
 EXAMEN RADIOLÓGICO.-. . .SUAVE INFILTRADO DE AMBOS VÉRTICES PULMONARES, GRAN -
 RECARGO HILAR BILATERAL CON EXAGERACIÓN DE LA TRAMA BRONCO-VASCULAR, SENOS
 COSTO-D I AFRAGMÁTICOS , OCUPADOS POR SOMBRAS HOMOGÉNEAS , MEDIASTINO, NORMAL , LIGERA
 SIFOSIS IZQUIERDA.
 EXAMEN DE LAB.-ESPUTO, POSITIVO, UN BACILO POR CAMPO.
 DIAGNÓSTICO,-T.B.C.BILATERAL, PLEURESÍA SECA AMBAS BASES.
 CLASIFICACIÓN.-. MÍNIMA ACTIVA.
 RECOMENDACIONES,-TRATARLA CON PAS Y HAÍN.
 R.X.CONTROL.- ... 27/v/60

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

NOMBRE..B.C.B.....EDAD, 80 AÑOS....SEXO ... FEM: .. .FAMILIA NO. 629.....
 FECHA DE INICIACIÓN., 27/11/60.LUGAR...EL DERRUMBO, SANTA ROSA DE C.
 SE INICIA TRATAMIENTO EL 27 DE FEBRERO DEL PRESENTE CON 12 GRS DE PAS
 Y 300 MLGS DE HAIN AL DIA. ANTIANEMICOS Y VITAMINICOS . ESTE TRATAMIENTO LO SÓSTUVO UN AÑO Y TERMINÓ
 CON LAS LESIONES ESTABILIZADAS.
 R.X.CONTROL..28/v/60...CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, SE OBSERVA NOTABLE
 MEJORÍA, LAS LESIONES PLEURALES EN VÍA DE DESAPARECER.
 R.X. CONTROL...27/III/60..CONTINUA MEJORANDO, LESIONES PLEURALES DESAPARECERON
 COMPLETAMENTE, R.X. CONTROL.-...29/XI/60.-POCO CAMBIO CON RELACIÓN A LAS
 PLACAS ANTERIORES,
 R.X.CONTROL.-..27/11/61.—LESIONES ESTABILIZADAS, SUSPENDER TRATAMIENTO. SIGUEN LOS
 CONTROLES CADA TRES MESES,

HISTORIA CLÍNICA No 30. HIST FAMILIAR No 633...
 HIST CLÍNICA No 633..
 RAYOS X No 633..

NOMBRE...C.M.V.....SEXO MASC.....FECHA NACIMIENTO...11 DE 11 DE 1907
 LUGAR NACIMIENTO. .CONCEPCIÓN COLOHETE LEMP. .RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS
 5 AÑOS.LAS LAJITAS, ..TALGUA LEMPIRA. .DOMICILIO...LAS LAJITA, TALGUA LEMP
 MOTIVO DE SU PRESENTECION....INVEST....ENVIADO POR HOSP DE OCCIDENTE

ANTECEDENTES FAMILIARES CONOCIDOS DE T.B. .P.M.R.HIJO Y TRATAMIENTO ESTE
 DISPENSARIO..FECHA DE DIAGNÓSTICO...1/1V/60

ENFERMEDAD ACTUAL:.-REFIERE LA ENFERMA QUE HACE SEIS MESES PADECE DE
 TOS, -EXPECTORACION MUCO-PURULENTO, DOLOR Y RUIDOS EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA,
 PÉRDIDA DE APETITO, DE PESO, RUIDOS EN LOS OÍDOS, FATIGA AL MENOR ESFUERZO,
 SOMNIO, PEREZA Y A BURRIMIENTO.HACÍA 4 MESES SE LE HABÍA PRACTICADO SU EXAMEN
 FLUOROSCÓPICO ENCONTRÁNDOLA SOSPECHOSA, SE LE CITÓ PARA DOS MESES DESPUÉS SIN COMPARECER
 A ÉL, FUÉ REMITIDA DEL HOSPITAL CON EL CUADRO SIGUIENTE
 YA SE EXPLICÓ MAS ARRIBA. Y CON PLACA R.X.TOMADA EN AQUEL CENTRO, NO TIENE
 TUBERCULINA , NO TIENE RP ANTERIOR,
 ANTECEDENTES PERSONALES,-SARAMPION , TOSFERINA , VARÍCELA, PAROTIDITIS Y PALUDISMO.
 ANTECEDENTES HEREDITARIOS,-SIN IMPORTANCIA..
 EXAMEN FÍSICO. -TEMP.36.4; PULSO, .. .80; P.A.. 120 x 70 Y PESO 148 LBS.. EXAMEN
 RADIOLÓGICO.-SE OBSERVA GRAN RECARGO HILAR BILATERAL CON EXAGERACIÓN DE LA TRAMA
 BRONCO-VASCULAR , CÚPULA PLEURAL CUBIERTA POR UN VELO HOMOGENIO QUE AVANZA HASTA EL
 SEGUNDO ESPACIO INTERCOSTAL DERECHO, LO MISMO EN EL SENO COSTO-D I A FRAGMÁTICO HASTA UNA
 ALTURA DE TRES ESPACIOS, LADO IZQUIERDO SENO COSTODIAFRAGMATICO OCUPADO POR UNA SOMBRA
 HOMOGENIA HASTA LA ALTURA DEL TERCER ESPACIO INTERCOSTAL ANTERIOR A ESTE LADO, SE
 TRANSPARENTEA NIVEL LÍQUIDO HASTA EL 5 ESPACIO INTERCOSTAL EXAMEN DE LAB:.-ESPUTO
 POSITIVO, 3 BACILOS POR CAMPO.

DIAGNÓSTICO.-T.B.C PULMONAR.PLEURESÍA SECA DERECHA Y CON DERRAME AL LADO
IZQUIERDO, PLEURITIS APICAL DEL DERECHO. CLASIFICACIÓN. -MINIMA ACTIVA (AGUDA).
RECOMENDACIONE,..- TRATARLO CON PAS Y HAÍN.
R.X.CONTROL. IV/VIII/60.

REGISTRO DE TRATAMIENTO,

NOMBRE...C.M.V..... SEXO ... MASC. ... EDAD ...53 AÑOS...FAM: No 633....
FECHA DE INICIACIÓN... I/v/60 LUGAR.. LAS LAJITAS, TALGUA . LEMPIRA
HOY SE INICIA EL TRATAMIENTO DEL SR XX CON PAS 12 GRS Y HAÍN 400 ML-
GRS AL DÍA, HASTA LA FECHA HA TOMADO 9.360 GRAMOS DE PAS Y 990 MLGRS
DE HAÍN EN TRECE MESES QUE LLEVA DE TRATAMIENTO, SE LE HAN ADMINISTRADO
DROGAS ANTIANÉMICAS Y VITAMÍNICAS EN VARIAS OPORTUNIDADES.
R.X.CONTROL.-...I/VII/60... CON RELACIÓN A LA PLACA ANTERIOR, SE OBSERVA LI •
GERA MEJORÍA, LESIONES APICALES HAN DESAPARECIDO COMPLETAMENTE, PERSISTEN LAS
OPACIDADES SIN NIVEL LÍQUIDO.
R.X.CONTROL.-...I/x/60... LESIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE, HAN DESAPARECIDO
TOTALMENTE, CONTINUAR TRATAMIENTO POR TRES MESES MÁS Y CONTROL R.X. R.X.CONTROL.
LESIONES ESTABILIZADAS, SUSPENDER TRATAMIENTO Y CONTROL EL 1/1/61.... CON RELACIÓN
A LA PLACA ANTERIOR, NO HAY CAMBIO.

PARA NO CANSAR AL HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR Y DEMÁS DIRECTIVOS DE LA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA, HAGO CASO OMISO DE LOS CIENTO Y PICO DE CASOS TRATADOS Y OTROS
EN VÍAS DE CURACIÓN EN ESTE DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE SANTA ROSA DE COPAN Y
LES AGRADEZCO SINCERAMENTE LA ATENCIÓN PUESTA EN LA LECTURA DE ESTE HUMILDE TRABAJO
QUE ES LA CONSECUENCIA DE 6 LARGOS AÑOS DE EXPERIENCIA.

GRACIAS.

DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES

CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS CIENTO CINCUENTA Y SEIS CASOS DE
PLEURESÍAS, CUYA ETIOLOGÍA NO SE DUDA POR LAS LESIONES TUBERCULOSAS DEL ÓRGANO
PULMONAR, LESIONES EVIDENCIADAS POR LA CLÍNICA Y LABORATORIO, LLEGO A LA
CONCLUSIÓN QUE LAS DROGAS USADAS CON LA PRUDENCIA Y EN CANTIDAD SUFICIENTE, LLEGA A
UN FELIZ DESENLACE EN EL TRATAMIENTO DE TODAS LAS PATOLOGÍAS DE ORIGEN BACILAR.

QUE LAS PLEURESÍAS TUBERCULOSAS SE DOMINAN AMPLIAMENTE CON LA ADMINISTRACIÓN
DE LA COMBINACIÓN DE ESTREPTOMICINA, DIHIDROESTREPTOMICINA, HIDRASIDA DEL ÁCIDO
ISONOCOTÍNICO PARA LOS CASOS QUE VIVEN EN EL PERÍMETRO URBANO Y LA
COMBINACIÓN DE PAS CON HAÍN (ÁCIDO ISONICOTÍNICO) PARA LOS CASOS QUE VIVEN EN
LA ZONA RURAL. HAGO ÉSTA COMBINACION, POR SER LA ÚNICA QUE SE PRESTA A UN TRA
TAMIENTO ININTERRUMPIDO POR PARTE DE EL ENFERMO, A UNOS SE LE FACILITA ASISTIR
PUNTUALMENTE AL PUESTO DE SALUD, OTROS EN CAMBIO, VIVEN TAN DISTANTES QUE DESPUES
PUÉS DE SERLES DIFÍCIL Y CASI IMPOSIBLE, NO LO RECOMIENDA LA CLÍNICA POR EL
EJERCICIO EXTREMADO QUE HARÍAN PARA LLEGAR AL PUESTO DE SALUD Y POR LA CON
TRADICCIÓN A UNA DE LAS RECOMENDACIONES ACONSEJADAS EN EL CAPITULO DE LOS -----
TRATAMIENTOS, EL REPOSO.

QUE EL PORCENTAJE DE ÉXITOS ALCANZADOS CON EL TRATAMIENTO ADJUDICADO, -
CONFIRMAN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA CAMPAÑA POR OTROS MÉDICOS ESPECIALIZADOS
Y QUE RECOMIENDAN SU EMPLEO LLENOS DEL MAYOR OPTIMISMO, QUE LAS CONSECUENCIAS DESAGRADABLES
OBSERVADAS, NO JUSTIFICAN EL ABANDONO DE ESTAS DROGAS
YA QUE ESTOS MISMOS TRASTORNOS SE CORRIGEN AL SUSPENDER TEMPORALMENTE SU A-----
PLICACIÓN, O RECURRIR A LA COMBINACIÓN DE ELLOS PARA EVITARLOS.

QUE LAS DROGAS ANOTADAS ANTERIORMENTE, TIENEN EFECTO SOBRE LA MAYORÍA DE LOS
SÍNTOMAS DESCRITOS Y SOBRE EL MISMO FOCO INFECTIVO Y EL RESPONSABLE DE ELLO "BACILO
DE KOCH, INHIBIENDO SU CRECIMIENTO, SU MITOSIS, SU INOFENSIVIDAD POR FÍN SU ENQUISTAMIENTO O
DESAPARACION

QUE LA TERAPIA USADA EN EL SIGLO PASADO, ES MUY DIGNA DE TENERLA PRESENTE Y APLICARLA
ADECUADAMENTE YA QUE ELLA CONTRIBUYE A CORREGIR EN UN TIEMPO MAS O MENOS CORTO LOS
DESÓRDENES QUE TRAE CONSIGO LAS PLEURESÍAS HIPER-AGUDAS

Q QUE SIENDO EL ENFERMO DE TUBERCULOSIS PULMONAR UN INDIVIDUO INCÓMODO, EGOÍSTA, MALGENIADO Y HASTA MALINENCIONADO, EL MÉDICO DEBE LUCHAR POR RECUPERARLES ESE NO DESPRECIO A LA VIDA, TRATAR DE MEDELARLES NUEVAMENTE SU CARACTER Y HACERLES CONCIENCIA DE QUE SU CASO TIENE CURACIÓN, SUPLICARLES Y HASTA EL RUEGO SI ES POSIBLE, SEGUIRLOS CONSEJOS MÉDICOS Y TOMAR MUY ENCUE. TA LAS RECOMENDACIONES DADAS POR AQUEL PARA EVITAR EN LO POSIBLE LA DISEMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD EN FAMILIA Y DEMAS GENTE QUE LOS RODEA.

CONCLUSIONES.

1.- QUE EL PAS, EL HAÍN Y LA ESTREPTOMICINA, SON EFICACES EN EL TRATAMIENTO DE TODA LESIÓN TUBERCULOSA.

2.- QUE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS EN MAS DE CIEN CASOS ESTUDIADOS Y TRATADOS CON LAS DROGAS ENUMERADAS, HAN SIDO SATISFACTORIAS Y LOS POCOS QUE DESGRACIADAMENTE HAN DESCONTINUADO SU TRATAMIENTO, LO HAN HECHO POR LA ERRÓNEA CREENCIA QUE ESTÁN CURADOS LO QUE INDICA CLARAMENTE, QUE EL TRATAMIENTO ANTI-BACILAR SEGU I DO, BASTARON PARA ACALLAR LOS SÍNTOMAS MAS AGUDOS Y MOLESTOS Y OLVIDAR TODAS LAS RECOMENDACIONES.

3.- QUE ENTRE LOS CASOS CURADOS DE LA ENFERMEDAD PLEURAL, ESTAN A QUELLOS QUE ACUDIERON MÁS TEMPRANAMENTE A SU INVESTIGACIÓN.

4.- QUE LAS SECUELAS DE LAS PLEURITIS COMO ADHERENCIAS O SINEQUIAS LAS HE OBSERVADO EN DERRAMES GRANDES, DE EVOLUCIÓN PROLONGADA Y CON LESIONES SUB-CORTICALES DE LA BASE DEL PULMÓN.

5.- QUE LAS DOSIS ADMINISTRADAS EXCLUSIVAMENTE LAS DE PAS HAN SIDO FUERTES EN SU PR I N C I P I O, DÍSMINUYÉNDOLAS CUANDO LAS LESIONES VAN DECLINANDO; ENCUANTO A LAS OTRAS, D-HYHAÍN, HAN SIDO SIEMPRE LAS MISMAS EN TODO LO QUE DURA EL TRATAMIENTO QUE POR LO REGULAR LO HE LLEVADO MÁS ALLÁ DE LO PRUDENCIAL.

6.- QUE HE EVITADO LA PROPAGACIÓN DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN LA FAMILIA, DANDO PREVENTIVAMENTE NIDRAZID, A TODOS LOS CONVIVIENTES Y HASTA LOS YA CURADOS EN CASO DE GRIPE Ú* OTRAS PATOLOGÍAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS.

7.- QUE LOS EFECTOS COLATERALES HAN SIDO TAN BENIGNOS, QUE LA INTERRUPCIÓN DE LA DROGA A SIDO POR CORTO TIEMPO, REANUDÁNDOLAS DESPUÉS.

8.- QUE LAS ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, HAN SIDO REVELDES EN SU CURACIÓN POR RAZONES ECONÓMICAS DE LOS ENFERMOS, ESPECIALMENTE LOS RURALES QUE NO TIENEN COMO COMPRAR UN ANTI-HISTAMÍNICO; A LOS ENFERMOS URBANOS SE LES DA TRATAMIENTO PARENTERAL CON BENADRIL Y OTROS ANTI-ALERGICOS.

9.- QUE PARA EVITAR LOS EJERCICIOS Y CON LO CUAL EL GASTO DE ENERGÍAS DE LOS TUBERCULOSOS, A LOS DE LA POBLACIÓN RURAL SE LES DÁ SU MEDICINA PARA UN LAPSO DE TRES MESES, TERMINO OBLIGATORIO PARA CONTROLAR LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

10.- LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO PLEURÍTICO NETO, ES DE SEIS A NUEVE MESES, AUNQUE EN ALGUNOS CASOS SE LES PROLONGA HASTA DOS AÑOS O MÁS POR LAS LESIONES CONCOMITANTES DEL TEJIDO PULMONARIA LOS QUE SE LES SUPRIME SU MEDICAMENTO DESPUÉS DE TRES MESES DE ESTABILIZACIÓN DE LAS LESIONES,

11.- Y POR ULTIMO, PARA EL MEJOR FUNCIONAMIENTO DE LOS PUESTOS SANATORIALES Y YA QUE LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA TIENE COMPROMISOS BILATERALES CON EL MINISTERIO DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL, PROCURAR QUE EL MÉDICO TENGA COMO COLABORADORAS ENFERMERAS AUXILIARES ADIESTRADAS O POR LO MENOS GENTE IDOÑIA, RESPONSABLE, MORALMENTE ACEPTABLE Y NO AQUELLAS GENTES RECOMENDADAS POR LIDERILLOS QUE ASPIRAN A PUESTOS BUROCRÁTICOS SIN IMPORTARLES EL PERJUICIO QUE OCASIONAN A TODOS AQUELLOS DESHEREDADOS DE SALUD.

APROVECHEMOS LOS SERVICIOS DE TANTAS Y TANTOS DESEMPLEADOS QUE HAN HECHO CURSILLOS DE ENTRENAMIENTO Y QUE ESTÁN DISPUESTOS A IR DONDE LOS MANDEN

PROPOSICIONES.

- I .- COMPLEJO PRIMARIO PULMONAR.
- II .- OXIURIASÍS.
- III .- INDUCCIÓN ELECTIVA DE EL PARTO CON OXITOXINA.
- IV .- RABIA-
- V .- QuiNIDINA.

BIBLIOGRAFÍA

- I .- RUSSELL L CECIL, A.B.M.D..- S.C.D. Y COLABORADORES. WALSH-M. C DER-MOTT, M.D. PROFESOR AUXILIAR DE MEDICINA GENERAL.- CORNELL UNIVERSITY MEDICAL COLLEGE.
- II .- DR OSVALDO CABRERA MANCIAS. MEDICO DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS DEL DISPENSARIO JOAQUÍN L JACOBSEN.
- III .- L.E. HOLT Y R. Me INTOSK. TRATADO DE CLÍNICA MÉDICA.
- IV .- DR JOHN S. LA DUE. INSTRUCTOR DE MEDICINA.
- V .- DR BRANDT ALLEN D. D.Sc..
- VI .- DR BRINTON, ZHU WGH P, .Ph.D.
- VII .- DR DREUSEAU, W.C..M.D.
- VIII.-DR FLIN ROBERT H..M.D.
- IX .- DR GIBSON LY DIA..G..M.D.
- X .- DR SCHWARTZ, LOUIS..M.D.
- XI .- DRS PEDRO BARCELÓ. IGNACIO BRAJOT PENA. RAIMUNDO FROUCHTMAN ROGER. GERARDO MAURESA FORMOSA. JUAN BTA ROSET COLL Y JOSÉ MARÍA VILASECA SOBOTER.- ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO Y MEDIASTINO.
- XII .- DR PEDRO PONS.- PROF DE MEDICINA INTERNA.
- XIII.- DR JOHN H MUSSEY. BS, D.-F.A.C.P.- PROF DE LA FACULTAD DE MEDICINA X DE LOUISIANA, TULANE. UNIVERSIDAD.
- XIV .- DR EMILIO SERGET Y COLABORADORES.
- XV .- DR ESTEBAN CHAUVET PROVOST.
- XVI •- DR ANDERSON OTIS L..M.D.
- XVII.- DR BLOOMFIELD J.J.B.S. ENG.-M.D.

PROPOSICIONES

- I .- COMPLEJO PRIMARIO PULMONAR,
- II .- OXIURIASIS.
- III .- INDUCCIÓN ELENTIVA OE EL PARTO CON OXITOXINA .
- IV .-RABIA .
- V .-QUINIDINA .

BIBLIOGRAFÍA.

- I .- RUSSELL L CECIL, A.B.M.D..- S.C.D. Y COLABORADORES. WALSH-M.C. DERMOTT, M.D. PROFESOR AUXILIAR DE MEDICINA GENERAL.-CORNELL UNIVERSITY MEDICAL COLLEGE.
- II .- DR OSVALDO CABRERA MANCIAS. MÉDICO DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS DEL DISPENSARIO JOAQUÍN L JACOBSEN.
- III .- L.E. HOLT Y R. MC INTOSH. TRATADO DE CLÍNICA MÉDICA.
- IV .- DR JOHN S. LA DUE. INSTRUCTOR DE MEDICIN.
- V .- DR BRANDT ALLEN D. D.Sc.
- VI - DR BRINTON, ZHUGH P, PH,D.
- VII .- DR DREUSEAU, W.C.M.D.
- VIII.- DR FLIN ROBERT H. M.D.
- IX .- DR GIBSON LY DIA..G..M.D.
- IX - DR SCHWARTZ, LOUIS..M.D,
- X .- DRS PEDRO BARCEL* . IGNACIO BRAJOT PENA. RAIMUNDO FROUCHTMAN ROGER, GERARDO MAURESA FORMOSA. JUAN BTA ROSET COLL Y JOSÉ MARÍA VIÜASECA SOBTER.- ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO Y MEDIASTINO,
- XII , - DR PEDRO PONS.- PROF DE-MEDICINA- INTERNA,
- XIII .r- DR JOHN H MUSSEY. BS, M.D.-F.A.C.P, - PROF DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LOUISIANA, TULANE. UNIVERSIDAD,
- x
- XIV ,r DR EMILIO SERGET Y COLABORADORES,
- XV ,r DR ESTEBAN CHAUVET PROVOST. XVt •-
DR ANDERSON OTIS L..M,D. .
- XVII.- DR BLOOMFIELD J.J.B.S, ENG,-M,D.