

Trabajo Efectuado en el Servicio de Medicina de Niños del Hospital General

Jefe: Dr. Ernesto Cofiño U.

ESTUDIO CLINICO ANALITICO DE LOS
CASOS DE TUBERCULOSIS INFANTIL,
OBSERVADOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DE NIÑOS DEL HOSPITAL GENERAL

NOVIEMBRE DE 1939 A NOVIEMBRE DE 1942

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE GUATEMALA

POR

ALEJANDRO PALOMO, h.

Ex-interno de
Hospital «San José», Hospital de Amatitlán, Hospital General, Hospital Militar y
Asilo de Alienados.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO

DICIEMBRE DE 1942.

INTRODUCCION

Se ha comentado mucho, en congresos, conferencias, desde la cátedra y aún en reuniones de médicos y estudiantes, del total abandono en que se tiene a nuestros problemas patológicos, en el sentido de no apreciar en su aspecto puro las enfermedades que se observan en este país; es decir, que encuadramos los casos clínicos observados en los clásicos que describen los libros de texto o de consulta, sin tratar de buscar el aspecto propio de la enfermedad o las características que pudiera tener, por razones de raza, clima o alimentación.

Oímos con frecuencia decir: la sífilis en Europa es mucho más grave que en América; que la difteria y el tétano en Norte América son rápidamente mortales y que aquí tienen tendencia a evolucionar favorablemente; en fin, sabemos que todas las enfermedades se presentan de distinto modo en los diferentes países y notamos las divergencias de descripción en libros americanos y europeos.

«Nuestra ciencia es prestada, no tenemos Patología nacional, hay que hacerla», exclaman nuestros mentores científicos. Sí, hay que hacerla, ¿pero cómo? Para poder describir características clínicas, se necesita una estadística detallada de los casos, para sintetizar y deducir los cuadros clínicos y para obtener una estadística hay que hacerla y para hacerla hay que tener las observaciones clasificadas y comprobadas plenamente, sin agregarle síntomas ni ocultarle otros que nos parezcan extraños, así completas y revisadas por especialistas, podremos obtener conclusiones y deducciones honradas, sin apasionamientos ni falso amor propio que alteren la veracidad de los cuadros observados.

Al abordar el tema Estudio Clínico Analítico de Tuberculosis Infantil, en el servicio de niños, no me lleva la pretensión de hacer escuela, está fuera de mis capacidades, es obra de especialistas y de sabios. Si me atrevo a ensayar un Estudio Clínico Analítico es porque durante tres años he reunido todas las observaciones de Tuberculosis Infantil que se presentaron en el Servicio de Medicina de Niños del Hospital General, observaciones lo más completas posibles, debido al celo de los Jefes del Servicio y a la eficaz ayuda de los laboratorios y datos de las autopsias. Como se podrá apreciar, sólo he marcado los síntomas positivos, haciendo hincapié en lo disparatado de las historias que refieren los enfermos, los errores clínicos de diagnóstico, las comprobaciones en las autopsias y los re-exámenes de comprobación.

Las radiografías y exámenes radioscópicos se hicieron sistemáticamente, las interpretaciones fueron hechas por los jefes del Servicio de Radiología y por el Jefe del Servicio; haciendo notar que este último

empezó a interpretar radiografías después de dos años de asistir a las lecturas radiológicas y radioscópias de los radiólogos; las interpretaciones macroscópicas y microscópicas de las autopsias fueron hechas por el Jefe de Laboratorio de Anatomía Patológica; los exámenes de laboratorio para descartar otras enfermedades fueron repetidos todas las veces que se juzgó necesario, así señalo casos en los que se hicieron cien exámenes, la cutirreacción a la tuberculina se hizo sistemáticamente; lo más arduo del trabajo fué la búsqueda del foco de contagio, que en Tuberculosis Infantil es básica.

En nuestro medio, en donde no hay Servicio de Asistencia Social, examinar a los padres, abuelos, hermanos, sirvientes y vecinos sospechosos es sumamente difícil; sólo la paciencia y entusiasmo del doctor Cofiño U., Jefe del Servicio, han podido hacer posible su realización.

Todos los datos se pueden comprobar, no he agregado ni omitido nada que pudiera alterar los cuadros clínicos observados, aún así mi trabajo como se comprenderá, es elemental, pero alguien tenía que lanzarse por lo menos, a iniciar el estudio de este asunto tan importante, que sólo aspira a contribuir a la resolución de uno de los aspectos principales de nuestra Patología nacional.

PLAN DE LA TESIS

En el Servicio de Medicina de Niños del Hospital General, desde noviembre de 1939, hasta noviembre de 1942, ingresaron enviados por los Servicios de Emergencia y por la Consulta Externa, 1200 niños. Es decir que no hubo en la admisión de ellos ninguna selección especial; fué en ese grupo heterogéneo de pequeños pacientes, que pudieron ponerse en evidencia 93 casos de tuberculosis, en su gran mayoría de localización pulmonar y algunas otras formas cuyo análisis es objeto principal del presente trabajo.

Me ha parecido interesante, alejándome de todo concepto teórico, ya ampliamente tratado en la tesis del doctor Héctor Morales Díaz, dedicarme a la exposición práctica de los casos, hacer un estudio sin apartarme de los hechos observados, que nos demuestre las modalidades clínicas de la tuberculosis infantil entre nosotros

Describiré las condiciones en que se presentaron esos niños cuando llegaron al Servicio, tomando en cuenta: primero las causas que motivaron el asilamiento y aspecto clínico que presentaron; segundo, el examen clínico; tercero, las investigaciones complementarias que confirmaron el diagnóstico o descubrieron la enfermedad; cuarto, las formas clínicas; quinto, la evolución que tuvieron y sexto, reglas generales de tratamiento.

1o.—CAUSAS QUE MOTIVARON EL ASILAMIENTO Y ASPECTO CLINICO QUE PRESENTARON

Estas fueron muy variables, como se deduce del estudio de 93 observaciones. Para mayor claridad, me parece útil dividirlas en dos grupos: A)

Causas que directamente encaminaron hacia una afección tuberculosa y B) Casos sin manifestación tuberculosa aparente.

A) *Causas que directamente encaminaron hacia una afección tuberculosa:* fueron los menos frecuentes; sólo en 21 observaciones, se pensó en su posible existencia, lo cual fué confirmado por los exámenes ulteriores.

Las manifestaciones clínicas fueron algunas veces directas; otras veces indirectas. Entre las primeras citaremos como excepcionales, la existencia de hemoptisis que sólo fué señalada en tres casos (Observaciones Nos. 27, 29 y 44), tratándose como puede comprobarse, de formas de evolución regresiva.

Otros casos, también poco frecuentes, en los que se pudo saber de una historia más o menos prolongada de tos persistente, resistiendo a los tratamientos habituales (Observaciones Nos. 36, 40 y 18), o algunas raras veces acompañados de expectoración (Observaciones Nos. 32, 35 y 38); la mayoría de los casos, formando parte de un cuadro característico con fiebre, enflaquecimiento y signos de desnutrición más o menos profunda (Observaciones Nos. 17, 42 y 45). Encaminaron directamente la atención hacia afecciones de naturaleza tuberculosa, sin manifestación pulmonar aparente, los casos bastante frecuentes de eritema nudoso (Observaciones del número 71 a 78), en los que se encontró el foco de contagio en seis casos, con reacción de Mantoux positiva en siete casos y radiológicamente positivos en todos los casos; de localización ganglionar (Observaciones Nos. 64, 65, 66 y 67), encontrándose el foco de contagio en dos casos, reacción de Mantoux positiva en tres casos y lesiones radiológicas en dos.

B) *Casos sin manifestación tuberculosa aparente:* comprende la gran mayoría, puesto que ocupa el 60% de los casos. Los niños se presentaron por las afecciones más variadas, habiendo sido por el estudio minucioso que se llegó al diagnóstico clínico de tuberculosis y a su comprobación.

Es importantísimo considerar estos casos, porque su análisis cuidadoso revela la importancia que deberá darse al estudio de cada enfermo, sin confiarse en la afección aparente que parece explicar todo el cuadro clínico.

De las observaciones que seguimos, 53 tenían el aspecto de afecciones muy diversas; algunas en cierto modo, pudieron hacer pensar en una posible infección tuberculosa, pero en muchas otras, ningún síntoma llamaba la atención hacia ella; los casos de las observaciones números 19 y 22, llegaron por piodermitis y apendicitis respectivamente.

Un poco esquemáticamente, se puede dividir en varios grupos, para comodidad de su estudio, quedando bien entendido, que los cuadros fueron en realidad más complejos, como podrá deducirse de la lectura detallada de las observaciones que expondré más adelante.

a) *Formas con predominio a febril:* en casi la totalidad de los casos, la fiebre existió por lo menos en un momento dado de su evolución, pero sin constituir el síntoma predominante; sólo en 13 casos la fiebre constituyó el hecho más saliente, acompañada, por supuesto, de una serie de trastornos que fueron variables en cada uno. O bien la fiebre tomó el aspecto de una tifoidea, como en los casos de las observaciones números 45, 12 y 13, que fueron bastante típicas. En el caso de la observación número 13, se

puede apreciar toda la dificultad que se encontró para poder llegar a un diagnóstico exacto, el cual sólo pudo ser establecido después de observación minuciosa durante la evolución y multiplicando los exámenes complementarios. En dicho caso, se trató de un niño con historia de fiebre irregular, procedente de zona palúdica; a su ingreso en septiembre de 1941, el cuadro estaba dominado por la fiebre continua y estado general malo, con anemia marcada; las reacciones tuberculínicas, eran positivas, pero el examen clínico y radiológico, fueron negativos de tuberculosis. No se encontró hematozoarios en la sangre, la reacción de Widal fué negativa. Se pensó con insistencia en la tuberculosis, pero no se podía afirmar; los exámenes radiológicos sucesivos, fueron siempre negativos, hasta enero de 1942, es decir, cuatro meses después, que apareció y fué revelada bruscamente una sombra densa en el campo pulmonar izquierdo. La evolución ulterior fué favorable.

En el caso de la observación número 12, el diagnóstico de fiebre tifoidea apareció quedar establecido por el cuadro clínico y la reacción de Widal positiva; el niño salió aparentemente curado, pero regresó a los 4 meses, presentando síntomas que orientaron hacia una presencia de afección pulmonar, llegándose al diagnóstico de pleuresía purulenta del lado derecho. Queda aquí la duda de si se trató verdaderamente de tifobacilosis desde el principio, o si una tuberculosis pre-existente fué activada por la tifoidea.

En todo caso conviene insistir en la prudencia que debe tenerse para llegar a hacer el diagnóstico de fiebre tifoidea, sin contentarse con una simple reacción de Widal que puede inducir a error y exigir cada vez que sea posible, el hemocultivo. En la duda, debe hacerse repetir los exámenes clínicos, radiológicos y de laboratorio, que son los únicos, en la mayoría de las veces, que resuelven el problema.

En lo que se refiere al paludismo, el asunto es, si se quiere, más importante, dada la frecuencia de dicha afección entre nosotros y porque existe como sabemos, con carácter endémico en muchas regiones del país. Esto hace muy a menudo, que todo niño procedente de una zona palúdica y presentando un estado febril, sea considerado como palúdico; ahora bien, muchas veces esto es exacto, pero en otras oportunidades, el diagnóstico es incompleto en el sentido que el niño además de palúdico es también tuberculoso, como se demuestra en la observación número 15 en que se confirmó la presencia de plasmodium vivax en la sangre y había reacción de Mantoux positiva con sombra de condensación perihiliar muy sospechosa a los rayos X. Otras veces el diagnóstico es completamente erróneo, puesto que la afección palúdica no existe. Tengo numerosos casos de niños que ingresaron por paludismo, pero en los cuales, los exámenes de sangre repetidos, practicados en pleno acceso febril, no demostraron la presencia de hematozoario; esto despertó la sospecha que podría tratarse de una localización tuberculosa, lo cual pudo ser confirmado más tarde, como se relata en las observaciones números 4, 23 y 28. Dichos niños ingresaron al Servicio con manifestaciones palúdicas; en el caso número 28, existió una historia de «fríos y calenturas» cada tres días, pero no se encontró el plasmodio en la sangre; sin embargo se encontró foco de con-

taminación tuberculosa en la abuela, que se comprobó portadora de una forma fibrocásica. Las reacciones de Mantoux fueron positivas desde el principio, dato muy importante dada la edad del niño; el primer examen radiológico practicado en septiembre de 1941 fué negativo, pero el segundo, efectuado el 17 de noviembre del mismo año, fué positivo, dando una sombra homogénea en la parte media del pulmón derecho, que en los exámenes sucesivos se definió como perihiliar derecha; la evolución fué favorable. Podría multiplicar los ejemplos, que están descritos con todos sus detalles más adelante. Su importancia salta a la vista, si se considera la frecuencia con que puede pasar inadvertida la tuberculosis bajo la apariencia de paludismo, perdiéndose así un tiempo precioso, tanto para el enfermo, como para sus familiares, al instituir un tratamiento inadecuado e inútil. Todavía pueden discutirse otros diagnósticos de cuadros cuya base la constituye un estado febril, acompañado de alteraciones del estado general; quiero citar entre estos casos sin insistir, en la frecuencia con que se hace el diagnóstico de colibacilosis, fundándose en el resultado de un simple urocultivo.

Debe desconfiarse de los diagnósticos muy fáciles y bueno sería en estos casos, multiplicar las reacciones tuberculínicas, lo mismo que los exámenes radiológicos; quiero recordar el caso citado en el Servicio, de un niño que durante varios años, presentó diversos períodos febriles, considerados como brotes de colibacilosis, hasta que un examen minucioso descubrió un foco de tuberculosis pulmonar, plenamente comprobado por la reacción Mantoux positiva, las radiografías y el bacilo de Koch en el líquido del lavado gástrico.

b) *Formas de predominancia digestiva con desnutrición:* en muchas oportunidades, la sintomatología digestiva es predominante; el niño acusa anorexia, náusea, vómitos y diarrea de tipo variable, estos trastornos tienen una duración más o menos larga, de algunos meses cuando menos, hasta que llegan a repercutir fuertemente sobre la nutrición en general. Al examen, el niño se presenta marcadamente desnutrido, con edemas más o menos importantes y alteraciones del pelo y de la piel, que corresponden al llamado «Síndrome Policarenciado». Al parecer, todo el cuadro está constituido por trastornos gastrointestinales y nutritivos, y se olvida que éstos no son más que síntomas de un síndrome originado por causas muy variables; entre éstas, debe tenerse siempre presente la infección tuberculosa.

En las observaciones números 2, 9, 16, 17, 24, 25, etc., se trataba de niños que ingresaron por trastornos intestinales, predominando la diarrea. La mayoría de las veces no se pudo ni siquiera sospechar la tuberculosis, por el interrogatorio ni por el aspecto del niño; fué por el examen completo que se llegó a la sospecha de ésta, sea porque existió un foco posible de contagio, o porque las reacciones tuberculínicas fueron positivas, o porque el examen sistemático por los rayos X, reveló la presencia de la lesión.

En las observaciones 6, 7, 8 y 91, el cuadro correspondió al llamado síndrome policarenciado, que se caracteriza esencialmente, por edemas, alteraciones de la piel, del cuero cabelludo, postración y desórdenes digestivos; si se hubiera pensado que el cuadro clínico era explicado por estos

últimos, la tuberculosis hubiera pasado inadvertida. Así en la observación número 7, la historia y el aspecto, eran los de un «carenciado»; sin embargo se sospechó, en el posible origen tuberculoso, por existir un foco de contagio, pero sólo por la autopsia se llegó a la plena confirmación de las lesiones, que fueron masivas y generalizadas con predominio mesentérico. En la observación número 6, se hizo el diagnóstico de carencia y sólo los rayos X pudieron descubrir la verdadera causa, revelando la existencia de una infiltración tuberculosa en ambos pulmones, con diseminación miliar. En la observación número 91, el niño ingresó al Servicio la primera vez, en junio de 1941, y se llegó al diagnóstico de Policarenciado; aunque tuvo una reacción de Mantoux positiva y existía foco sospechoso de tuberculosis. El examen radiológico fué negativo. Salió aparentemente curado en agosto de 1941; al cabo de un año, es decir, en agosto de 1942, volvió al Servicio con un cuadro análogo al anterior, pero el examen radiológico descubrió una lesión pulmonar izquierda y el examen físico, una adenopatía cervical. Así podrían multiplicarse los ejemplos, pero sólo quiero que estos casos sirvan para llamar la atención sobre la frecuencia, con que se cometen errores de diagnóstico. En esta categoría de enfermos, debe siempre tratarse de llegar a determinar la causa responsable de la carencia, sospecharla cuando los trastornos digestivos y nutritivos, no ceden a la terapéutica adecuada; tanto más si la reacción tuberculínica es positiva y en los antecedentes existe un foco sospechoso de contagio. Debemos tener presente, que el síndrome de «carencia», puede dar lugar a anergia tuberculínica, debiéndose repetir la reacción, cuando el estado general se ha recuperado.

c) En las anemias, cuyo diagnóstico parece estar establecido, por la presencia de parasitismo intestinal intenso, la tuberculosis puede pasar inadvertida, si no se busca cuidadosamente o no se piensa en ella.

d) Por último, en ciertos casos, la tuberculosis no se manifiesta por ninguna alteración del estado general, ni por síntomas clínicos aparentes; esto se ha podido observar en el Servicio, cuando se busca el foco de contagio en los familiares de un enfermo determinado. Tal es el caso de la observación número 51, en el que se encontró un niño con lesión tuberculosa muy avanzada, el padre tenía una forma abierta de tubérculos ricamente bacilífera; el hermano, M. Q., observación número 31, con estado general excelente, pero la reacción a la tuberculina fué positiva, por la auscultación se comprobó la existencia de crujiidos pleurales y los rayos X mostraron una lesión extensa en el lado izquierdo; el hermano, que era el más pequeño de esta familia, observado durante varios meses, sólo tuvo reacción de Mantoux positiva, sin lesión radiológica.

20.—EXAMEN CLINICO

Bajo esta denominación, comprenderemos esencialmente el interrogatorio minucioso, en lo que se refiere a los antecedentes y el examen somático del enfermo, dejando en un capítulo aparte el radiológico, porque se acostumbra considerarlo como examen complementario.

a) *Interrogatorio*: que es siempre difícil en clínica pediátrica, en la mayoría de los casos tuvo grandes dificultades; como ya dije anteriormente,

llegar a precisar los motivos del aislamiento y establecer las causas de las enfermedades, es un problema arduo, porque en la mayoría de los casos falta precisión cronológica, hay vaguedad en la exposición de los conceptos, existe difusión en cuanto a la sintomatología e interpretaciones erróneas; así podemos ver que los casos, del presente trabajo, en los cuales el interrogatorio coincidió con el diagnóstico clínico, fueron poco numerosos, solamente en 35 observaciones sobre las 93 presentadas (37%). De estas 35, correspondieron a afecciones pulmonares, las números 32, 35, 36, 38, 44, 47, 48, 55, 58, 66, 1, 3, 27 y 29, total 14 casos. A meningitis, las números 79, 11, 81, 82, 84 y 86, total 6 casos. A eritema nudoso, las números 71, 73, 74, 77 y 78, total 5 casos. A formas abdominales las números 2, 61, 63 y 130, total 4 casos. El resto a formas poco frecuentes.

Como se puede observar, en la mayoría de los casos, el 60%, la historia de la enfermedad, no sirvió de guía alguna para encaminar la investigación hacia la búsqueda de la tuberculosis, y más bien pareció alejar la idea de dicha investigación, extraviando el diagnóstico hacia las enfermedades más diversas. De allí la precaución de tener siempre en la mente la posibilidad de tuberculosis y tratar de buscar, por un hábil interrogatorio, dicha enfermedad.

La historia de los antecedentes tiene en el niño tuberculoso, como principal objetivo, la búsqueda del foco de contagio, cuyo valor es inmenso, porque él solo es suficiente para dirigir el examen en el sentido de investigar su contaminación. Pero desgraciadamente estos casos, en los cuales el foco de contagio se descubre por el primer interrogatorio, son los menos numerosos. Así lo vemos en las observaciones números 31, 47 y 3, siendo la más instructiva la número 31, en la cual el padre francamente tuberculoso, contaminó a sus tres hijos, al mayor que presentó una forma extensiva grave mortal (Observación No. 51), al mediano (Observación comentada) que presentó forma de evolución regresiva y al pequeño, que sólo tuvo una reacción tuberculínica positiva. En la número 47, la madre había sufrido tuberculosis pulmonar, de la que murió en el Hospital San José, después de dos meses de aislamiento; el niño contagiado, presentó forma fibrocásica mortal. En la número 3, la abuela, antigua tosedora, había padecido de hemoptisis durante su juventud, el niño contagiado presentó forma miliar mortal. En la mayoría de los casos el foco de contaminación se pudo poner en evidencia después de conocida la tuberculosis en el niño, tal como en los casos números 12, 18, 20, 21, etc. Este foco fué encontrado en el 54.8% de los casos.

Hay que precisar que la investigación fué rudimentaria, puesto que sólo se interrogó a los familiares y se hizo examen radioscópico o radiográfico a los que buenamente se prestaron a ello. No cabe duda que el resultado hubiera sido mejor, si tuviéramos el tan deseado y nunca obtenido Servicio de Asistencia Social, ya que es el único capacitado para llevar a cabo una investigación minuciosa. Nuestra búsqueda deficiente, nos permitió encontrar en 47 de los casos, el foco de contaminación francamente familiar, repartidos así: 16 veces por la madre, 13 veces por el padre, 10 veces por los hermanos y 8 veces por los abuelos. Al contrario, la contaminación extrafamiliar, se encontró sólo cuatro veces en extraños o

vecinos (Observaciones Nos. 29, 30, 36 y 74), lo cual se comprende perfectamente, por la dificultad de llegar a establecerlos, ya que son accidentales y necesitan de la investigación minuciosa que debe llegar hasta el hogar del paciente, lo que no pudo ser posible en nuestro medio. Se comprende por lo indicado anteriormente, todo el interés que existe en el interrogatorio, de tratar de descubrir el posible foco, lo que si no permite afirmar la contaminación del niño, debe hacerla sospechar y agotar todos los medios necesarios, para llegar a determinarlo con toda seguridad.

El descubrimiento de tuberculosis en un niño, tiene que tener como corolario, la investigación de todos los focos posibles de contaminación, con el objeto de llevar, aún fuera del servicio de hospital, una obra social; se comprende que al instituir una campaña antituberculosa, los beneficios que se obtendrían serían incalculables, puesto que podrían limitar la extensión de dicha afección que gana cada día más terreno entre nosotros.

Para terminar, quiero prevenir al médico práctico, sobre los errores que se pueden cometer con facilidad y que consisten en considerar como tuberculosa a una persona y adjudicarle la categoría de foco de contaminación, solamente porque al interrogatorio se creyó así, por ejemplo: un enfermo que tose o expectore a menudo, o que ha padecido de afección pulmonar, no es suficiente para considerarlo tuberculoso sin haberlo comprobado, ya que sabemos que muchas otras enfermedades presentan esos mismos síntomas, sin ser forzosamente provocadas por el Bacilo de Koch.

El interrogatorio, pues, será muy preciso, para llegar a una conclusión exacta.

B) Examen Somático.

Las dificultades que presentan practicarle en el niño son múltiples y es evidente que se requiere mucho entrenamiento y mucha experiencia, para llegar a una interpretación correcta; dicha experiencia se adquiere cotejando y valorando los resultados del examen somático, con los exámenes complementarios (Laboratorios, Rayos X y Autopsia), sólo así se puede apreciar en su justo valor la sintomatología observada. Las condiciones especiales del tórax del niño, obligan en él, a practicar una percusión suave y metódica, su respiración a menudo carente de energía, obliga a saber aprovechar el momento: risa, llanto o respiración profunda, para interpretar modificaciones que pasan fácilmente inadvertidas. Esto explica el por qué a mayor cantidad de casos observados, mayor es la precisión de la interpretación de los síntomas, llegándose a hacer el diagnóstico clínico de tuberculosis, antes de la radiografía, en un gran número de los casos. A pesar de todo esto, el número de las observaciones en las cuales se llegó a un diagnóstico ulteriormente confirmado, fué relativamente escaso; de los 46 casos clínicos presentados, se llegó al diagnóstico por el examen pulmonar, en 23 de ellos, de los cuales la percusión reveló la existencia de condensación, en 15 casos; por los datos de la auscultación: respiración disminuida en uno de los campos, en 7 casos, estertores diversos en 8, pectoriloquia áfona en 5, broncofonía en 4, crujiidos en 3, soplo en 2 (para más detalles, ver observaciones de evolución regresiva y fibrocáseas).

Como se ve, un gran número de casos en los cuales, ya sea que se sospechara o no la tuberculosis, no se pudo encontrar ninguna modificación y no fué sino hasta con el examen radiológico, que se llegó al diagnóstico; quiero insistir sobre lo frecuente que es la ausencia casi total de síntomas físicos, a pesar de existir lesiones muy avanzadas, falta de sintomatología que persiste aún después de conocer radiológicamente las lesiones; así en las observaciones números 51 y 53 se pudo observar en la primera: que se trató de un niño con antecedentes de padre tuberculoso comprobado; el aspecto del niño hizo pensar que se trataba de una lesión extensa, dada la gravedad del estado general pero el examen clínico fué absolutamente negativo. Las radiografías mostraron presencia de caverna en el lado izquierdo; el lavado gástrico presencia de Bacilo de Koch; los exámenes radiológicos sucesivos, mostraron el aumento de las lesiones y a pesar de eso no se pudo precisar ningún síntoma clínico. En la segunda, se trató de un niño que presentó el cuadro de carencia con antecedentes sospechosos en los padres: por el examen clínico sólo se pudo encontrar respiración soplante, sin mayor significación clínica; radiológicamente presentaba infiltración con caverna en el campo inferior derecho. Otras veces por el contrario, a un primer examen probablemente superficial, pasó inadvertida una lesión que se descubrió por los rayos X y entonces la auscultación cuidadosa, permitió encontrar signos claros de tuberculosis, como en el caso No. 49, en el cual hasta después de la radiografía, se oyeron signos clínicos evidentes, que habían pasado inadvertidos. Estos pocos casos escogidos entre muchos, nos demuestran la facilidad con que, lesiones importantes por su extensión, pueden pasar ignoradas aún después de un examen minucioso y de conocer radiológicamente su existencia. Por esto mismo comprendemos la frecuencia con que escapan al examen somático las lesiones limitadas, como son, las infiltraciones modulares y perifocales situadas cerca del hilio o en las inmediaciones de las cisuras pleurales (Observaciones Nos. 27, 28, 29, etc.) Lo mismo puede decirse de las granulias y formas miliares.

Siendo las infiltraciones nodulares discretas, las que dominan por su número entre las localizaciones tuberculosas, lógicamente se comprende la frecuencia con que pasarían inadvertidas, si sólo se atuviera al llamado examen clínico, sin hacer entrar como parte de él, una técnica que le pertenece, como lo es el examen radiológico. Por último debemos insistir en el posible error contrario, es decir, el que consiste en atribuir la sintomatología observada a una afección tuberculosa, cuando en realidad se trata de otra enfermedad; casos de tal naturaleza se encuentran frecuentemente, en los cuales se pensó en tuberculosis, que no se pudo confirmar por los exámenes ulteriores.

No insistimos aquí sobre la facilidad relativa que presenta el diagnóstico de tuberculosis en otras localizaciones, como eritema nudoso, meningitis, formas ganglionares y osteoarticulares; el mayor interés consiste en muchos de estos casos, en la coexistencia de una lesión pulmonar del mismo origen, como sucedió en la casi totalidad de los casos de meningitis y eritema nudoso, en los que, sin embargo, el diagnóstico clínico de la lesión pulmonar no fué posible, porque como lo demostró el examen radiológico, eran lesiones limitadas.

A) *Examen Radiológico.*

Dada la importancia que tiene, según puede deducirse de lo enunciado anteriormente, este examen deberá hacerse de manera rutinaria, así como se hace la auscultación de los pulmones, corazón y la toma del pulso, temperatura y presión arterial. Se hará sistemáticamente, porque sirve para descubrir lesiones que el examen clínico propiamente dicho no podía prever; así vemos por ejemplo, en las observaciones números 40, 43, 49, 53, 88 y 89, cuyos antecedentes no hacían pensar en la tuberculosis, cuyo examen clínico fué absolutamente negativo y sin embargo en los que los rayos X y exámenes de comprobación hechos durante la evolución de la enfermedad o en la autopsia, demostraron la presencia de tuberculosis.

Para que este examen tenga todo su valor, más que nunca debe existir la colaboración íntima entre el médico y el radiólogo, llegando esta asociación a dar el máximo de resultados. El trabajo aislado de ambos elementos, presenta siempre graves lagunas; si es el radiólogo el único que examina los casos que le llegan, sin ninguna historia anterior, ni mayores datos clínicos, se expone a múltiples errores, perfectamente explicados, por ejemplo: considerar ciertas lesiones bronconeumónicas banales, como de naturaleza tuberculosa, lo cual se ilustra perfectamente bien en el caso No. 1167 del Servicio de Niños, en el cual el aspecto radioscópico y de la placa radiológica, era el de una infiltración tuberculosa, siendo clínicamente, una bronconeumonía consecutiva a sarampión, todo esto confirmado plenamente por la autopsia. El caso No. 814 del Servicio de Medicina de Niños, fué todavía más curioso, porque siendo el niño clínicamente un carenciado, con paludismo concomitante, la placa radiográfica, mostró una imagen típica de granulia y sin embargo al nuevo examen 8 días después, los campos pulmonares estaban libres y no se volvió a ver ninguna otra sombra patológica, durante la evolución de la enfermedad que fué benigna. Relatamos estos casos, para insistir en la necesidad de colaboración íntima entre médico y radiólogo y todo el interés que existe de que el médico asista al examen radiológico de sus enfermos y se familiarice con la interpretación de las anomalías reveladas por la pantalla fluoroscópica y por las placas radiográficas, lo cual si bien es cierto que requiere tiempo y paciencia, produce los mejores resultados.

El clínico tiene la ventaja sobre el radiólogo de haber hecho el examen minucioso a su enfermo, a lo cual se agrega, que puede comparar los síntomas observados con los aspectos radiológicos y con el estudio de las piezas anatómicas en la autopsia..

El examen radiológico realizado sistemáticamente, debe comprender, la radioscopia y la radiografía, procedimientos que tienen cada uno sus indicaciones y se completan mutuamente. La radioscopia permite el estudio de la cinética respiratoria, variando el rayo incidente revelador y la radiografía precisa detalles finos que escapan, dejando además grabada en una placa la imagen que se puede comparar en exámenes posteriores.

La radiología, fuera del problema de su interpretación, está sujeta a lagunas bastante importantes; creo útil insistir aquí, sobre la imperiosa necesidad de no conformarse con un solo examen para afirmar la exis-

tencia de una lesión, sino rutinariamente hacer exámenes sucesivos, así por ejemplo, es muy posible que un sujeto llegue a los rayos X cuando su lesión no está constituida, lo cual se ilustra perfectamente con el caso de la observación No. 13, en la cual clínicamente se sospechaba tuberculosis, las reacciones tuberculínicas positivas, hacían mantener el diagnóstico y sin embargo los exámenes radiológicos efectuados repetidas veces, durante cuatro meses, fueron negativos, hasta que apareció la lesión. Lo mismo sucedió en el caso No. 74, se trataba de un eritema nudoso, diagnosticado clínicamente, se encontró el foco de contagio, la reacción de Mantoux fué positiva y sólo después de varios exámenes radiológicos se hizo visible la lesión.

En los casos números 20 y 21, se trató respectivamente de niños que llegaron con diagnóstico de policarencia y paludismo comprobado; los exámenes radiológicos efectuados en estos pacientes, habían sido negativos, lo mismo que las reacciones tuberculínicas; como de tiempo en tiempo se les practicaba el examen fluoroscópico, se descubrieron con sorpresa, dos meses más tarde, densidades homogéneas en las regiones perihiliares y se hicieron nuevas reacciones tuberculínicas que resultaron esta vez, fuertemente positivas. En estos dos casos se trató de enfermos contagiados en el Servicio, a los que si no se les hubiera practicado varias veces el examen por los rayos X, jamás se hubiera podido hacer el diagnóstico, ni se habría descubierto el foco de contaminación.

Los exámenes sucesivos tienen un valor inmenso para establecer el pronóstico de la enfermedad, ya sea en su forma favorable, como en los casos de las observaciones Nos. 37 y 38, en los que se pudo seguir desde la aparición de la lesión hasta su crecimiento, disgregación y desaparición; o en la número 10, en la cual, la imagen de placa parecía granulia y los exámenes ulteriores demostraron la completa desaparición de la lesión; o ya bien en la evolución desfavorable, como en los casos de las observaciones Nos. 22 y 51, en los que, los exámenes sucesivos mostraron el aumento progresivo de la lesión, hasta el desenlace fatal.

La radiología tiene sus limitaciones, las cuales pueden revestir varios grados, por ejemplo: es frecuente que la imagen radiológica haga pensar en lesiones discretas o por lo menos, no tan importantes como se revelaron en la autopsia, así en el caso de la observación No. 92, que radiológica y radiográficamente mostraba una lesión discreta, al practicar la autopsia se encontró un verdadero tuberculoma; o como en el caso de la número 50, en el cual la radiografía no mostraba cavernas y en la autopsia se descubrieron éstas en abundancia.

Aún más, las lesiones tuberculosas pueden pasar inadvertidas al examen de los rayos X, debido a particularidades en su situación, las más importantes son tres: 1o. Siendo la lesión de la base derecha se oculta por detrás de la sombra del hígado, como en el caso No. 87 en el cual radiológicamente apenas dió una opacidad en el seno costodiafragmático derecho y la autopsia comprobó una caverna. En el caso No. 83, que era una meningitis tuberculosa, se trató de buscar la lesión pulmonar, sin encontrarse nada patológico y sin embargo en la autopsia, se comprobó que había una zona caseificada. 2o. Cuando la lesión se encuentra vecina del hilio del lado izquierdo, que se oculta detrás del corazón. (Observación No. 8).

y 3o. Cuando se oculta detrás de alguno de los huesos, como en el caso particular de una caverna, que no se descubrió, por encontrarse detrás de la clavícula, habiéndose encontrado en el acto de la autopsia.

En resumen, esta exposición demuestra que por lo menos en lo que se refiere a niños, el examen radiológico debe ser sistemático: 1o. Aun cuando el diagnóstico clínico parezca suficiente. 2o. Debe ser metódico y cuidadoso. 3o. Debe asociarse la radioscopía y la radiografía, y 4o. —Debe repetirse las veces que sean necesarias, para descubrir la aparición de una lesión o para seguir su evolución.

B) REACCION TUBERCULINICA

Es de suma importancia, sobre todo cuando se trata de niños; en nuestra práctica ha llegado a formar parte de la rutina del Servicio. Se han usado el Parche de Vollmer y la intradermorreacción de Mantoux. Esta última ha sido la más usada y por lo tanto la mejor conocida, de tal manera que puedo decir que es la única que tomaré en cuenta en el presente estudio.

Sin importar la enfermedad por la cual el niño llega al Servicio, por el solo hecho de estar en el Hospital, se le practica la reacción de Mantoux; solamente en los niños que estuvieron algunas horas en el Servicio o muy pocos días, no se les hizo la reacción. Tal sucedió en el caso de la observación No. 26, en el que tratándose de tuberculosis miliar, la reacción hubiera sido de gran valor, pero el niño murió el mismo día que ingresó al Servicio y como se comprende, no dió tiempo a practicarla.

La interpretación de la reacción debe tomarse muy en cuenta, porque necesita estar bien entrenado y haber comparado muchas, para no equivocarse. En el Servicio de Medicina de Niños, la reacción se hace siempre en la misma región: cara anterior del antebrazo derecho, siendo siempre interpretada por la misma persona (Dr. Monzón Malice) con el objeto de crear un experto, cuya opinión es valiosísima en los casos dudosos.

Me parece interesante anotar aquí, que aunque corrientemente se califique la reacción de Mantoux positiva, siguiendo la clasificación de Opie y Mc Phedran, por el tamaño y coloración de la reacción cutánea, existe una forma que sólo se percibe al tacto, sin cambio de coloración de la piel, a ésta se le ha llamado «caquéctica», sin que esto implique el estado de nutrición del niño, sino que se refiere a la reacción en sí, que es blanca, sólo sensible a la palpación digital; ésta la hemos observado en los casos 84 y 8 que tomaremos de ejemplo, en los cuales se trataba de meningitis y forma fibrocásica respectivamente; estos niños habían tenido una primera reacción negativa con tuberculina diluida al 1 por mil y fué a la segunda reacción, al 10 por mil, que presentaron la forma «caquéctica».

En nuestra estadística, 56 casos fueron positivos desde la primera vez. 6 casos, primero negativos y después positivos, ya fuera por haberse repetido la intradermorreacción a la misma dilución o a otra más concentrada; de estos casos dos correspondieron a formas pulmonares de evolución regresiva y las otras respectivamente a tifobacilosis, meningitis, forma fibrocásica y abdominal. Doce veces fué negativa. Dos veces dudosa. Proporción: 81,5% de positivas.

La reacción de Mantoux positiva: indica una alergia tuberculínica de la piel, específica para el bacilo de Koch, pero no traduce datos, sobre el sitio de la lesión, ni sobre su estado evolutivo; así se puede ver, que aunque en nuestras observaciones predominaron las formas pulmonares con reacción positiva, también fué positiva en siete de los ocho casos de eritema nudoso.

La intensidad mayor o menor de la reacción no es de gran valor, sin embargo es de observación corriente apreciar reacciones intensas en formas benignas, como puede comprobarse en las observaciones de eritema nudoso y formas de evolución regresiva o ganglionares; y reacciones débiles, en formas graves, como en el caso No. 84 en que tratándose de una meningitis con forma miliar final, la reacción de Mantoux fué «caquética».

Reacción de Mantoux negativa excluye de un cuadro clínico determinado, la posibilidad de su origen tuberculoso y en un sujeto sano, la presencia de un foco latente; pero no por ello se va a afirmar que un niño es sano sólo por una reacción, es preciso hacer sistemáticamente varias, para descubrir un estado antialérgico o anérgico que daría resultados negativos, tratándose de enfermos realmente tuberculosos. Esto se pudo observar en los casos números 82, 83 y 85, en que se trataba de meningitis; en las números 20, 21 y 25, formas de evolución regresiva y en las números 3, 6 y 7, que presentaban formas intestinales; así podría multiplicar los ejemplos. Quiero insistir en lo referente a niños con cuadros clínicos de «carencia», porque estos casos son muy comunes entre nosotros, por razón de su debilitamiento, presentan reacciones tuberculínicas negativas, pero cuando reponen su estado general, el resultado de ellas se hace francamente positivo; sólo citaré un caso, escogido entre muchos, el No. 19 que cambió francamente de negativo a positivo, cuando mejoraron sus condiciones nutritivas.

En resumen, la práctica de la reacción tuberculínica es indispensable en un Servicio de Niños; debe hacerse sistemáticamente; es una gran guía para el diagnóstico; debe hacerse cuantas veces sea necesaria y a diluciones diferentes, antes de aceptar la positividad o negatividad real de una reacción.

C) LAVADO GASTRICO:

De los exámenes complementarios me parece el más concluyente, porque no cabe duda que un lavado cuyo resultado sea positivo de Bacilos de Koch, hará el diagnóstico aunque ningún otro de los exámenes complementarios y clínicos estén de acuerdo. Y al contrario cuando a un caso sospechoso de tuberculosis abierta se le hagan lavados gástricos sucesivos sin encontrar en él bacilos de Koch, es seguro que no se tratará de esa afección.

Como ejemplos en los que bastó el lavado gástrico para hacer el diagnóstico citaré los casos de las observaciones Nos. 49, 57, 79 y 93. En la 49 se trató de un niño con historia de trastornos gastrointestinales, no se le encontró foco de contaminación, por el examen clínico se pensó en un Síndrome policarenciado; el resultado del lavado gástrico fué positivo;

la radiografía primero y la autopsia después, comprobaron el diagnóstico; se trató de una forma fibrocásica y miliar final.

El caso de la observación No. 57 fué un niño que con historia pulmonar de accesos con sofocación se le diagnosticó asma, no se encontró foco de contagio, la radiografía fué sospechosa pero no podía afirmar nada, la reacción de Mantoux fué positiva, por el resultado del lavado gástrico también positivo se hizo el diagnóstico, fué una forma de reinfección tipo adulto.

El caso No. 79 se trataba de un niño con cefalea y fiebre, al practicarle el examen se pensó en meningitis, no se encontró foco de contagio, la reacción de Mantoux y los exámenes radiológicos fueron negativos, el resultado del lavado gástrico fué positivo; más tarde se conoció el foco de contagio. Evolucionó hacia la muerte.

Para corroborar o afirmar plenamente un diagnóstico ya hecho, el lavado gástrico positivo de bacilos de Koch es también de gran valor, así se observó en los casos Nos. 1, 23, 24, 27, 31, 55 y 58, en los que tanto el diagnóstico clínico, el foco de contagio, reacción de Mantoux, examen radiológico y resultado del lavado gástrico, fueron positivos.

Desgraciadamente no se ha podido todavía establecer en el Servicio de Medicina de Niños, la práctica del lavado sistemático, que como ya vimos es tan valioso puesto que sabemos que el niño no sabe expectorar sino hasta cierta edad; la dificultad consiste en la falta de un laboratorio equipado para poder hacer fácil y rápidamente la bacteriología, el cultivo y la inoculación al cobayo; repitiéndose los exámenes el número de veces necesarios para estar seguros de la ausencia o presencia de bacilos de Koch, sólo así el resultado sería perfecto; ya que la proporción de casos positivos está en relación directa con el número de exámenes practicados.

Esto puede comprobarse en las estadísticas de Poulsen y Levin hechas sobre 100 niños tuberculosos:

	<i>Poulsen</i>	<i>Levin</i>
Primer lavado	77%	87%
Segundo lavado	91 „	97 „
Tercer lavado	96 „	100 „
Cuarto lavado	98 „	—
Quinto lavado	100 „	—

En Guatemala, el Dr. Monzón Malice, en su tesis de investidura consigna los resultados siguientes:

1er. grupo de niños: 65% positivas.

2o. grupo de niños (engloba el anterior, comprende 33 casos diferentes, a quienes se practicó un total de 52 exámenes). Se obtuvo el resultado siguiente:

Al primer examen	42% positivos
Al segundo examen	45 „ „
Al tercer examen	48 „ „

Estas cifras, bajas con relación a las obtenidas por Poulsen y Levin,

se deben a que, como el mismo Dr. Monzón Malice lo hace notar, fueron halladas en una serie de investigaciones en las que se prescindía del cultivo, por falta de material adecuado.

Como se puede ver por las cifras consignadas por los autores Poulsen y Levin, después del tercero o cuarto lavados, la inmensa mayoría de los casos positivos pudieron ser comprobados. Prácticamente podríamos decir que son necesarios, por lo menos, tres lavados gástricos para poder eliminar con alguna certidumbre, la existencia de bacilos en el líquido del lavado estomacal. Podría tal vez hacerse más sensible el método, reuniendo los líquidos de varios lavados y practicando las investigaciones en la mezcla de ellos.

Quiero insistir para terminar, en que no se encuentra el bacilo solamente en las formas abiertas de T. B. C., existe también en las formas discretas; para ejemplo citaré los casos de las observaciones números 14, 27 y 31, en los que tratándose de formas discretas de evolución regresiva, presentaron al examen del lavado gástrico, abundantes bacilos de Koch. Por lo tanto, se debe incrementar su práctica haciéndolo sistemáticamente, puesto que como ya vimos, posee, cuando es positivo, un valor absoluto que no pueden tener ninguno de los demás exámenes complementarios.

4o. FORMAS CLINICAS OBSERVADAS:

Solamente un grupo (Formas osteoarticulares), no perteneció propiamente a la Sala; estos casos después de examinados y hecho el diagnóstico, fueron enviados al Servicio de Cirugía (Observaciones Nos. 69 y 70).

De los 14 grupos restantes, se presentaron por orden de frecuencia:

1o. *Formas pulmonares de evolución regresiva*: 26 casos (Proporción: 27.9%). Se les llamó así a las formas, en que el proceso tuberculoso localizado en el pulmón, al principio aumentó, luego se estacionó y ulteriormente se inició una fase de mejoría; a veces solamente se quedó estacionado radiológicamente (Observaciones Nos. 39, 40, 41, 42, etc.); otras veces disminuyó hasta desaparecer (Observaciones Nos. 32, 35, 37, 38, etc.); correspondió a las formas de primo infección, que son las más frecuentes. Predominaron los tipos de Rist y Levesque y Ribadeau-Dumas; se encontró el foco de contagio en 17 casos; se hizo diagnóstico clínico en 12; reacción de Mantoux positiva en 25; lavado gástrico positivo en 3, negativo en 6; el examen radiológico, comprobó 25.

Como puede observarse, fué de los grupos mejor individualizados, debo hacer notar, que todos estos niños estuvieron durante meses asilados en el Servicio y cuando se les dió de alta, fué: o porque insistió mucho la familia o porque ya no existía foco de contaminación con quien pudiera estar en contacto y se encontraban en buenas condiciones generales.

No todos, pero sí la mayoría de los egresados, vienen periódicamente al Servicio, para ser examinados de nuevo.

2o. *Formas Fibrocásicas*: 10 casos (Proporción: 10.7%). Se les llamó así, a formas de evolución grave comprendiendo las ulcerativas y cavernosas; el foco de contagio, se comprobó en cuatro casos; el diagnóstico clínico se hizo en cuatro; en el resto se confundió con «Policarenciados»; reacción de Mantoux positiva en 5; lavado gástrico positivo en 2; com-

probación radiológica positiva en 8. Todos estos casos fueron formas masivas, con desenlace mortal.

30. *Meningitis*: 10 casos. (Proporción: 10.7%). Presentaron todas el cuadro meníngeo con irritación piramidal; foco de contagio T. B. C. comprobado en 3 casos; reacción de Mantoux positiva en 2; radiológicamente fueron negativos; el diagnóstico clínico exacto en todos los casos, se comprobó a la autopsia. Todas fueron bacilares.

40. *Eritema nudoso*: 8 casos. (Proporción: 8.6%). Comprende un grupo bien individualizado, cuyas formas evolucionaron satisfactoriamente. El foco de contagio se averiguó en 6 casos; diagnóstico clínico exacto en todos los casos; reacción de Mantoux positiva en 7; lavado gástrico: 3 positivos y 3 negativos; exámenes radiológicos positivos en todos.

50. *Formas abdominales*: 8 casos. (Proporción: 8.6%), de los que sólo dos, (observaciones Nos. 62 y 63), se localizaron en el peritoneo, dando una forma ascítica y otra, fibroadhesiva; las demás se generalizaron y presentaron formas graves. Foco de contagio establecido en 3 casos; reacción de Mantoux positiva en 4; exámenes radiológicos positivos en 5; se hizo el diagnóstico clínico en 5 casos.

60. *Formas ganglionares*: 5 casos. (Proporción: 5.4%). Entre éstos hubo una forma generalizada, caso de la observación número 68. (Linfadenia). Sólo en dos casos se averiguó el foco de contaminación; diagnóstico clínico se hizo en todos; reacción de Mantoux positiva y lesiones radiológicas positivas en tres.

70. *Miliares*: 4 casos. (Proporción: 4.3%). Formas generalizadas graves, en las que sólo se halló en una, el foco de contagio; se pensó en tuberculosis solamente en un caso; lavado gástrico y reacción de Mantoux, positiva sólo una vez. Radiológicamente fueron negativos; el diagnóstico se hizo por la autopsia.

80. *Formas neumónicas*: 3 casos. (Proporción: 3.2%). Muy demostrativas, puesto que el foco de contagio, diagnóstico clínico, reacción de Mantoux, lavado gástrico y exámenes radiológicos, fueron positivos. (Observaciones Nos. 1, 23 y 24).

90. *Tifobacilosis*: 2 casos. (Proporción: 2.2%). De muy difícil diagnóstico, los detalles se describen en las observaciones Nos. 12 y 13.

10. *Formas de reinfección tipo adulto*: 2 casos (Proporción: 2.2%). Ver observaciones números 57 y 58.

11. *Pleuresías*: 2 casos. (Proporción: 2.2%). Se presentaron una forma de tipo interlobular y otra forma seca. (Observaciones Nos. 59 y 60).

12. *Granulía fría*: 1 caso (Proporción: 1.1%). Afección rara, que se le consideró como forma generalizada discreta, ya que presentó buen estado general; radiológicamente cuadro de granulía que se fué disgregando hasta desaparecer. Reacción de Mantoux positiva. El niño salió curado clínica y radiológicamente. (Observación No. 10).

13. *Forma pulmonar de evolución progresiva*: 1 caso. (Proporción 1.1%), forma grave de evolución fatal, que se describe en la observación número 22.

14. *Bronconeumonía*: 1 caso. (Proporción 1.1%). Observación No. 25. Como se puede apreciar, fueron las formas de evolución regresiva las más abundantes, lo que demuestra la frecuencia de primoinfección y si eso se observa en un servicio al cual llegan niños sin ninguna selección, cuán enorme debe ser la cantidad de estos casos que estarán diseminados y que sólo el Servicio de Asistencia Social podría investigarlos; estos casos diagnosticados a tiempo y aislados, tendrían un buen pronóstico, pero sucede que las reinfecciones masivas en estos niños primo-infectados, mal alimentados, sin aire puro, evolucionan hacia formas graves y es hasta entonces, cuando ya el estado del niño es gravísimo, que llegan al Hospital y esas son las formas que se diagnostican como meningitis, formas miliares y fibrocaseosas.

5o. EVOLUCION

En términos generales, puedo decir, basándome en la observación de las formas clínicas mencionadas, que en el presente trabajo los casos evolucionaron bajo dos modalidades, una grave y otra benigna. En la primera, comprenderé todos los que murieron o salieron «no mejorados», es decir, niños que hubieran muerto en el Servicio y que fueron los familiares los que se empeñaron en sacarlos de él y en la segunda, todos los casos que curaron o se estacionaron; haciendo constar que ha habido muchos de estos últimos, que aunque salieron en magníficas condiciones, no volvieron, como se les había recomendado, para controlarlos.

Esto es muy importante, porque no se puede prever el porvenir de una lesión pulmonar, puesto que no todas las formas que radiológicamente disminuyen o se estacionan, son obligadamente benignas; las malas condiciones de vida en los hogares de esos niños, o un nuevo foco de contagio, son suficientes para agravar el pronóstico de un caso determinado. Para dar un solo ejemplo, citaré el caso de la observación No. 91, en el cual el niño había salido del Servicio en agosto de 1941 clínicamente curado, fué a vivir a casa de un tío que era tuberculoso comprobado, en agosto de 1942, volvió con una lesión tuberculosa pulmonar franca, que corroboraron la cutirreacción y el examen por los rayos X.

A) *Formas de evolución grave*

Bronconeumonías	1	Fallecieron	1
Fibrocaseosas	10	„	8
Intestinales	6	„	6
Meningitis	10	„	8
Miliares	4	„	4
Neumonías	3	„	2
Pulmonares de evolución progresiva..	1	„	1
Total...?	35	Fallecieron	30
Proporción: 32.2%			

B) Formas de evolución benigna

Adenopatía traqueobrónquica .	1	Curaron: 0	Mejoraron: 1
Eritema nudoso	8	„ 5	„ 3
Formas nudolares progresivas .	26	„ 2	„ 24
Formas ganglionares	5	„ 0	„ 5
Granulía fría	1	„ 1	„ 0
Peritonitis	2	„ 1	„ 1
Pleuresías	2	„ 0	„ 2
Reinfección tipo adulto	2	„ 0	„ 2
Tifobacilosis	2	„ 1	„ 1
Total	48	10	38
Proporciones:		10.7%	34.4%

Nota: de los 38 mejorados, hay que considerar 29 que se estacionaron y 9 que no se pudo volver a examinar.

En estos cuadros no figuran, las formas osteoarticulares, porque no permanecieron en el Servicio, ni los casos no clasificados, ya fuera porque faltaron algunos datos en la observación o porque todavía continúan en el Servicio.

Como se puede observar, el número de muertos es alarmante: 32.2% con relación al de curados: 10.7% o al de mejorados: 34.4%; esto se debe: primero a la falta de Servicio de Asistencia Social, lo que evitaría que los niños fueran llevados al Hospital con lesiones muy avanzadas; y segundo, a la falta de un sanatorio adecuado. Solamente llenando esas imperiosas necesidades, podríamos contribuir a disminuir la mortalidad infantil producida por T. B. C.

6o.—REGLAS GENERALES DE TRATAMIENTO

Sin entrar en consideraciones teóricas, solamente describiré el que se practica en el Servicio de Medicina de Niños del Hospital General.

Tratándose de nuestro medio, lo primero consiste en el hecho de estar aislados porque esto es suficiente para quedar separados del foco de contaminación y aunque conviven con otros niños infectados, se sabe que éstos no son contagiosos, salvo condiciones especiales. Consideraré:

Primero: El reposo que es capital, debe ser completo, es decir que no se deja al niño levantarse ni para satisfacer sus necesidades corporales; solamente cuando el estado general ha mejorado, lo mismo que la curva de peso, se les permite salir al patio.

Segundo: Régimen dietético. Alimentación a base de leche, crema, arroz, verduras, carne asada y cruda, frutas y pan. Repartidas así:

A las 6.30 a. m.: 8 onzas de leche, 4 onzas de crema, pan.

A las 9 a. m.: atole (de diferentes cereales).

A las 12.30 a. m.: arroz, verduras, carne cocida y cruda, un huevo, una taza de leche y frutas.

A las 4.30 p. m.: Arroz, leche y pan.

Tercero: Medicamentos.

a) Básicos: aceite de hígado de bacalao o de halibut. De una a dos cucharaditas al día.

Fosfatos de calcio (tricalcina): una cucharadita.

Gluconato de calcio: 0.50 gr. diarios.

Vitaminas. A. D. C.

b) Sintomáticos.

Para la tos: jarabe de codeína, gotas de dionina.

Tratamientos especiales: *Neumotórax*. Quiero hacer notar que aunque autoridades en la materia preconizan la colapsoterapia en tuberculosis infantil con gran éxito, nosotros no podemos deducir ninguna conclusión sobre el particular, porque se ha aplicado en muy pocos casos (Obs. Nos. 27, 44, 19). En las dos primeras, no se puede saber si hubieran evolucionado favorablemente aún sin el neumotórax, y en la tercera, hubo que suspender el tratamiento por haber presentado un accidente.

De lo expuesto se deduce que faltan dos indicaciones básicas en el tratamiento, el aire libre y la altura, esto como se comprende no se puede obtener en una Sala del Hospital General, es necesario hacer un Sanatorio adecuado. Afortunadamente el club «Los Leones» ha iniciado los trabajos para construir una colonia exclusivamente para niños tuberculosos en San Juan Sacatepéquez. Esperamos que tan noble propósito se realice lo más pronto posible porque será la mejor contribución que se haga en favor de las generaciones futuras, ya que de ellas depende el porvenir de Guatemala.

CONCLUSIONES

1a.—De 1200 observaciones, registradas en el Servicio de Medicina de Niños, del Hospital General, en tres años, se comprobaron diferentes formas evolutivas de tuberculosis en el 7%.

2a.—Estos casos no fueron seleccionados antes de su ingreso, comprendiéndose que su número sería mucho mayor al existir un consultorio especializado.

3a.—Las causas que motivaron la hospitalización, fueron muy variadas y en la mayoría de los casos, 60%, no encaminaron hacia la posibilidad de tuberculosis. Sólo en un 37% se pudo pensar en ella.

4a.—La sintomatología observada en los casos presentados es muy variable, predominando las formas que se ocultan bajo estados muy diversos (febriles, gastrointestinales o trastornos nutritivos, anémicos, etc.) Muy pocos fueron los casos que presentaron un cuadro clínico propio.

5a.—La interpretación de los datos obtenidos por el examen clínico es muy delicada y nunca podrá eliminarse la posibilidad de tuberculosis, basándose sólo en los signos físicos, ya que lesiones perfectamente comprobadas por los exámenes complementarios (rayos X, laboratorio, autopsia) pueden pasar clínicamente, inadvertidas.

6a.—La radiología es un poderoso auxiliar para la clínica. Los exámenes radiológicos deben practicarse rutinariamente, ya que permiten

descubrir en muchos casos, formas que pueden pasar ignoradas. Tiene su límite, ya que por sí sola no puede solucionar un diagnóstico de tuberculosis y todo su valor está en la debida interpretación de la imagen que dan las diferentes lesiones.

7a.—Las reacciones tuberculínicas constituyen un gran recurso porque al ser positivas en la primera infancia, hacen investigar la infección pulmonar, y si son negativas, eliminando los casos de alergia, permiten negar la afección tuberculosa.

8a.—La investigación del bacilo de Koch, en el líquido del lavado gástrico, constituye la única prueba práctica en el diagnóstico de tuberculosis infantil y debería practicarse sistemáticamente por ser de valor absoluto.

9a.—La autopsia debería ser practicada sistemáticamente, ya que por los datos obtenidos en ella, podría hacerse la comparación con los signos y síntomas apreciados por el examen clínico y los datos obtenidos por los exámenes complementarios: (rayos X, laboratorio, etc.)

10a.—La mortalidad que la tuberculosis infantil presenta entre nosotros es alta si se considera que la proporción de fallecidos, en los casos por nosotros observados dió un 32%. Ella debe atribuirse a la falta de aislamiento oportuno, a las malas condiciones de vida, y a enfermedades y estados que favorecen la infección, como el paludismo, el parasitismo intestinal y la desnutrición.

11a.—La creación del Servicio de Asistencia Social, con instalación de Dispensarios, Sanatorios, Colonias, etc, es indispensable (desde el punto de vista de prevención de la tuberculosis infantil) y sería de incalculables beneficios.

A. PALOMO h.

Imprímase:

RAMIRO GALVEZ A.,
Decano.

**OBSERVACIONES CORRESPONDIENTES
A CASOS DE EVOLUCION BENIGNA**

GRANULIA FRIGIDA.

No. 10.—A. G.—Observación No. 163. Radiografía No. 24. De 8 años de edad; originario y residente en la capital; ingresó el 28 de mayo de 1940 a curarse «de los pulmones».

Historia: Tos, fiebre y catarrhos frecuentes.

Antecedentes: No hay.

Examen clínico: excelente estado general con perfecto desarrollo muscular; ausencia completa de sintomatología funcional y física del aparato respiratorio.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: X X X.

Examen radiológico: Forma miliar de tuberculosis.

Se diagnosticó forma miliar crónica y salió no mejorado el 25 de junio de 1940. Volvió para practicarle nuevo examen radiográfico, los meses de julio, agosto y noviembre, siendo su estado general cada vez más satisfactorio. El 18 de marzo de 1942 el estado del niño era perfecto.

TIFOBACILOSIS.

No. 12.—M. H. Observación No. 427.

12 años de edad. Originario de Morán y residente en la Capital desde hace dos años. Ingresó el 29 de noviembre de 1939 a curarse de «calentura». El primer examen condujo al diagnóstico de fiebre tifoidea confirmado por una reacción de Widal positiva para el bacilo tífico y leucopenia de 6500. El examen radiológico mostró los campos pulmonares libres. Reacción de Mantoux negativa. La fiebre oscilante e irregular. El niño sale aparentemente curado el 14 de enero de 1940. Reingresa el 18 de mayo de 1940 acusando disnea y tos que han comenzado algunos días antes, con punto de costado violento, expectoración mucopurulenta y fiebre.

Examen clínico: Estado general malo. Pulmones: pleuresía derecha que ocupa todo el hemitórax. Abdomen: abombamiento doloroso que desciende hasta la cresta iliaca. El 21 de mayo, reacción de Mantoux fuertemente positiva. El 22 examen radiológico; derrame en toda la pleura derecha. Al siguiente día punción de 1900 cc. de un líquido sero-fibrinoso. La reacción de Widal hecha en el Hospital General y en Sanidad Pública fué positiva para el B. de Eberth. Lavado gástrico negativo de bacilo de Koch. Al interrogar a la madre, se estableció que desde hacía cuatro años padecía de afección respiratoria con hemoptisis y fiebre, habiendo tenido varias recaídas.

Evolución: El 12 de agosto persistía aún la pleuresía con derrame y mal estado general. Se hizo una punción a nivel de la axila y después de atravesar una gruesa capa de tejido escleroso de ocho centímetros, se logró extraer líquido purulento en el que se encontró bacilo de Koch. En octubre el derrame persistía; se hicieron dos punciones más, extrayendo 550 y 260 cc. respectivamente. Salió no mejorado el 27 de octubre. El 29 de noviembre el cuadro radiológico era el mismo, es decir Hidropneumotórax en el lado derecho con una sombra de condensación en el campo superior del mismo lado.

La evolución se vió que era crónica y desde noviembre de 1940 no se tuvo más noticias del enfermo. En resumen: parece haberse tratado de una tifo-bacilosis que se localizó como Pleuresía purulenta, a pesar de la Reacción de Widal positiva, existiendo un foco evidente de contagio familiar.

No. 13.—O. V.— Obs. No. 735. Radiografías.

7 años de edad. Originario y vecino de Quiriguá. Ingresó el 10 de septiembre de 1941 a curarse de «calenturas».

Historia: fiebre alterna por la mañana desde hacía dos años, con escasa sintomatología general.

Antecedentes: sospechosos de T. B. C.

Examen clínico: Palidez extrema; decaimiento; temperatura 37°; pulso 100 por minuto. Bazo Tipo 1. Soplos anémicos. Tos grasa. Se pensó en tuberculosis, paludismo, parasitismo intestinal y anemia intensa.

Evolución: el plasmodio no fué encontrado en quince exámenes hechos en sangre tomada en el acmé febril; el cuadro que presentaba el niño era de una pirexia irregular que duró más o menos un mes, la fiebre oscilaba entre 38 y 39°. Remitencia de un mes, y nuevo cuadro pirético. El cuadro hematológico, manifestó anemia perniciosa. Materias fecales: huevos de necator, tricocéfalo y ascárides abundantes.

Reacción de Mantoux: XXX; R. de Bordet Wassermann: Positiva; el parasitismo no bastaba para explicar el cuadro pirético y la anemia intensa, por lo que periódicamente se hicieron exámenes radiológicos que mostraron velo y sombras tenues sospechosas pero de difícil interpretación. En el último examen radiológico, había ya limpieza absoluta de los campos.

El diagnóstico de tuberculosis pulmonar era insostenible.

En enero de 1942, nuevo cuadro pirético con escasa tos. Examen radiológico negativo. A fines de enero, el examen radiológico aclaró el cuadro poniendo en evidencia una zona densa del lado izquierdo de tipo Ribadeau-Dumas. El examen clínico sólo demostró crujidos pleurales. Examen del lavado gástrico: negativo. El cuadro pirético fué interpretado como debido a tuberculosis generalizada que posteriormente se localizó en el pulmón. Desde entonces se apreció gran mejoría, el niño aumentó 10 libras de peso y se procedió a practicar un Neumotórax terapéutico, con lo que la mejoría se acentuó aún más; se recuperó el apetito y la fiebre desapareció.

En junio de 1942 apareció una complicación, se trataba de sarampión (signo de Koplick, conjuntivitis, etc.), que se complicó de neumonía en el mes de julio. En agosto, nuevo brote de sarampión típico; perdió 10 libras de peso y presentó un nuevo cuadro pirético de pocos días. El examen radiológico dió imagen en escuadra y clínicamente signos de caverna. La interpretación oscilaba entre un brote trivial o una espleno-neumonía. Luego mejoró el cuadro con tratamiento de sulfadiazina.

En septiembre tuvo nuevo foco de bronco-neumonía tratada con sulfadiazina; el estado general mejoró, aumentando 10 libras de peso. El examen radiológico practicado el 6 de octubre dió solamente una reacción perihiliar.

Se trató, pues, de una tifo-bacilosis que se localizó, al cabo de varios meses, en el pulmón, haciendo una condensación crónica curable con períodos agudos triviales.

Salió curado el 27 de octubre de 1942.

FORMAS DE EVOLUCION REGRESIVA

No. 16.—D. M. A. Observación 991. Radiografía 112. Cinco años de edad; originario del Quiché, residente en la capital. Ingresó el 30 de abril de 1942.

Historia: hacía 18 días, aparición de asientos líquidos, amarillentos con borborismos y dolor abdominal. Temperatura por la tarde, decaimiento y mal estado general.

Antecedentes: sin importancia.

Examen clínico: pálido, decaído, pulso y temperatura normales. Lengua sabural. Micropoliadenitis inguinal bilateral. Pulmones normales.

Exámenes complementarios:

R. X.: infiltración del vértice y campo superior derecho, con manchas en ambos hilios. Segundo examen, igual al anterior.

Reacción de Mantoux: positiva.

Evolución: el niño mejoró y el padre insistió en llevárselo. No encontrándose ningún foco aparente de contaminación en la familia. Salió el 20 de mayo de 1942. Debía volver cada mes, pero no lo hizo. Su caso clasificó en la congestión aguda curable, reacción perifocal.

No. 17.—M. M. Observación 302. Radiografía No. 57. Cinco años de edad, originario de Guatemala y residente en la capital, ingresó el 16 de octubre de 1940, a curarse de asientos, vómitos y anorexia desde hacía un mes.

Historia: trastornos intestinales desde hacía un mes.

Examen clínico: predomina la hipertrofia ponderal y estatural. Pulmonar, sólo había una diferencia de sonoridad en ambos pulmones.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: positiva; tipo necrótico.

Sedimentación: 7 mm. en una hora. Examen del lavado gástrico, negativo de bacilo de Koch.

R. X.: Infiltración en todo el lado izquierdo, especialmente en el campo inferior e infiltración hilar inferior derecha. En tres exámenes radiológicos siguientes, las sombras mejoraron.

Evolución: mejoró. Se le hizo un tratamiento habitual de calcio, bacalao y salió el 15 de marzo de 1941. Se clasificó su caso entre los de reacción peri-focal.

No. 18.—V. A. Ch. Observación 704. Radiografía No. 86. De 8 años de edad, originario y residente en la capital, ingresó el 29 de septiembre de 1941, a curarse de «calenturas».

Historia: tos seca y vahidos desde hace poco tiempo, no se sabía exactamente cuándo.

Antecedentes: fatiga que le duraba cuatro o cinco días. La madre parecía sana.

Examen clínico: signos de bronquitis.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: positiva.

R. X.: infiltración tuberculosa perihilar derecha.

Evolución: mejoró notablemente con el tratamiento habitual aumentando de peso. El 13 de marzo de 1942, salió en estado muy satisfactorio. Hay que hacer notar que el examen radiológico de la madre dió una infiltración derecha que ocupaba la tercera parte del pulmón. La enferma se siente perfectamente y nunca ha sentido ninguna molestia. Este caso se clasificó entre las reacciones peri-focales.

No. 19.—M. Ch.—Observación No. 545. Radiografía No. 85. De 10 años de edad, originario y residente en San Martín Jilotepeque. Ingresó en julio de 1941 a curarse del estómago y la piel.

Historia: sólo se quejaba de los pies.

Antecedentes: Desconocidos.

Examen clínico: lesiones de rascado, dolores abdominales difusos, síndrome policariciado discreto, piodermitis.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: negativa.

Radioscopia: campos pulmonares libres.

Evolución: se trató con sulfamidil y mejoró hasta el 24 de septiembre de 1941, en que empezó con fiebre y mal estado general. El 10 de octubre de 1941, se comprobó por examen de los Rayos X, infiltración tuberculosa en los campos medio y superior izquierdo. La reacción de Mantoux se hizo positiva. El proceso se fué limitando, se trató con Neumotórax del 6 de noviembre al 16 de febrero de 1942. El 14 de abril amigdalitis; el 21 de abril del 42: Neumonía que se comprobó banal; el 18 de marzo del 42, se le dió el alta en magníficas condiciones.

Este niño llegó en período antialérgico o se infectó en el Servicio.

No. 20.—A. P.—Observación No. 698. Radiografía No. 93. De 2 años y seis meses de edad; originario y residente en Masagua; ingresó el 21 de septiembre de 1941, a curarse de hinchazón y mal de ojos.

Historia: fiebres intermitentes.

Antecedentes: Sin importancia.

Examen clínico: aspecto abotagado, pálido, hipotrofia ponderal y estatural; en el aparato pulmonar; roncus respiratorios. No se pudo hacer diagnóstico clínico.

Exámenes complementarios:

Sangre: gametos de plasmodios Falciparum y vivax.

Reacción de Mantoux: negativa.

Examen radiológico: campos pulmonares libres.

Se hizo el diagnóstico de paludismo.

Evolución: tuvo una erupción escarlatiniforme y con fiebre. El 17 de noviembre de 1941, a examen radiológico se comprobó la existencia de sombra homogénea en la parte media del pulmón derecho, que en los exámenes sucesivos, se definió como perihiliar derecha. Tuvo después varicela. El 14 de mayo de 1942 salió mejorado. Este niño se infectó en el Servicio, porque estuvo en contacto con otro vecino de cama, tuberculoso y con tos ferina. (Observación No. 642).

No. 21.—A. C.—Observación No. 699. Radiografía No. 94. De 4 años de edad; originario y residente en Cuillapa; ingresó el 19 de agosto de 1941, a curarse de «asientos e hinchazón en el cuerpo».

Historia: trastornos gastrointestinales, parasitismo intestinal y edemas; desde hacía 3 meses.

Examen clínico: desnutrición acentuada, postración, hipotrofia ponderal y estatural, edema de los miembros inferiores y enfriamiento. Se pensó en un Síndrome policarenciado, con trastornos de pigmentación.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: negativa.

Evolución: su estado general varió muy poco, hasta el 9 de septiembre en que tuvo un accidente pulmonar que se creyó banal. El 28 de noviembre: examen radiológico sin ninguna anomalía. El 7 de diciembre la temperatura, que había bajado a lo normal, subió hasta 40 grados, encontrándose al examen radiológico una sombra densa en el hilio derecho. La Reacción de Mantoux que al principio era negativa, se hizo para este entonces, fuertemente positiva.

Como se puede apreciar, este enfermo se infectó en el Servicio y se cree que él, junto con A. P. (observación No. 20), fueron contagiados por L. J. (Observación No. 22), que padeciendo de tuberculosis pulmonar, fué atacado de Tos Ferina, afección que como

se sabe, tosen con fuerza y es enfermedad en que arrojan los niños. Hay que hacer notar que estos tres enfermos hacían vida en común.

No. 14.—M. T. Q. de tres años de edad, observación No. 332. Radiografía No. 44. Originaria y residente en la capital.

Historia: hacía 5 días, se quejaba de tos, más fuerte y persistente por la noche, no acusaba fiebre ni otros síntomas pulmonares.

Antecedentes: un hermano, observación 330, tuberculoso. Foco de contaminación, una sirvienta tuberculosa.

Examen clínico: estado general regular. El resto del examen absolutamente negativo.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: fuertemente positiva.

Examen radiológico: infiltración perihiliar típica del lado izquierdo.

Investigación del bacilo de Koch, positiva al examen directo del lavado gástrico.

Evolución: fué retirado del servicio y no se ha podido seguir observando.

CONDENSACION CRONICA CURABLE

No. 27.—M. L. M. Observación No. 603.—Radiografía No. 61. 11 años de edad. Originario de San Juan Sacatepéquez, residente en la capital, ingresó el 11 de junio de 1941, a curarse de «tos».

Historia: desde hacía dos meses, presentaba tos con expectoración mucopurulenta, hemoptisis hacía un mes.

Antecedentes: padre ya fallecido, sufrió de hemoptisis; ha vivido con una tía que padecía de tos frecuente.

Examen clínico: enflaquecido, pálido, piel fina, pestañas sedosas. Respiración disminuida en el vértice derecho. Se pensó en una infiltración tuberculosa de dicha región.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux: XX; Reacción de Vollmer: XX; Examen del lavado gástrico: positivo de bacilo de Koch; Rayos X, infiltración densa homogénea en la región perihiliar izquierda.

Evolución: Se trató con neumotórax desde el 25 de octubre; fué mejorando cada mes más; el 2 de octubre de 1941, el examen del lavado gástrico fué negativo de bacilo de Koch. El 19 de enero de 1942 se le dió alta estando en perfectas condiciones, el neumotórax continúa.

Se trataba de una condensación crónica curable tipo Rist y Levesque.

No. 28.—P. M. Observación 724; Radiografía No. 92. Cuatro años de edad, originario y residente en Guatemala, ingresó el 29 de septiembre de 1941, a curarse de paludismo.

Historia: típica de paludismo terciano.

Antecedentes: abuela asilada en el Hospital San José por «calenturas», tos y enflaquecimiento.

Examen clínico: micropoliadenitis cervical, tos seca y persistente.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: XX; Reacción Wassermann: XXXX; Rayos X: densidad patológica en ambos hilios al segundo examen. El primero había sido negativo; los exámenes siguientes comprobaron la lesión.

Evolución: la lúes fué tratada con inyecciones al Mafarside que hubo de continuarse con inyecciones de Medobis por intolerancia medicamentosa; el examen radiológico de la abuela demostró una forma fibro-caseosa de tuberculosis pulmonar. Con alternativas,

el niño fué mejorando clínica y radiológicamente. El 16 de abril de 1942 es dado de alta en condiciones inmejorables.

Este caso perteneció al tipo de Rist y Levesque.

No. 29.—M. P. Observación No. 979; Radiografía No. 119; 9 años de edad, originario y residente en Zacapa, llegó procedente del Servicio de Cirugía de Niños, en donde estaba tratándose por fractura de la clavícula, el 20 de abril de 1942.

Historia: desde hacía 6 meses estaba con hemoptisis.

Examen clínico: niño pálido. En la base del pulmón derecho, se encontró disminución respiratoria, broncofonía y pectoriloquia áfona. Ganglios del cuello hipertrofiados.

Antecedentes: se supo que en la vecindad de donde vivía el niño habían muerto tres personas de enfermedad pulmonar.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux: XXXX; el examen por los rayos X revelaron sombras que se discutieron entre el radiólogo y el jefe del servicio; había una infiltración derecha hiperhiliar, el diafragma alto como en la frenicectomía condujo a errores de interpretación, llegando a tomarse por una pleuresía.

Evolución: El 30 de junio de 1942 salió mejorado, pero con su lesión marcada radiológicamente. Debía volver para nuevo examen.

No. 30.—L. L. Observación 897. Radiografía 117. 9 años de edad, originario y residente en Guatemala, ingresó el 2 de febrero de 1942 a curarse de «fríos y calenturas».

Historia: fríos y temperatura por la tarde diariamente desde hacía quince días, dolor de cabeza, trastornos digestivos y tos seca frecuente.

Antecedentes: sin importancia en el momento que llegó el niño.

Examen clínico: niño pálido, triste y apático, no se precisó nada más, se pensó en paludismo sólo por la historia referida.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux: XXXX; examen del lavado gástrico, negativo de bacilo de Koch dos veces. Examen de Rayos X: 7 de febrero, ensanchamiento de los hilios, sombras calcificadas; 9 de febrero, sombra paratraqueal derecha.

Evolución: desde entonces presentó sombra en escuadra que aumentó y luego fué disminuyendo sin desaparecer, en las ocho radioscopías siguientes que le fueron practicadas. El estado general del niño se mantuvo bien, pero bajó de peso. El 11 de julio, fué atacado de sarampión, el 17 se le dió el alta mejorado. Se averiguó que una vecina que frecuentaba la casa en donde el niño vivía, padecía tuberculosis pulmonar. Este caso era del tipo Rist y Levesque.

No. 31.—M. Q. Observación 969 a. Radiografía No. 130. Originario de Palencia, reside en la capital. Ingresó por solicitarlo el jefe del servicio sin presentar ningún signo de enfermedad, su hermano tiene un foco de tuberculosis confirmado y está en el Servicio.

Antecedentes: Presencia de bacilo de Koch en el esputo del padre; hermano tuberculoso.

Examen clínico: crujidos esporádicos en la base izquierda.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux: XXX; Radiografía: proceso de infiltración en el lado izquierdo. Sedimentación sanguínea 45 milímetros a la hora. Examen del lavado gástrico, positivo de bacilo de Koch al segundo examen.

Evolución: mejoró de estado general pero perdió de peso. La febrícula se mantuvo siempre, tuvo un acceso de bronquitis. Salió el 28 de agosto de 1942 mejorado. Este caso era de tipo Ribadeau-Dumas.

No. 32.—H. Q. Observación No. 59. Radiografía No. 19. Tres años de edad, originario y residente en la capital.

Historia: tos, «hervor de pecho» y expectoración verde, desde hacía dos meses, después de neumonía que tardó una semana.

Antecedentes: madre, a la edad de quince años, tuvo una lesión pulmonar derecha con tos y hemoptisis; ha tenido catorce embarazos y cinco abortos. Hermanos, uno estaba en el servicio con pleuresía tuberculosa; al examen de la familia se obtuvieron los siguientes datos: R. Q.: cutirreacción positiva, manchas calcificadas en el hilio izquierdo. Hermana de 10 años de edad: cuti-reacción positiva, campos pulmonares libres. La madre, con cuti-reacción positiva, mancha muy grande y muy densa en el campo medio del pulmón izquierdo. E.: de 15 años, con cuti-reacción positiva, pleuritis de la base del pulmón derecho. E.: de 17 años con cuti-reacción positiva y manchas calcificadas en ambos hilios.

Examen del enfermo: buen estado general. Estertores generalizados, disminución de la sonoridad y la respiración en el pulmón izquierdo, pectoriloquia áfona en la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores.

Exámenes complementarios: cutirreacción positiva. Rayos X: una línea de pleuritis en la base izquierda. Lavado gástrico, negativo de bacilo de Koch, inoculación al cobayo, negativa.

Evolución: El examen radiográfico practicado dos semanas después parece mostrar infiltración sobre el hilio derecho. El estado general mejoró. Cinco meses después, campos pulmonares libres, sólo persistía la línea de pleuritis. Se trataba de una contaminación discreta en toda la familia, habiendo dejado en todos cicatriz, clasificándose por lo tanto en una tipo de Rist y Levesque, atenuado.

No. 33.—J. F. R. Observación 286. Radiografía 31. Nueve años de edad. Originario y residente en Sta. Rosa. Ingresó el 30 de agosto de 1940, a curarse de «calenturas» las cuales le empezaron hacía un mes.

Historia: desde marzo, calofríos, temperatura, anorexia y cefalea.

Antecedentes: el abuelo murió tísico, el padre padeció a los tres años de edad, de escrófulas y a los 25 años, de «fiebre pulmonar» con expectoración sanguinolenta que se le ha repetido varias veces. De los hermanos, A., está en el hospital, lo mismo que C.; P. H., de 6 años, tiene escrófulas con cicatrices retráctiles. Además un vecino que murió tuberculoso en el Hospital San José en septiembre de 1940, vivió con la familia durante dos años, sin embargo tenía las escrófulas antes de la llegada del vecino.

Examen clínico: no se puede apreciar nada clínicamente y se piensa en un paludismo crónico por la historia referida.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux: fuertemente positiva: Rayos X: infiltración en el campo inferior derecho. Sin embargo el examen radiológico del padre fué negativo.

Evolución: ha sido muy favorable. Era un caso típico de Rist y Levesque.

No. 34.—M. R. Observación 271. Radiografía 63. De doce años de edad, originario y residente en Guatemala, ingresó el 31 de julio de 1940.

Historia: desde hacía cuatro meses sufría de cansancio, enflaquecimiento y dolor difuso en el vientre, que al mismo tiempo le había ido aumentando de volumen.

Antecedentes: un hermano muerto de pulmonía. Padres sanos, pero existe un primo de cuarenta años que es muy flaco y que ha padecido mucho de tos. Ha estado conviviendo con el niño en dos épocas diferentes.

Examen clínico: estado general mediocre, temperatura 37°. Abdomen globuloso tenso, meteorizado que hace pensar en peritonitis tuberculosa. En el pulmón se encuentra en el tercio superior derecho macidez con respiración ruda y pectoriloquia áfona.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux: positiva; Rayos X: infiltración

activa en la región perihiliar superior derecha hasta el vértice con los ganglios aumentados en el hilio. Sedimentación sanguínea 70 mm. en una hora. Lavado gástrico, negativo de bacilo de Koch.

Evolución: a los cuatro meses de su ingreso comenzó a notarse una tumefacción tibio-tarsiana en el lado izquierdo después de un golpe; el examen por los Rayos X demostró un foco de osteitis. Al mes siguiente acusó punto de costado violento, con pleuresía de la base derecha, estado general malo, temperatura oscilante. Todos los síntomas se atenuaron poco a poco hasta su progresiva desaparición, la lesión tibio tarsiana progresó incesantemente habiéndose formado una serie de fistulas con supuración abundante que causó la destrucción de la articulación tibio tarsiana, según examen radiológico; el estado general no era malo. Salió mejorado. Este caso pertenece al tipo Rist y Levesque y además, tuberculosis localizada abdominal-peritoneal y osteoarticular.

No. 35.—A. P. Observación No. 24.—Radiografía No. 2. 10 años de edad, originario de San Antonio Suchitepéquez, residente en La Villa de Guadalupe. Ingresó en noviembre de 1939.

Historia: hacía dos semanas que sufría «fríos y calenturas» que desaparecieron con purgantes, pero desde entonces quedó con dolor en el pecho, tos con expectoración amarillenta.

Antecedentes: la madre presentó tuberculosis de forma fibrosa con brotes evolutivos, pero sólo se pudo comprobar después de una pleuresía sero-fibrinosa derecha y hasta muchos meses después que el niño había entrado al Servicio.

Examen clínico: Estado general mediocre, temperatura 38.5°. Pulmones: sub-macicez en el tercio superior derecho, disminución del murmullo vesicular, rudeza respiratoria. Se pensó en una lesión T. B. C.

Exámenes complementarios: Gudi-reacción positiva. Rayos X: sombra elíptica en el tercio medio del pulmón derecho, homogénea y densa.

Evolución: El niño mejoró hasta la desaparición de la temperatura, persistiendo los signos descritos en el pulmón derecho, la sombra radiológica se fué borrando. Salió mejorado y se clasificó este caso como Tipo Ribadeau-Dumas.

No. 36.—J. A. G. S.—Observación No. 294.—Radiografía No. 30. 9 años de edad, originario y residente en la capital. Ingresó el 16 de septiembre de 1940 a curarse de «calenturas».

Historia: desde hacía 6 días presentaba diarrea y fiebre y desde 15 días, tos seca y enflaquecimiento.

Antecedentes: vivió en la Casa del Niño durante 22 días una persona con hemoptisis.

Examen clínico: enflaquecimiento marcado, pesaba sólo 42 libras, estado sub-febril. Base pulmonar izquierda sospechosa.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux: positiva. Rayos X: imagen peri-hiliar izquierdo ovoidea en el campo medio izquierdo. Lavado gástrico: negativo de bacilo de Koch.

Evolución: el niño mejoró, se averiguó que los trastornos databan de 4 meses. El estudio de la familia demostró que la madre y 2 hermanos tenían Reacción de Mantoux positiva, mientras que el más pequeño, de año y medio de edad, tenía Reacción de Mantoux negativa y campos pulmonares libres.

El 30 de marzo de 1940 salió mejorado. Esta lesión que se descubrió con los Rayos X, pertenece al tipo Rist y Levesque.

No. 37.—R. C.—Observación No. 686. Radiografía 83. 3 años de edad, originario y residente en la capital. Ingresa el 19 de agosto de 1941.

Historia: no se pudo obtener.

Antecedentes: desconocidos.

Examen clínico: bien nutrido, temperatura 36.5, pulso 90. Pulmones: vibraciones vocales: aumentadas, sonoridad y percusión normal.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux positiva. Lavado gástrico negativo de bacilo de Koch. Rayos X: 6 de sept. de 1941: hilios anchos, con densidades patológicas en ambas regiones perihiliares, sin señas de infiltración pulmonar. 29 de sept. de 1941: igual a la anterior. 25 de octubre: ligera densidad en el hilio pulmonar derecho. 14 de noviembre 1941: igual al anterior. 13 de diciembre 1941: manchas calcificadas en el campo medio y superior izquierdo.

Evolución: mejoró notablemente, clínica y radiológicamente. Saliendo completamente curado el 15 de marzo de 1942, sin haberse comprobado ningún foco en la familia. Este es un tipo yuxta hiliar de Rist y Levesque.

No. 38.—M. C.—Observación No. 368. Radiografía No. 53. 9 años de edad, originario y vecino de Guatemala. Ingresó el 13 de noviembre de 1940 a curarse de «tos y calenturas».

Historia: tos con esputos mucopurulentos, calenturas y sudores por la noche, desde hacía algunos meses.

Antecedentes: madre sospechosa de T. B. C. una hermana padece de tos seca.

Examen clínico: signos de condensación pulmonar en el vértice derecho y broncofónica en el hilio izquierdo.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux positiva. Rayos X: ensanchamiento de los hilios con infiltración de casi todo el lado derecho, con excepción de la parte superior.

Evolución: en marzo de 1941, tuvo fiebre Tifoidea, creyéndose en una forma de Tuberculosis generalizada. En agosto y septiembre, mejoró notablemente. 16 de septiembre de 1941, se retiró curado, clínica y radiológicamente. Este caso se clasifica como un típico Ribadeau-Dumas.

No. 39.—U. G.—Observación No. 13. Radiografía No. 11. 4 años, originario de Chilquimulilla, residente en Sinacantán. Ingresó el 19 de octubre de 1939, a curarse de Adenopatía cervical crónica.

Examen clínico: adenopatía subángulo maxilar y carotídea, ganglios de diferentes tamaños, duros unos, renitentes otros.

Exámenes complementarios: cutirreacción positiva. Rayos X: una serie de manchas calcificadas en el pulmón izquierdo, en el lado derecho hay una infiltración perihiliar.

Evolución: salió mejorado el 9 de diciembre de 1939. Este caso es un tipo Rist y Levesque y Adenitis T. B. C.

No. 40.—J. C.—Observación No. 615. Radiografía No. 66. 6 años, originario de El Tumbador, residente en la capital, ingresó el 19 de junio de 1941.

Historia: desde hacía 6 meses sufría de asientos verdes o negros y enflaquecimiento. Desde hacía 8 meses de tos seca y sudores en la noche. Hacia 20 días presentaba temperatura cada 2 días, por la mañana, seguida de sudor abundante.

Antecedentes: desconocidos.

Examen clínico: estado general malo, hipotrofia ponderal y estatural. Enflaquecimiento marcado. Temperatura: 37.5. Tos seca sin síntomas clínicos del lado pulmonar.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux positiva. Rayos X: infiltración

suave del lado izquierdo, en el campo superior, con ensanchamiento marcado del hilio.

Evolución: El estado general mejoró. El 10. de agosto, el examen radiológico da: nódulo grande en la parte superior del hilio izquierdo. El 29 de agosto: Rayos X: sombra perihiliar izquierda. El 22 de septiembre tuvo tos ferina. El 8 de noviembre Rayos X: el proceso parece haberse extendido en los campos superior y medio izquierdo. Hay un aumento marcado del cono pulmonar. Después de esto el estado general mejoró desapareciendo la temperatura. Salió muy mejorado del Servicio el día 26 de noviembre de 1941.

Esta forma se clasificó como un tipo Rist y Levesque.

No. 41.—C. E. L.—Observación No. 494. Radiografía No. 54a. 5 años de edad, originario de esta capital, residente en Pueblo Nuevo Viñas. Ingresó el 5 de mayo de 1941.

Historia: desde hacía días tenía temperatura alta, continua, con asientos diarreicos: 4 al día con dolor abdominal en cada asiento. Al mismo tiempo catarro, respiración estertorosa y pérdida del apetito.

Antecedentes: sin importancia.

Examen clínico: aspecto general bueno; temperatura 38, pulso 100. Polipnea: 44 respiraciones por minuto; pulmones: vértice derecho con ligeros estertores.

Exámenes complementarios: Cutirreacción positiva. Rayos X: infiltración «tipo condensación crónica curable», en el campo inferior derecho ensanchamiento de los hilios, ganglios ensanchados en la parte superior derecha.

Evolución: mejoría rápida. El 7 de junio al examen por los rayos X: el proceso había mejorado considerablemente, habiendo apenas pequeñas manchas circunscritas calcificadas. Salió del Servicio el 27 de junio de 1941 bastante mejorado, recomendándole volver a él cada mes. Este tipo se clasifica como Tipo Ribadeau-Dumas.

No. 42.—M. C.—Observación No. 1032.—Radiografía No. 127. 7 años de edad, originario y residente en Guatemala, ingresó el 15 de junio de 1942 a curarse de «asientos y calenturas».

Historia: hacía quince días tenía temperatura continua, asientos líquidos tres a cuatro diarios, borborigmos, meteorismo, anorexia.

Antecedentes: madre sospechosa de tuberculosis pulmonar.

Examen clínico: enflaquecimiento, tos seca, hipotrofia ponderal y estatural.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux: positiva. Sedimentación sanguínea: 25 mm. en una hora. Líquido de lavado gástrico: negativo de bacilo de Koch. Rayos X: infiltración paratraqueal en el campo superior derecho.

Evolución: mejoró rápidamente y el 10 de septiembre, salió mejorado sin fiebre y con aumento de peso. Se clasifica como caso de Rist y Levesque.

No. 43.—C. V.—Observación 829. Radiografía No. 26. Ocho años de edad, originario y residente en esta capital. Ingresó el 13 de diciembre de 1941 a curarse de «falta de apetito, decaimiento y dolor en el pulmón derecho».

Historia: calentura por la noche, tos seca sin acceso, dolor suave en la punta de la escápula derecha, desde hace algunos meses.

Antecedente: personales, pulmonía. No se encontró foco de contagio.

Examen clínico: nada especial a excepción de la temperatura de 39°. Al examen pulmonar se pensó en bronquitis crónica.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux: positiva. Rayos X: infiltración de forma redonda en el campo medio derecho.

Evolución: estado mediocre, con oscilaciones de la temperatura. Exámenes radiológicos subsiguientes, la mancha evolucionó hacia la forma en escuadra, que se marcó más el 19 de abril. Daba la impresión de una forma evolutiva, salió el 11 de septiembre de 1942, mejorado. Volvió a nuevo examen el 10 de octubre de 1942, la sombra radiológica es la misma. Ha tenido un ataque de tos y de fiebre.

Este tipo se clasifica como de Ribadeau-Dumas.

No. 44.—R. A.—Observación 938. Radiografía 125. Doce años de edad, originario de Escuintla, residente en los Cerritos, ingresó el 4 de marzo de 1942 a curarse de «tos y esputos con sangre».

Historia: catarro, tos húmeda y esputos flemosos desde hacía tres meses. Hemoptisis desde hacía cuatro días. Decaimiento.

Antecedentes: los padres sospechosos de T. B. C.

Examen clínico: respiración ruda en el vértice pulmonar izquierdo.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux: fuertemente positiva. Sedimentación: 97 mm. en una hora; lavado gástrico, negativo de bacilo de Koch. Rayos X: una serie de sombras que hicieron pensar en tuberculosis del lado izquierdo.

Evolución: se intentó practicar neumotórax, pero tuvo que suspenderse por haber provocado un derrame pleural. Estado general: magnífico. Los siguientes exámenes radiológicos, continuaron iguales pero desaparecieron los síntomas clínicos. El examen radiológico de los familiares resultó negativo.

Salió el 3 de agosto del 42, en buenas condiciones, se le dijo que volviera. Volvió el 10 de septiembre de 1942, en el examen por los Rayos X, el Radiólogo pensó en una pleuresía enquistada, se hizo una punción que resultó blanca. Se concluyó que se trataba de una condensación crónica curable tipo Ribadeau-Dumas.

No. 45.—C. S.—Observación No. 1181. Radiografía No. 4. 4 años de edad, originario de Guatemala, residente en Guatemala. Ingresó el 21 de octubre de 1942.

Historia: Hacía 1 mes que tenía fiebre continua con epistaxis, cefalea, decaimiento y tos, que duró 8 días, los 7 días siguientes fueron apiréticos. Luego apareció frío y sudores abundantes que comenzaron en la tarde, durando toda la noche.

Antecedentes: sin importancia.

Examen clínico: aspecto malo, mal nutrido, hipotrófico ponderal, pulso 184'; temperatura 37; Pelo ralo, seco; micropoliadenitis cervical. Pulmones: vibraciones aumentadas, macidez ligera en los hilos, respiración soplante.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux: XXX; Reacción de Bordet Wassermann: negativa; Rayos X: 29-X-42: infiltración en la base del pulmón derecho y el hilo correspondiente. Pequeñas manchas calcificadas en el hilo pulmonar izquierdo.

Evolución: Actualmente está en el Servicio, bajo tratamiento. Se clasifica como tipo Ribadeau-Dumas.

FORMA CRONICA DE ADENOPATIA TRAQUEOBRONQUICA

No. 46.—S. S.: Observación No. 317. Radiografía No. 35. De 8 años de edad; originario y residente en San Martín Jilotepeque, ingresó al Servicio el 9 de septiembre de 1940.

Historia: hacía 3 meses que adolecía de trastornos gastrointestinales, vómitos mucosos, diarrea, enflaquecimiento, palidez y anorexia. Desde hacía 1 mes y medio tenía tos frecuente, húmeda, sin expectoración.

Antecedentes: el padre padecía de tos crónica con expectoración purulenta, con varias hemoptisis.

Examen clínico: estado de hipotrofia con trastornos «policarenciados», edemas y alteraciones de la piel. Pulmón: inspiración ruda en el campo superior y medio derecho.

Reacción de Mantoux: XX.

Examen radiológico: adenopatía paratraqueal derecha; espacio retrocardíaco ocupado por masas ganglionares.

Lavado gástrico: negativo de bacilo de Koch.

Evolución: bajo la influencia del reposo y recalcificación, el estado general mejoró de una manera considerable, desapareciendo los síntomas de carencia y produciendo aumento de peso.

Se descubrió la lesión paratraqueal y se clasificó entre las formas crónicas de adenopatía traqueobronquial.

EVOLUTIVA DE REINFECCION TIPO ADULTO

No. 57.— E. C. M.—Observación No. 123. Radiografía No. 1. 12 años de edad originario de Livingston, residente en Escuintla. Ingresó el 5 de abril de 1940 a curarse de «fatiga, tos y calentura».

Historia: cansancio, fiebre y tos desde hace algunos meses, por accesos espasmódicos.

Examen clínico: Estertores sibilantes en ambos campos pulmonares más del lado izquierdo al final de la inspiración. Por los accesos espasmódicos con tos, expectoración y fatiga, se pensó en crisis asmática.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: positiva: Inoculación al cobayo del líquido del lavado gástrico positiva.

Radiografía: aumentó la densidad en ambos hilios, en el campo medio derecho hay una siembra de pequeñas granulaciones, sospechosas de infiltración incipiente.

Se le hizo una serie de investigaciones radiológicas posteriormente, sin llegar a un diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

Evolución: Mejoró. El 23 de junio de 1940 pasó al Tercer Servicio de Medicina de Hombres.

No. 58. P. C.—Observación No. 240. Radiografía No. 27. 12 años de edad.

Historia: procedía de Mixco; desde hacía 6 meses pérdida de apetito, tos seca, ronquera, fiebre irregular.

Antecedentes: padre muerto, padeció de tos.

Examen clínico: temperatura 38 grados, tórax esquelético; Pulmón izquierdo: se oyen crujidos pleurales en la parte media, con disminución de la respiración en la parte inferior; en el tercio superior del pulmón izquierdo broncofonía y pectoriloquia. Se pensó en un proceso apagado tuberculoso.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: positiva. Lavado gástrico: positivo de bacilo de Koch.

Examen radiológico: infiltración del lado izquierdo en el campo superior y menos denso en el resto, retracción muy marcada del mediastino hacia la izquierda y del diafragma hacia arriba, como señas de un proceso mixto. Además existía una infiltración menos densa pero diseminada en todo el lado derecho.

Evolución: mejoró; salió del servicio, no se volvió a saber de él. Se trató de un caso de reinfección en un foco antiguo probablemente desde su infancia.

Comentario:

Hay que notar que los dos enfermos de las observaciones anteriores tenían doce años de edad, que es el límite de admisión al Servicio de Medicina de Niños, probablemente por eso es que hay sólo esos casos. La mejoría de las reinfecciones tipo adulto debe investigarse en los niños mayores de doce años que ingresan a los Servicios de Medicina de Hombres.

PLEURESIA SECA

No. 59.—J. A. M.—Observación No. 1092. Radiografía No. 126. De 11 años de edad, originario y residente en la capital, ingresó el 2 de agosto de 1942 a curarse de «tos».

Historia: hacía 22 días sufría de anorexia, escalofríos, fiebre moderada, cefalea, dolor de espalda, sudores, enflaquecimiento y pérdida de fuerzas.

Antecedentes: madre muerta de tuberculosis en el Hospital San José.

Examen clínico: base y mitad del hemitórax derecho con abolición de vibraciones, macicez, soplo pleurético y pectoriloquia áfona. Diagnóstico: Pleuresía del lado derecho.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: X X X.

Examen radiológico: densidad sobre el diafragma (derecho. Derrame?

Evolución: mejoró mucho y salió del Servicio el 10 de septiembre de 1942.

Este caso se clasificó entre las tuberculosis pleurales bajo forma de pleuresia seca.

PLEURESIA INTERLOBULAR

No. 60.—J. A. V.—Observación No. 31. Radiografía No. 5. De 6 años de edad; originario de Concepción y residente en el mismo lugar. Ingresó el 17 de noviembre de 1939, a curarse de «asientos y tos».

Historia: asientos y tos desde hace varios días.

Antecedentes: no había en el momento de la observación.

Examen clínico: ligera rudeza respiratoria en el lado derecho.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: XX.

Examen radiológico: existía una sombra fina correspondiente a una pleuresía interlobular de la cisura inferior derecha. Hay un ganglio en el hilio izquierdo.

Evolución: el niño salió muy mejorado del Servicio y volvió a nuevo examen el 30 de enero de 1942: radioscopia: campos pulmonares libres. Este es un caso de pleuresía interlobular tuberculosa, con muy buen pronóstico. Más tarde se descubrió el foco contaminante, en una tía que murió de tos.

TUBERCULOSIS GANGLIONAR

No. 64.—D. E.—Observación No. 520. Radiografía no hay. De 4 años de edad, originario de Coatepeque; residente en la capital, ingresó el 26 de mayo de 1941.

Historia: hacía 8 meses comenzó a hinchársele por detrás de las orejas, hinchazón que ha ido creciendo hasta presentar el estado actual. Hacia quince días tenía temperatura, palidez y dolores en el abdomen. Hacia 8 días, asientos amarillos y espumosos.

Antecedentes: foco de contagio: tío muerto de tuberculosis pulmonar según diagnós-

tico clínico y radiológico del Hospital Americano, en septiembre de 1942. Vivió con él antes que el niño enfermara.

Examen clínico: aspecto regular; cara triste; temperatura y pulso normal. Cuello: ganglios grandes por debajo de los ángulos del maxilar inferior. Por detrás de ellos y en la región suprahiodea y supraclaviculares, había otros más pequeños. Todos eran móviles, dolorosos y duros. Pulmones: respiración ruda en las bases.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: no hubo.

Radioscopia: campos pulmonares libres.

Salió del Servicio el día 5 de junio de 1941, mejorado.

No. 65.—J. G. R.—Observación No. 458. No se hizo radiografía. De 11 años de edad; originario y residente en el Puerto de San José; ingresó el 10 de marzo de 1940.

Historia: desde hacía 4 años, aparición sucesiva de adenitis axilar, supracavicular y cervical. Tumoraciones dolorosas, duras unas y renitentes otras. Algunas de las cuales supuraron.

Antecedentes: madre murió hace 5 años y se sospecha que haya sido a consecuencia de una afección pulmonar.

Examen clínico: enfermo enflaquecido. Cuello: ganglios caratídeos y submaxilares aumentados de tamaño, duros unos y renitentes otros; piel con cicatrices diseminadas. Hay periadenitis. Ganglios de menor tamaño en las regiones supraclaviculares y mastoidea izquierda. En todo el lado derecho, los ganglios son de mayor tamaño que del lado izquierdo.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: XXX. **Reacción de Border Wassermann:** XXX.

Radioscopia: aumento del árbol pulmonar, sin señas de tuberculosis.

Biopsia de un ganglio del cuello: adenitis tuberculosa, exudativa, caseosa.

Tratamiento: por la reacción de Wassermann positiva, se hizo tratamiento antilúético, además del habitual.

El 26 de julio de 1941, salió del Servicio bastante mejorado; las adenitis estaban muy disminuidas de volumen.

No. 66.—H. L.—Observación No. 534. Radiografía no se le hizo. De 10 años de edad; originaria y residente en la capital; ingresó el 11 de junio de 1941, a curarse de «tumores en el cuello».

Historia: hipertrofia ganglionar progresiva, poco dolorosa, evolucionando desde hacía un mes y medio.

Antecedentes: padeció de tos con esputos de sangre desde hacía un mes.

Examen clínico: hipertrofia ponderal, con adenopatía cervical.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: XX. **Prueba de Vollmer:** XX.

Radioscopia: hilios anchos, con manchitas calcificadas en el lado izquierdo.

Biopsia de un ganglio del cuello: adenitis tuberculosa, exudativa, caseosa.

El 27 de julio de 1941, salió del Servicio en muy buenas condiciones.

No. 67. C. H. R.—Observación No. 1028. Radiografía, no se ha archivado por continuar el niño en el Servicio. Doce años de edad, originario de Guatemala, residente en

Pueblo Nuevo Viñas, ingresó el 12 de junio de 1942, a curarse de «ataques».

Historia: fiebres intermitentes, decaimiento y cansancio desde hacía varios meses, hinchazón al nivel del cuello. Ataques epileptiformes.

Antecedentes: Sin importancia por ahora, falta investigar los familiares.

Examen clínico: hipotrofia ponderal y estatural, cara abotagada, llama la atención la hipertrofia de todo el sistema linfático. Anemia, eretismo cardíaco, abatimiento. Se pensó en una Linfadenia.

Exámenes complementarios: Sedimentación: 36 mm. en una hora. Reacción de Mantoux: positiva; Reacción de Wassermann; negativa; numeración lobular y fórmula leucocitaria normal. Rayos X: manchas parcialmente calcificadas y ganglios en los hilios de ambos lados. Biopsia: adenitis tuberculosa exudativa caseosa con caseificación total.

Evolución: mejoró; tuvo una estomatitis úlcero membranosa de la que mejoró. También el 21 de agosto de 1942, tuvo ataques convulsivos, precedidos de grito, continúa en observación en el Servicio, bastante mejorado. Se ha clasificado como Linfadenia tuberculosa y Linformas tuberculosos.

No. 68.—F. M. Obs. No. 1037. Radiografía no está archivada porque el niño está aún en el Servicio. 10 años de edad, originario de Livingston, residente en el Puerto de San José. Ingresó el 20 de junio de 1942.

Historia: Desde hacía seis meses presentaba hinchazón en el cuello con dolores irradiados a la cabeza y al tórax; últimamente ulceración labial.

Antecedentes: desconocidos.

Examen clínico: mal nutrido, temperatura 37 grados; Boca: en la comisura labial, más en el labio inferior, ulceración irregular roja con costra amarilla, debajo rezuma serosidad. Cuello: gran hipertrofia ganglionar, ganglios parotídeos, pre y retro auriculares, y supra claviculares. Ganglios duros, móviles, indoloros. Pulmones: respiración ruda, estertores gruesos y pectoriloquia en el vértice izquierdo; región inter escápulo vertebral derecha: respiración ruda.

Exámenes complementarios: Reacción de Mantoux: positiva. Rayos X: gran paquete de ganglios en el hilio izquierdo, pequeño complejo calcificado en el campo inferior izquierdo. Lavado gástrico negativo de bacilo de Koch. Biopsia: Ganglio del cuello: Adenitis T. B. C. de tipo productivo fibroso. Ulceración del labio inferior: T. B. C. La úlcera presenta abundantes polinucleares en la parte superficial, la parte profunda con abundantes células gigantes características de T. B. C.

Evolución: temperatura irregular, estado general ha ido mejorando. La ulceración del labio se le trata con derivados de Chalmougra; continúa aún en el servicio.

Se trata, pues, de una Tuberculosis quirúrgica de forma ganglionar y cutánea.

COMENTARIO:

Como se puede apreciar, los cuadros clínicos son típicos. Se hizo el diagnóstico clínico en todos los casos y se comprobó más tarde. Hay muy pocas observaciones; se debe a que los demás casos se siguen en los servicios de Cirugía por ser la T. B. C. ganglionar una afección que se considera quirúrgica.

TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR

No. 69.—L. A.—Obs. 909. No hay radiografía. 11 años de edad. Originario de Jutiapa y vecino de allí mismo. Ingresó el 11 de enero de 1942, a curarse de «tos y parálisis de los miembros inferiores».

Historia: desde hacía cuatro meses tos con expectoración mucopurulenta; imposibilidad para la marcha desde hacía un mes.

Antecedentes: vive desde hace mucho tiempo con su abuelo quien padece de tos y esputos verdosos.

Examen clínico: paraplejía con incontinencia de orina y retención de materias fecales. Tos seca, respiración soplante. En el dorso a nivel de la cuarta vértebra dorsal, dolor provocado por la presión y el movimiento. Reflejos tendinosos exagerados. Babinski bilateral. Se pensó en un Mal de Pott dorsal con compresión medular.

Evolución: Se envió a la sala de Cirugía para tratamiento en donde se confirmó el diagnóstico radiológicamente. Fué tratado inmovilizándolo en corset enyesado. Murió dos meses más tarde sin que se le practicara autopsia.

No. 70. —M. H.—Obs. 38. 7 años de edad. Originario de Guatemala y vecino de Pamplona. Ingresó el 6 de diciembre de 1939. No existen datos de historia ni de examen, probablemente porque por ese tiempo se comenzaba a organizar el servicio.

Exámenes complementarios:

Rayos X: campos pulmonares libres.

Columna vertebral: Hay destrucción en el lado derecho de la décima vértebra dorsal. La apófisis transversa destruida; pequeño defecto en el borde posterior del cuerpo con desviación de la décima costilla hacia arriba.

Evolución: se le trató con solución de Solganal al 2%. Pasó a cirugía en donde no pudimos recabar más datos.

ERITEMA NUDOSO

No. 71.—M. M.—Obs. 873. Radiografía no hay. De seis años de edad. Originaria y vecina de Guatemala. Ingresó el 13 de enero de 1942, a curarse de manchas en los pies.

Historia: manchas rojas y violadas en las piernas, dolorosas, salientes, con fiebre, tos seca, monótona, desde hacía un mes.

Antecedentes: Vivió dos años y medio en compañía de una señora que padecía de tos y hemoptisis.

Examen clínico: nudosidades típicas en las regiones glúteas y miembros inferiores. En los miembros superiores, manchas de origen indeterminado.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: XXXX.

Radioscopia: Hilio izquierdo ensanchado y muy denso. Espacio retro-cardíaco ocupado parcialmente.

Evolución: Tuvo manchas rojas en el brazo derecho con los caracteres del eritema nudoso. El seis de marzo Radioscopia que muestra los campos pulmonares libres. Se le dió alta después de recomendarle concurrir cada mes.

No. 72.—V. M. V.—Obs. 515. Siete años de edad. Originario y vecino de Guatemala. Ingresó el 16 de marzo de 1941, a curarse de trastornos digestivos.

Historia: alternativas de diarrea y estreñimiento, borborigmos, anorexia.

Antecedentes: ha vivido con su abuela que padece de tos pertinaz y ha enflaquecido.

Examen clínico: en los miembros inferiores la piel presenta nudosidades de dimensiones variables, de forma más o menos ovalada, algunas de ellas de color rojo vivo y otras con centro violáceo y periferia roja; simétricas y dolorosas, especialmente durante la marcha.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: XXX.

Radioscopia: mancha pequeña y calcificada en el hilio izquierdo.
Ensanchamiento de los hilios.
Investigación del bacilo de Koch en el líquido de lavado gástrico: negativo.
Evolucionó hacia la curación y la enferma salió el 6 de abril de 1941.

No. 73.—J. L. G.—Obs. 514. No hay Radiografía. 12 años. Originario de Escuintla. Ingresó el 21 de mayo de 1941 a curarse de manchas que le salen en las piernas.

Historia: presentaba desde hacía un mes, manchas rojas en las piernas, dolorosas que aumentaron en número y dimensiones hasta uno y medio centímetros de diámetro; una semana después se endurecieron, variando de color desde el rojo oscuro hasta el morado; al mismo tiempo presentó dolores articulares continuos que dificultaban la marcha. Aporrea. Hacia dos días le aparecieron nuevos elementos en los miembros superiores.

Examen clínico: Buen estado general. Nudosidades típicas en diferentes períodos de evolución en las extremidades. Llama la atención un elemento situado en la región palmar de la mano derecha por la rareza de tal localización. Adenitis cervical dolorosa.

Queratoconjuntivitis flictenular derecha.

Es muy importante notar que la madre de este enfermo está asilada en el Hospital San José por padecer Tuberculosis pulmonar cavitaria bilateral.

Exámenes complementarios:

Reacción de Vollmer y Mantoux: XXX.

Radioscopia: pequeña mancha calcificada en el pulmón derecho.

Investigación de bacilo de Koch en el líquido de lavado gástrico: negativo.

Evolución: El 10 de junio presentó dos nuevos brotes apiréticos. Salió mejorado el 26 de julio de 1941. Regresó por nuevos brotes el 19 de agosto siguiente con oscilaciones térmicas de 38 y 38.5 grados. Todavía se palpaban los nódulos de la primera erupción.

En ninguno de los exámenes radiológicos posteriores se comprobó lesión pulmonar. El 7 de noviembre de 1941 salió en muy buenas condiciones. Se le permitió salir en vista de que la madre había muerto recientemente.

No. 74. M. P.—Obs. 351a, Radiografía No. 87. De 10 años de edad. Originaria y vecina de la capital. Ingresó el 2 de octubre de 1941.

Historia: Hacía tres meses y a consecuencia de un enfriamiento tuvo fiebre y dolor en el cuerpo, tos seca. A los tres días aparición de Eritema nudoso (diagnosticado por un facultativo) anorexia que duró cinco días. Después cedió la fiebre, pero la niña quedó delgada, pálida, anoréxica. Hace un mes sufre de tos seca con fiebre.

Antecedentes: Convivió once meses con persona fallecida de Tuberculosis cavitaria.

Examen clínico: estado general mediocre. Curva térmica sub-febril. Examen pulmonar completamente negativo.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: XXX.

Eritrosedimentación: 50 milímetros en una hora.

Investigación de bacilo de Koch en el líquido de lavado gástrico: Negativo el primero y positivo el segundo, tanto a la bacterioscopia como a la inoculación al cobayo.

Radiografía: imagen de condensación crónica curable.

Evolución: por el tratamiento habitual se consiguió mejoría progresiva, desaparición de la fiebre y aumento de peso.

Salió aparentemente curada.

Esta observación presenta el interés de un comienzo con eritema que culminó en lesión pulmonar.

No. 75.—H. H. D.—Obs. 338. Radiografía No. 89. 13 años de edad. Originario de Escuintla. Residente en la capital. Ingresó el 18 de octubre de 1940.

Historia: sufría desde hacía una semana de malestar general, cefálea, anorexia, fiebre de 38 y 38.5 grados.

Antecedentes: desconocidos y no fué posible determinar el foco de contagio.

Examen clínico: miembros inferiores: piel con elementos típicos de eritema nudoso en diferentes estados de evolución.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: XXXX.

Investigación del bacilo de Koch en el líquido de lavado gástrico: positivo a la tercera investigación.

Rayos X: sombra homogénea, alargada, en el segmento inferior del hilio pulmonar derecho.

Evolución: durante su permanencia en el servicio se observó un nuevo brote. Bajo el tratamiento habitual mejoría rápida y desaparición en diez días de las nudosidades que dejaron manchas pigmentarias y descamantes. Salió curado el 8 de enero de 1941 y no se le ha vuelto a ver.

No. 76.—J. C.—Obs. 334. Radiografía No. 88. 11 años. Originario y vecino de Guatemala. Ingresó el 9 de octubre de 1940.

Historia: desde hacía tres meses presentaba fiebre y calofríos, dolores en la región precordial, en la nuca y hombros. Enflaquecimiento. Una semana antes notó la aparición de manchas rojas en el tercio inferior de la pierna derecha que se diseminaron más tarde.

Antecedentes: madre muerta de afección pulmonar que duró un mes con expectoración purulenta. Un tío padeció durante largo tiempo de tos y expectoración y murió de «pulmonía doble». Un primo hermano asilado en el servicio presentó un accidente pulmonar sospechoso de tuberculosis. Dos hermanos y dos primos más, tienen reacción positiva a la tuberculina y pequeñas manchas calcificadas en los campos pulmonares.

Examen clínico: buen aspecto general. Nudosidades típicas en los miembros inferiores. El resto del examen completamente negativo.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: XXXX (tipo flictenular).

Rayos X: sombra para-hiliar izquierda, homogénea, con prolongaciones que se pierden insensiblemente hacia la periferia del pulmón.

Investigación del bacilo de Koch en el líquido de lavado gástrico: negativo.

Evolución: con el tratamiento habitual en las semanas siguientes desaparecieron las manchas de eritema. La temperatura se normalizó, el apetito mejoró así como el estado de nutrición.

Salió clínicamente curado en marzo de 1941.

No se tiene más noticias de este caso.

No. 77.—M. T. de J. V.—Obs. 1101. Radiografía No. 134. 10 años. Originaria y residente en Guatemala. Ingresó el 27 de junio de 1942, a curarse de «unas manchitas» en los miembros inferiores.

Historia: fiebre, dolor en las articulaciones tibio-tarstanas y rodillas que hacía difícil la marcha desde 10 meses antes. Desde hacía tres días notó manchitas en los pies y tos seca.

Antecedentes: Madre, abuela y una hermana, sospechosas de T. B. C.

Examen clínico: enflaquecimiento marcado; nudosidades típicas en antebrazo izquierdo, región glútea derecha, muslos y piernas.

Exámenes complementarios:

Eritrosedimentación: 25 milímetros en una hora.

Parche de Vollmer: XX. Reacción de Mantoux: XXXX (necrótica).

Rayos X: ensanchamiento en ambos hilios y sombra ovalada en el campo pulmonar inferior derecho (?) 3 de julio de 1942.

Mancha desapareció. 13 de agosto de 1942.

Evolución: a los seis días del comienzo hubo cambio de coloración del eritema con aparición de nuevos elementos.

No. 78.—J. E. S.—Obs. 920. Radiografía No. 106. De siete años de edad. Originario y vecino de la capital. Ingresó el 18 de febrero de 1942.

Historia: principio brusco quince días antes con fiebre de 39 grados, de carácter continuo. A los tres días aparición de manchas rojas, salientes, en las piernas, que fueron cambiando de color hasta hacerse verdosas. La fiebre disminuyó lentamente. Enflaquecimiento, anorexia, decaimiento.

Antecedentes: sin importancia. No se encuentra el foco de contagio.

Examen clínico: aspecto general bueno; niño pálido. Temperatura: 37.2 grados. Pulso 96. Miembros inferiores: manchas pequeñas discretas, de color rojo violado, de bordes difusos. No dolorosas. Pulmones normales.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: XXX.

Examen radiológico: Ensanchamiento muy marcado de los hilios pulmonares, con una sombra de infiltración en el izquierdo. Pequeñas manchas calcificadas en el hilio derecho. 27 de febrero de 1942. Hay una zona densa en el hilio izquierdo, 27 de marzo de 1942. Infiltración perihiliar circunscrita en el pulmón izquierdo. 10 de abril de 1942.

Evolución: Temperatura: 38.5 el 18 de marzo por brote evolutivo de lesión pulmonar. Apirexia del 26 de marzo en adelante. El enfermo salió mejorado el 16 de abril para volver a ser reconocido cada mes. El último examen (29 de octubre de 1942) estado general excelente. Rayos X: existen pequeñas manchas calcificadas en el pulmón izquierdo.

COMENTARIO:

Sin entrar en discusiones en cuanto a la etiología, aceptándola como tuberculosa, podemos apreciar que los antecedentes y el examen son claros, corresponden a las descripciones conocidas, y se deben buscar más casos ya que el diagnóstico es fácil.

CASOS NO CLASIFICADOS

No. 88.—D. A.—Observación No. 18. Radiografía No. 6. De 10 años de edad; originario y residente en la capital. Ingresó el 10 de octubre de 1939.

Historia: llegó a curarse de trastornos gástricos y fiebre.

Antecedentes: no pudieron recabarse.

Examen clínico: fiebre con oscilaciones hasta 38.5. Se hizo primero diagnóstico de paludismo (no se encontró el plasmodio) después de amigdalitis y por último se sospechó en tuberculosis, aunque no se encontró ningún signo clínico.

Exámenes complementarios.

Rayos X: infiltración pulmonar.

Evolución: se le trató con cacodilato de sodio y cloruro de calcio; pasó al Hospital San José, donde murió el 9 de diciembre de 1939. No hay datos de autopsia.

No. 89.—R. Q.—Observación No. 989. Radiografía no hay. De 8 años de edad; originario y residente en San José Pinula; ingresó el 27 de abril de 1942.

Historia: no pudo obtenerse.

Antecedentes: trastornos digestivos.

Examen clínico: postración extrema, obnubilación, quejido frecuente, débil, desnutrición. Por falta de datos se pensó en toxicosis, tifoidea o tifobacilosis?

Exámenes complementarios:

Examen radiológico: densidad perihiliar izquierda.

Reacción de Mantoux: negativa.

Reacción de Vidal: negativa.

Investigación de Hematozoario: negativa.

Evolución: presentó erupciones purpúricas y continuó semi-inconsciente. Falleció el 10. de octubre de 1942. Diagnóstico final: toxicosis y tuberculosis pulmonar perihiliar

No. 90.—G. B.—Observación No. 1047. Radiografía no hay. De 2 años 8 meses de edad; originario y residente en la capital; ingresó el 26 de junio de 1942, a curarse de catarros.

Historia: de trastornos gástricos, fiebre, decaimiento, anorexia, sudor por las noches.

Antecedentes: abuela con tuberculosis en el campo superior izquierdo.

Examen clínico: no se encontró nada anormal.

Reacción de Vollmer: XXXX.

Examen radiológico: infiltración de los pulmones, más marcada del lado derecho.

Evolución: a los 6 días los familiares se llevaron al niño, por lo que no se pudo continuar la observación.

No. 91.—A. F.—Observación No. 1147. Radiografía no archivada. De 6 años de edad; originario y residente en Chimaltenango, ingresó el 23 de agosto de 1942, a curarse de vómitos y tos.

Historia: desde 2 meses antes sufría trastornos gastrointestinales, náuseas, vómitos, asientos dolorosos y amarillentos, fétidos.

Antecedentes: un tío sospechoso de padecer de tuberculosis.

Examen clínico: hipotrofia ponderal y estatural; edemas y cianosis de los miembros; adenopatía carotídea y supraclavicular. No hay trastornos pulmonares clínicos.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: XXXX.

Lavado gástrico: negativo.

Examen radiológico: densidad patológica en el vértice izquierdo; paquete ganglionar con infiltración en el vértice. Biopsia: ganglio cervical: adenitis banal.

En junio de 1941, estuvo en el Servicio (observación No. 631), con un síndrome «carenciado», no había alteración pupilar; la Reacción de Mantoux positiva; examen radiológico negativo. Salió curado en agosto de 1941. Hasta entonces estuvo viviendo con su tío.

Actualmente presenta infiltración del vértice izquierdo. No se puede clasificar; continúa en el servicio, en donde se le hacen nuevos exámenes.

No. 92.—L. S.—Observación No. 1084. Radiografía no archivada. De 11 años de edad, originario de Pueblo Nuevo Viñas, residente en esta capital, ingresó el 27 de julio de 1942 a curarse de «ataques».

Historia: desde hace 3 meses le han dado 20 ataques de tipo epileptiforme.

Antecedentes: no se encuentra nada de importancia.

Examen clínico: piel y mucosas pálidas, hipotrofia ponderal y estatural; aspecto de «carenciado» poco marcado. No se encontraron estigmas de epilepsia esencial.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: negativa aún al 1 por ciento.

Lavado gástrico: negativo de bacilo de Koch.

Rayos X: densidad marcada en el hilio derecho, con infiltración suave en el campo medio derecho; el hilio izquierdo también está aumentado. Infiltración en el campo superior y medio derecho, con aumento de los hilios.

Evolución: desde su ingreso la curva térmica fué irregular (38 a 39 grados centígrados), tenía buen apetito, buena digestión, pero el peso había disminuido en 10 libras. Al practicar nuevo examen, el aspecto general lamentable; clínicamente no se apreció nada pulmonar. Por la palpación profunda del abdomen, el Jefe del Servicio creyó apreciar masas. Continúa en el Servicio muy grave.

No. 93.—M.O.A.—Observación No. 318. Radiografía: no salió bien. De un año y 5 meses de edad; originaria y residente en Pueblo Nuevo Viñas, ingresó en septiembre de 1940.

Historia: trastornos gástricos, tos, fiebre, desde hace 3 meses.

Antecedentes: madre padece de tuberculosis pulmonar. Padre probablemente también. Un hermano muerto de Tuberculosis.

Examen clínico: mal estado general, desnutrición profunda, atrepsia. Pulmones: estertores subcrepitantes diseminados.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: negativa.

Lavado gástrico: positivo de bacilos de Koch.

Radiografía: no se pudo interpretar. (Se arruinó la placa)

Evolución: murió el 27 de septiembre de 1942. No se le hizo autopsia.

No. 15.—M. C.—Observación No. 45. Radiografía No. 7. De 8 años de edad, originario de Santa Rosa, residente en la capital, ingresó el 2 de enero de 1940 a curarse de fríos y calenturas.

HISTORIA: desde 15 días antes, escalofríos seguidos de temperatura y sudación.

EXAMEN CLINICO: se encuentra sólo el bazo hipertrofiado y se piensa en paludismo crónico, confirmado por la existencia de Plasmodium Vivax.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: positiva.

RAYOS X: sombra de condensación perihiliar derecha muy sospechosa.

EVOLUCION: el 26 de abril, los campos pulmonares están libres, el estado mejora progresivamente pero aparece una amibiasis intestinal que es tratada. El niño sale del servicio en mayo y regresa en octubre con dolores de cabeza y temperatura. El bazo ya no es palpable ni percutible al examen, sólo se encuentra parasitismo intestinal. Este caso no se pudo clasificar porque pareciendo una reacción perifocal, pudo haber sido una sombra palúdica que ahora está en estudio.

**OBSERVACIONES DE CASOS
CORRESPONDIENTES A EVOLUCION GRAVE**

FORMAS MILIARES

No. 5.—M. P. R.—Observación No. 854. Radiografía no hay. De 8 años de edad; originario y residente en la capital. Ingresó el 2 de enero de 1942, a curarse de «hinchazón» en el estómago y trastornos digestivos.

HISTORIA: fríos y calenturas intermitentes, seguidos de sudoración y trastornos digestivos.

ANTECEDENTES: no pudieron establecerse.

EXAMEN CLINICO: palidez marcada; temperatura elevada, tos, respiración ruda y soplante; ganglios del cuello infartados.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: X.

RADIOSCOPIA: campos pulmonares libres, con manchas calcificadas.

DIAGNOSTICO: se pensó en paludismo, pero no se pudo encontrar el parásito en 7 exámenes hechos en el acmé de la fiebre. El jefe del Servicio pensó en Septicemia por esteptococo y se le comenzó a administrar Sulfamidil el 22 de enero. Al tercer día cedió la fiebre, pero no mejoró el estado general; se suspendió el tratamiento porque el niño presentó ictericia; se le puso suero glucosado isotónico endovenoso y cardiazol. El niño empeoró y el 26 de enero de 1942, falleció. En la autopsia, a la inspección se encontró ictericia amarillo canario en todo el cuerpo. Pulmones y vísceras llenas de granulaciones miliares; y enormes nudosidades de color pizarra, que no se pudieron interpretar. El laboratorio antomo-patológico. Informó que se trataba de una tuberculosis miliar exudativa. El bazo ganglios, con el cuadro típico de **ENFERMEDAD DE HOGKIN**.

Hay que hacer notar que el Sulfamidil causó la ictericia y probablemente la muerte; ni siquiera se sospechó la tuberculosis, ni aún con el examen radiológico. La enfermedad de Hogkin, fué un hallazgo de la autopsia.

No. 26.—E. L.—Observación No. 837. Radiografía no hay. Ingresó el 17 de diciembre de 1941.

Edad: se ignora.

HISTORIA: y **ANTECEDENTES:** no se pudieron establecer.

EXAMEN CLINICO: postración, facies abotagada con edemas generalizados, abdomen globuloso prominente, ascitis, piel gris, se pensó en nefritis aguda. Murió el 17 de diciembre de 1941. Autopsia: paquipleuritis bilateral. Sínfisis pleuropulmonar; al practicar el corte, se comprobó la presencia de lesión miliar generalizada de tipo bronconeumónico. En el abdomen: líquido por ascitis.

El cuadro clínico no hizo prever la tuberculosis miliar y no se hizo Reacción de Mantoux que hubiera podido evaluar los síntomas. Este caso se clasificó entre las formas de tuberculosis agudas, tipo de bronconeumonía y miliar pleuro peritoneal.

No. 3.—J. C.—Observación No. 108. Radiografía no hay, 7 años de edad, originario y residente en la capital. Ingresó en marzo.

HISTORIA: desde 4 meses antes, «calenturas» y tos con expectoración. Anorexia y enflaquecimiento considerable con fatiga; dice la familia que le hicieron una punción, extrayéndole líquido pleural.

ANTECEDENTES: padre padece de tos. La abuelita padece de tos desde hace mucho tiempo y tuvo hemoptisis en su juventud.

EXAMEN CLINICO: estado general malísimo; fiebre; tórax esquelético; submacicez de ambos campos pulmonares, con estertores crepitantes y roces pleurales.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: negativa.

Rayos X: no se hicieron.

Evolución: el niño falleció a los 7 días de su ingreso y en la autopsia se encontraron ambas pleuras completamente adheridas y en los pulmones siembra de granulaciones miliare generalizadas. En el abdomen, nada anormal.

Esta observación es bastante incompleta; faltan radiografías y la investigación del bacilo de Koch. Se clasifica entre las tuberculosis pulmonares, forma miliar aguda.

No. 4. R. C.—Observación No. 299. Radiografía No. 50. De 6 años de edad; originario de Cobán y residente en la capital. Ingresó el 26 de agosto de 1940.

Historia: desde hacía dos días venía padeciendo de escalofríos, «calentura», anorexia y tos seca.

Examen clínico: aspecto malo; temperatura 39.5; respiración 40 por minuto; en el pulmón, signos de condensación en el vértice derecho, que hicieron pensar en neumonía, la cual fué tratada con Dagenán.

Rayos X: no confirmaron la existencia de neumonía.

Evolución: en los días siguientes su estado empeoró; la temperatura persistió muy elevada; hígado y bazo hipertrofiados. No se encontró hemotozoario y no se pudo llegar a ninguna conclusión respecto a diagnóstico.

Exámenes complementarios:

Hemocultivo y serodiagnóstico negativos y luego Reacción de Widal positiva. Más tarde aparecieron abscesos plohémicos. Salió el 14 de noviembre de 1940 aparentemente curado, pero ingresó de nuevo el 27 del mismo mes, por tener mucha tos, calentura, estado general malo, fiebre irregular, esplenomegalia y diarrea. Se tuvo sospecha de tuberculosis, muriendo el niño el día 6 de diciembre de 1940.

Autopsia: granulaciones miliare en los pulmones; infarto reciente en la parte media del pulmón izquierdo. Al examen microscópico: se encontraron lesiones de neumonía tuberculosa de tipo descamativo, gelatinosa (según informe del Dr. Martínez Durán).

Fué un caso muy difícil, tanto desde el punto de vista clínico como radiológico y aún en la autopsia, se necesitó el recurso del especialista, cuyo examen histológico dió una forma rara de tuberculosis. Se clasificó como tuberculosis pulmonar aguda miliar.

FORMAS FIBROCASEOSAS DE T. B. C.

No. 47.—F. L. R.—Observación No. 73. Radiografía No. 15. De 11 años de edad; originario de Palencia y residente en la capital desde hace 6 años. Ingresó en febrero de 1940.

Historia: desde hace dos años, padece de tos por las mañanas y de calenturas vespertinas bastante intensas; anorexia y enflaquecimiento.

Antecedentes: la madre ha sufrido durante varios años de una afección pulmonar, con tos y expectoración. Murió en el Hospital San José después de haber estado allí dos meses.

Examen clínico: estado general malo, temperatura 39; en el cuello, presentaba adenopatía bilateral; ganglios grandes de aspecto tuberculoso; tórax esquelético; pulmón derecho: submucosidad, respiración ruda y broncofonía en el vértice derecho. Todo hizo pensar en una probable caverna del vértice.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

REACCION DE MANTOUX: dudosa.

RAYOS X: aspecto borroso de ambos campos pulmonares, sobre todo el derecho. No se pudo comprobar caverna.

EVOLUCION: fiebre persistente, estado general muy malo; postración intensa. Pasó al Hospital San José, en donde falleció, pero no se le hizo autopsia. Se pensó que era una forma cavernosa, por los síntomas clínicos y por el contagio de la madre, que era tuberculosa comprobada. Llama la atención la falta de relación entre los síntomas físicos y los radiológicos.

No. 48.—E. M.—Observación No. 53. Radiografía No. 12. De 11 años de edad, originario y residente en Zacapa. Ingresó en enero de 1940.

HISTORIA: desde 6 meses antes padecía tos, más intensa por la noche; a veces esputos mucopurulentos; fiebre en un principio, enflaquecimiento marcado.

ANTECEDENTES: sin importancia.

EXAMEN CLINICO: mal estado general. Pulmones: disminución de la sonoridad, más marcada en el lado derecho. En el lado izquierdo se encontró un pequeño foco de estertores húmedos. En la región subclavicular derecha, al fin de la inspiración, estertores gruesos.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: positiva.

EXAMEN DE ESPUTO: abundante bacilo de Koch.

RAYOS X: reblandecimiento generalizado de ambos pulmones, con muchas cavernas en ambos lados. La caverna más grande está en el lado derecho y en los dos tercios del pulmón derecho, existen cavernas de grandes dimensiones.

EVOLUCION: el niño fué trasladado al Hospital San José, donde murió sin que se le hiciera autopsia.

No. 49.—G. R.—Observación No. 377. Radiografía No. 46. De 11 años de edad; originario y residente en la capital. Ingresó el 31 de octubre de 1940 a curarse de dolor de estómago.

HISTORIA: desde hacía 6 meses padecía de asientos, dolor de estómago y enflaquecimiento.

ANTECEDENTES: sin importancia.

EXAMEN CLINICO: muy enflaquecido, 27 libras de peso, temperatura 39°, estado esquelético, anemia profunda. Examen pulmonar negativo. Se pensó en hipotrofia grave sin edemas, debido a trastornos digestivos de larga duración, pero la radioscopia demostró que en la región prerihilar había una forma ovalada, con el resto del campo velado.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

RAYOS X: el 9 de noviembre de 1940; infiltración del campo inferior con una caverna.

LAVADO GASTRICO: positivo de bacilo de Koch.

EVOLUCION: más tarde el examen reveló en la base derecha, un soplo cavernoso rodeado de estertores y no se comprendió por qué esta sintomatología pasó inadvertida. Más tarde apareció una flegmasia alba dolens de las dos piernas. Murió el 2 de enero de

1941 y en la autopsia se encontró adenopatía mesentérica importante, con granulaciones diseminadas, pequeño derrame purulento en el lado izquierdo; en el pulmón izquierdo, focos miliares y micro-cavernas. En el derecho: bloc de neumonía caseosa del lóbulo inferior, con una caverna de grandes dimensiones. Granulaciones miliares en el resto del pulmón. Algunas granulaciones diseminadas en el bazo, hígado y riñón.

Este caso se clasificó entre las formas fibro-caseosas y miliares.

No. 50.—C. G.—Observación No. 473. Radiografía No. 13. De 4 años de edad; originario y residente en la capital. Ingresó el 14 de enero de 1941, a curarse de asientos y prolapso anal desde hacía un mes.

HISTORIA: datos de tos y asientos.

ANTECEDENTES: la muerte del padre es sospechosa de tuberculosis.

EXAMEN CLINICO: hipotrofia; ganglios hipertrofiados en el cuello.

En los pulmones: submacidez, respiración ruda y soplane; transmisión especial del grito en ambos lados, en la unión del tercio superior con el medio. Se pensó en granulía.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: positiva.

RAYOS X: infiltración de ambos campos pulmonares superiores y en la base del pulmón izquierdo.

EVOLUCION: en todos los exámenes radiológicos que siguieron, presentó muchas variabilidades (aumento en la sombra). El estado general tuvo alternativas de empeoramiento, con hiperpirexia y postración. Murió el 10. de agosto de 1941. Autopsia: pulmón izquierdo adherido a la pleura. Al corte, masa caseosa que ocupa los dos tercios inferiores, dejando el vértice libre; daba la impresión de manchas de aceite que se extendían por pseudópodos. En el resto de la masa había varias cavernas. El pulmón derecho sano. Mesenterio con ganglios caseificados. Hígado y bazo con algunas granulaciones tuberculosas. Este caso se clasificó entre las formas fibrocaseosas cavitarias.

No. 8.—J. L. C.—Observación No. 740. Radiografía no hay. De 3 años de edad, originario y vecino del Llano. Ingresó el 13 de octubre de 1941, a curarse de hinchazón del estómago.

HISTORIA: trastornos gastro-intestinales, (vómitos y asientos) y edemas.

ANTECEDENTES: sin importancia.

EXAMEN CLINICO: presentaba sintomatología de «carenciado» por hipoalimentación y se diagnosticó como tal.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: 2 de octubre: negativa.

3 de enero de 1942: positiva (caquética).

RADIOSCOPIA: campos pulmonares libres.

EVOLUCION: a pesar del tratamiento el niño empeoró y el 3 de enero de 1942 murió. Autopsia: Pulmones: en la región perihiliar: ganglios calcificados, y no con una caverna; en la región interlobular y en la pleura había granulaciones miliares.

Hay que hacer notar que en este caso hubo falta de observación:

1o. Porque al no mejorar con el tratamiento, se le debió volver a examinar cuidadosamente; 2o. porque el cambio de la Reacción de Mantoux de negativa a positiva, no se interpretó en todo su valor para examinar de nuevo radiológicamente los pulmones.

No. 53.—A. R.—Observación No. 819. Radiografía No. 98. De 8 años de edad, originario y vecino de San José Pinula, ingresó el 10. de diciembre de 1941.

HISTORIA: desde hacía siete meses, hinchazón, primero en la cara, después en el resto del cuerpo; pérdida de apetito, adelgazamiento y tristeza.

ANTECEDENTES: el padre y la madre han padecido de tos.

EXAMEN CLINICO: aspecto general malo; mal nutrido; postración; edema de la cara, escroto y pies. Temperatura 37.5 grados; manchas pelagroides en las piernas. Tos seca; respiración soplante; submatidez en el vértice izquierdo; estertores gruesos en la base del pulmón derecho.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: no se le practicó.

RAYOS X: infiltración con caverna en el campo inferior derecho, sin diseminación.

EVOLUCION: tuvo una pequeña mejoría para empeorar después y falleció el 2 de enero de 1942. No se le practicó autopsia.

Se concluyó que se trataba de tuberculosis cavitaria con síndrome «policarenciado» secundario.

No. 51.—D. Q.—Observación No. 969. Radiografía No. 111. De 10 años de edad, originario de Palencia, residente en la capital, ingresó el 31 de marzo de 1942, a curarse de «tos y asientos».

HISTORIA: de tos seca, trastornos gastrointestinales sin repercusión sobre el estado general.

ANTECEDENTES: padre asilado en el hospital San José con hemoptisis y bacilo de Koch en los esputos. Una hermana con tos febrícula.

EXAMEN CLINICO: no se apreció por él nada anormal.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: positiva.

LAVADO GASTRICO: abundantes bacilos de Koch.

RAYOS X: densidad en los campos medio e inferior izquierdos.

En los seis exámenes sucesivos, se comprobó un aumento de la densidad y diseminación miliar en el lado opuesto. Caverna del lado izquierdo.

EVOLUCION: el estado general mejoró hasta el 4 de julio en que comenzó a empeorar, apareciendo hasta entonces los síntomas clínicos. Murió el 25 de julio de 1942 sin que se le practicara autopsia.

No. 54. P. Ch.—Observación No. 1191. 10 años de edad. Radiografía todavía no archivada. Ingresó el 28 de septiembre de 1942, enviado del servicio de Cirugía.

HISTORIA: se ignora.

ANTECEDENTES: se desconocen.

EXAMEN CLINICO: Conjuntivitis purulenta, opacidad corneana derecha. Parálisis facial periférica derecha; otorrea crónica y pólipos en el oído externo derecho. Hipotrofia ponderal y estatural.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: positiva.

RAYOS X: infiltración densa, avanzada de todo el pulmón derecho con sospecha de una caverna en su parte media. Ligera infiltración del pulmón izquierdo.

EVOLUCION: Actualmente se encuentra en el servicio y ha sido clasificado entre las formas fibrocásicas.

No. 55.—H. F. Obs. 1062.—Radiografía no archivada. 5 años de edad. Originario de Totonicapán y vecino de la capital. Ingresó el 10 de julio de 1942.

HISTORIA: desde hacía mes y medio sufría de tos coqueluchoidea, principalmente nocturna con expectoración mucosa y sanguinolenta. A veces sólo sangre. Asientos tres a cinco al día desde hace quince días. Dolor en la espalda.

ANTECEDENTES: madre muerta de tuberculosis pulmonar en el Hospital San José.

EXAMEN CLINICO: temperatura 37.5. Hipotrofia ponderal. Glositis marginada de Parrot. Pulmones: estertores sub-crepitantes de la base izquierda. Respiración ruda, casi soplante con estertores finos, metálicos en la axila izquierda.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: fuertemente positiva.

LAVADO GASTRICO: positivo de bacilo de Koch.

RAYOS X: 1o. infiltración en ambos campos pulmonares con ensanchamiento de los hilos y caverna hilar izquierda. 2o. Hidroneumotórax izquierdo. Infiltración ligera del campo medio derecho, con engrosamiento del hilio. 3o. Resto de neumotórax en el lado izquierdo, con caverna grande hilar e infiltración de casi todo el lado izquierdo. En el derecho había engrosamiento marcado del hilio, con varias manchas calcificadas sin infiltración pulmonar.

EVOLUCION: Neumotórax iniciado el 17 de septiembre de 1942. Se encuentra hospitalizado en el Servicio.

No. 56.—T. H.—Observación No. 670a. Radiografía no hay. De 5 años de edad; originario de Antigua; residente en la capital. Ingresó el 18 de septiembre de 1941, a curarse de trastornos intestinales.

HISTORIA: desde hacía dos meses, trastornos gastrointestinales, con enflaquecimiento.

ANTECEDENTES: sin importancia.

EXAMEN CLINICO: desnutrición, edemas generalizados, aspecto decaído, trastornos tróficos de la piel. Se hizo diagnóstico de «policarenciado».

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: XXXX.

RADIOSCOPIA: en 3 exámenes, campos pulmonares libres.

EVOLUCION: murió el 14 de octubre de 1941. En la autopsia: pulmón derecho: caverna bronquiogénica, bronquitis tuberculosa (en la parte media del pulmón), el complejo primario a nivel del hilio, ganglios caseificados en los bronquios. En el pulmón izquierdo: ganglios. Mesenterio con enormes masas caseificadas. Hígado y suprarrenales, con granulaciones.

Se clasificó entre las formas de tuberculosis fibrocaseosas.

FORMAS ABDOMINALES

No. 2.—J. A. J.—Observación No. 276. Radiografía: no hay. De 10 años de edad; originario y residente en Morán. Ingresó al Servicio el 15 de agosto de 1940.

HISTORIA: desde hacía 8 meses, venía padeciendo de asientos grandes con sangre, decaimiento y pérdida de peso. No se obtuvo ningún otro dato.

ANTECEDENTES: no se conocieron.

EXAMEN CLINICO: estado general malísimo; niño esquelético con edema de la cara y miembros inferiores; vientre abultado, flácido, se dejaba percutir y en la profundidad se sentían pequeñas tumefacciones pensándose que se trataba de ganglios infectados. El resto

del examen, dió la sintomatología de un «carenciado». Se pensó comprobar la adenopatía que se palpó en el abdomen.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: negativa.

EVOLUCION: el niño falleció y en la autopsia se encontró: pulmones: multitud de granulaciones diseminadas y otras agrupadas en trébol y corimbo, predominando cerca del hilio del pulmón izquierdo y siendo menos marcados en el lado derecho; existen pequeños ganglios no caseificados. Abdomen: enorme masa multilobada, formada por la reunión de numerosos ganglios de volumen diverso y caseificados. Existían granulaciones en el peritoneo parietal y el intestino que estaba adelgazado. No se encontraron granulaciones en las demás vísceras, ni en el cerebro.

Como se puede apreciar, el niño ingresó en estado moribundo y en la historia se encuentran sólo signos de trastornos intestinales. Al practicar la autopsia se encontró que se trataba de una «T. B. C. mesentérica» y tuberculosis miliar final.

No. 7.—J. C. G.—Observación No. 860.—Radiografía no hay. De 9 años de edad; originario de Baja Verapaz y residente en el mismo lugar, ingresó el 6 de enero de 1942, a curarse de asientos, calenturas, e hinchazón, desde hace 6 meses.

HISTORIA: asientos, enflaquecimiento y palidez.

ANTECEDENTES: MADRE SE SOSPECHA HABER MUERTO DE TUBERCULOSIS.

EXAMEN CLINICO: hipotrofia ponderal y estatural. Tórax raquíptico, trastornos cutáneos. (Manchas pelagroides).

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: negativa.

RAYOS X: no se hicieron.

Se concluyó en «policarencia», tal vez de origen tuberculoso.

EVOLUCION: el niño empeoró y murió el 14 de enero de 1942. Autopsia: pulmones con granulaciones miliares bilaterales; pleuras adheridas a la pared costal; caverna en el vértice izquierdo; ganglios caseosos; gran epilón sembrado de granulaciones miliares. El intestino y mesenterio formando un solo bloque caseoso imposible de aislar. Se presentó como «policarenciado»; sólo se hizo el diagnóstico en la autopsia. Se trataba de una forma intestinal y fibrocásica.

No. 9.—H. L.—Observación No. 1053. Radiografía No. 121. De 5 años de edad; originario y residente en la capital, ingresó el 10. de julio de 1942, a curarse de «asientos».

HISTORIA: desde hace 5 meses, trastornos gastrointestinales, con predominio de asientos fluidos.

ANTECEDENTES: no se comprobaron.

EXAMEN CLINICO: hipotrofia ponderal y estatural sumamente marcada. (20 lbs. de peso). En el abdomen se palpaban masas duras esféricas. Se pensó en un «carenciado» con diarrea crónica.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: dudosa.

RAYOS X: condensación en los dos tercios inferiores del pulmón derecho y base izquierda.

EVOLUCION: empeoró, falleciendo el 21 de septiembre de 1942. En la autopsia se encontró pulmones adheridos a la pleura en su base; granulaciones miliares en el lado derecho. Abdomen: ganglios formando un solo bloque con el intestino, con granulaciones miliares; hígado con granulaciones miliares.

No. 6.—S. S.—Observación No. 624. Radiografía No. 781. De 12 años de edad; originario y residente en Velásquez. Ingresó el 11 de agosto de 1941.

HISTORIA: de fatiga, pérdida de fuerzas, edemas generalizados y tos reciente.

ANTECEDENTES: no se encontraron.

EXAMEN CLINICO: anemia intensa; edemas generalizados, estertores de bronquitis. Se pensó en un «carenciado».

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: negativa.

RAYOS X: infiltración con diseminación miliar en ambos campos pulmonares.

EVOLUCION: el estado general fué empeorado y murió el 3 de septiembre de 1941.

Autopsia: pulmones: forma miliar típica, con elementos confluentes en ambos pulmones. Mesenterio: con ganglios del tamaño de avellanas. Bazo con granulaciones. Localización: intestinal, forma miliar final

TUBERCULOSIS ABDOMINAL: PERITONITIS

No. 61.—E. C.—Obs. 460. Radiografía no hay. De 12 años. Originario y residente en Morán. Ingresó en marzo de 1941 a curarse de dolor de estómago y tos ocasional

ANTECEDENTES: la madre falleció hace seis meses después de padecer durante mucho tiempo de tos y enflaquecimiento.

EXAMEN CLINICO: desnutrición. Vientre globuloso con circulación complementaria y matidez en los flancos.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: XXXX.

RAYOS X: campos pulmonares libres.

PERITONEOSCOPIA: adherencias y ascitis.

Salió mejorado el 13 de abril e ingresó nuevamente en octubre de 1941 con muy mal estado general, postrado, febril, con diarrea profusa y dolores en el vientre; enflaquecimiento marcado.

RAYOS X: campos pulmonares libres.

REACCION DE MANTOUX: negativa.

EVOLUCION: el niño murió al cabo de pocos días. No se le practicó autopsia.

No. 62.—L. F. V. de C.—Obs. 710. Radiografía no hay. 7 años de edad. Originario y residente en Guatemala. Ingresó el 23 de septiembre de 1940.

HISTORIA: hacía cuatro meses tuvo que interrumpir sus estudios por adelgazamiento y abombamiento del vientre. Fiebre y sudores nocturnos.

EXAMEN CLINICO: enflaquecimiento. Abombamiento del vientre especialmente en la parte superior.

Se pensó en un estado de hipotrofia con hipotonía muscular. La Reacción de Mantoux fué negativa. Eritrosedimentación 60 milímetros en una hora. El niño salió el 26 de octubre y se recomendó que lo llevaran de nuevo al Servicio.

Ingresó por 2a. vez el 21 de noviembre a causa de aumento considerable del vientre y se encontró el abdomen globuloso con circulación complementaria marcada y ascitis evidente. El estado general estaba bien conservado. Por la punción se extrajo líquido cetrino. El niño salió mejorado.

El 22 de abril ingresó por 3a. vez porque tenía sofocación, tos seca y fiebre.

EXAMEN CLINICO: se diagnosticó Pleuresia con derrame del lado izquierdo y se extrajo líquido serofibrinoso por toracentesis (litro y medio) en el que no se encontró el ba-

ello de Koch. Los Rayos X mostraron la pleuresía y el engrosamiento de la pleura. Salió el 23 de mayo aparentemente curado. Esta vez la Reacción de Mantoux fué positiva. Como se puede apreciar principió por una peritonitis de forma ascítica que pasó inadvertida al principio y que fué considerada como hipotrofia con hipotonía muscular. Cuando ingresó de nuevo con ascitis franca que fué puncionada, salió mejorado y volvió con una pleuresía extensa. Permaneció varios meses en el servicio saliendo aparentemente curado en mayo de 1941. No se conoció el origen de la contaminación. Esta forma pertenece al tipo de tuberculosis sub-aguda de Frené y Buland.

No. 63.—M. Q.—Observación No. 8. Radiografía No. 4; 8 años de edad, originario y residente en la capital, ingresó el 19 de junio de 1940 a curarse de hinchazón en el estómago.

HISTORIA: náuseas desde hacía meses sin relación con las comidas.

ANTECEDENTES: Madre, hermano y dos hermanas con lesiones tuberculosas.

EXAMEN CLINICO: Febrícula, meteorismo supra-umbilical, adenopatías. En los pulmones solamente se encontró sospechoso el vértice izquierdo y signos de pleuresía izquierda.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: XXXX.

RAYOS X: adenopatía traqueo-bronquica con una sombra redonda densa en el hilio izquierdo, además pleuresía interlobar en el lado izquierdo.

LAVADO GASTRICO: negativo de bacilo de Koch.

PERITONEOSCOPIA: adherencias fibrinosas, algunas con principio de organización aglutinando las asas intestinales y granulaciones abundantes en el peritoneo visceral; las adherencias imposibilitaban ver más vísceras.

EVOLUCION: con el tratamiento habitual mejoró notablemente saliendo el 7 de agosto de 1940. Debía volver a examen cada mes.

No. 52. S. A. L.—Observación No. 1301. Radiografía No. 22. De 11 años de edad; originario y residente en la capital. Ingresó el 9 de abril de 1940, a curarse de asientos y dolor en el estómago.

HISTORIA: de asientos y vómitos. Tos, fatiga y disnea desde hace un mes.

ANTECEDENTES: no se conocen.

EXAMEN CLINICO: en el vértice derecho había estertores. Después de la tos se escuchó una oleada de estertores secos, que se oyeron también en las inspiraciones profundas.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: X, débil, de tinte amarillento.

RAYOS X: infiltración generalizada en ambos pulmones, especialmente marcada en el lado derecho, con pequeñas cavernas en ambos lados.

EVOLUCION: murió el 30 de abril de 1940. En la autopsia: se encontró: pulmones de coloración «atigrada». Se encontraron en ambos pulmones lesiones miliares diseminadas. En el vértice derecho una caverna bronquiogénica. Intestino: ulceraciones tuberculosas. En el mesenterio: ganglios caseificados del tamaño de un huevo de gallina.

Se clasifica entre las formas de tuberculosis abdominales: mesentérica, intestinal y miliar final.

FORMA AGUDA DE EVOLUCION PROGRESIVA

No. 22.—L. R. J.—Observación No. 645. Radiografía No. 80. De 4 años de edad originario y residente en la capital, ingresó el 18 de agosto de 1941 a curarse de apendicitis.

HISTORIA: trastornos gástricos, fiebre, estreñimiento con crisis de diarrea fétida y dolores agudos.

ANTECEDENTES: no se establecieron en el momento de la observación.

EXAMEN CLINICO: mal aspecto general; adenitis cervical; respiración ruda en los pulmones.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

REACCION DE MANTOUX: XX.

REACCION DE VOLLMER: X.

LAVADO GASTRICO: negativo de bacilos de Koch.

RAYOS X: ensanchamiento de ambos hilos, con paquetes grandes de ganglios y pequeñas manchas en la región perihiliar derecha, que se interpretó como tuberculosis parenquimatosa.

EVOLUCION: tuvo tos ferina y el 2 de noviembre de 1941 salió del Servicio no mejorado y según datos murió pocos días después. Se averiguó por la abuela, que un sirviente, muerto también en esos días y comprobado tuberculoso cavernario, había vivido con el niño. Se clasifica este caso entre las formas aguda de evolución progresiva.

Es una lástima no haber obtenido los datos de la autopsia. El foco de contagio se averiguó después de la muerte del niño y de quien lo había contagiado.

Hay que hacer notar que fué este niño el que creemos infectó a los Nos. 20 y 21 cuando tuvo Tos Ferina, los posibles infectados por él, presentaron formas regresivas.

NEUMONIAS CASEOSAS

No. 1.—V. H.—Observación No. 181. Radiografía No. 25. De 8 años de edad, originario y residente en la capital. Ingresó en marzo de 1940.

Historia: desde hacía un mes, catarro y tos; últimamente expectoración y asientos líquidos. Fiebre continua sin calofríos.

Antecedentes: foco de contaminación parece haberse encontrado en la abuela, que padeció de neumonía que le duró un mes, con expectoración purulenta y que invadió el otro pulmón; parece haber curado, pero tosía frecuentemente. Hace 11 años padeció de cáncer del útero. El niño vivió con la abuela durante 3 meses.

Examen clínico: estado general malo, temperatura 39 grados. Pulmones: soplo en el tercio superior del lado derecho, encontrándose en el tercio medio del pulmón un foco bien localizado con algunos crujidos más bien crepitantes. El izquierdo parece normal. Se pensó en un proceso apagado.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: fuertemente positiva.

Lavado gástrico: positivo de Bacilo de Koch al examen directo.

Rayos X: sombra densa de bordes perfectamente limitados, que ocupa los dos tercios superiores del pulmón derecho, situado en la cara dorsal. Pulmón izquierdo libre.

Peritoneoscopia: negativa.

Punción pleural: negativa de líquido.

Evolución: fué lenta, pero constantemente progresiva hasta la muerte.

Autopsia: pulmón derecho completamente adherido a la pared, aumentado de volumen; los dos lóbulos superiores estaban completamente caseificados. Adenopatía hilar. Las lesiones estaban limitadas por una capa espesa que parecía ser la pleura

interlobular; lesiones de forma miliar caseificada en las pleuras. Pulmón izquierdo con granulaciones miliares diseminadas sobre el fondo congestivo. El resto de los órganos con pequeñas granulaciones. Meninges normales. Se clasificó como Neumonía caseosa.

NEUMONIA CASEOSA

No. 23.—C. Q.—Observación No. 330. Radiografía No. 45, de 10 años de edad; originario y residente en la capital, ingresó el 10. de septiembre de 1940.

Historia: desde hacía dos meses padecía de fiebre cotidiana con exacerbación vespertina, irregular, seguida de sudor; la temperatura disminuyó con el tratamiento antipalúdico, pero no cedió; a los pocos días tos que fué aumentando, sin expectoración; diarrea, decaimiento e irritabilidad.

Antecedentes: madre con Reacción de Mantoux Positiva e imagen radiológica pulmonar normal; una hermana (observación No. 332) con una lesión tuberculosa. Se encontró como foco sospechoso, una sirvienta que no pudo ser examinada, pero que tenía tos y expectoración purulenta.

Examen clínico: aspecto general muy malo; desnutrición, temperatura irregular, enflaquecimiento pronunciado, macidez en el tercio inferior del pulmón derecho, con disminución del murmullo vesicular, sin estertores.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: positiva.

Lavado gástrico: la inoculación y la bacterioscopia del líquido, positiva de bacilos de Koch.

Rayos X: Densidad homogénea considerable en la base derecha.

Evolución: no pudo seguirse la evolución, por haber sido retirado del servicio. Se clasificó como tuberculosis pulmonar aguda, forma de Neumonía caseosa. En cuanto a la terminación, probablemente fué un desenlace fatal.

No. 24.—B. E. F.: Observación No. 351. Radiografía No. 42. De 1 año y 4 meses de edad; originaria de Guatemala, residente en Mazatenango. Ingresó el 14 de agosto de 1940.

Historia: desde hace 7 meses, trastornos digestivos, tos y pérdida de peso.

Antecedentes: tiene un tío con tos crónica, delgado y con esputos purulentos. Madre sana.

Examen clínico: desnutrición; temperatura 37.5 a 39, irregular; macidez en la base pulmonar izquierda.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: positiva.

Lavado gástrico: positivo de bacilo de Koch.

Rayos X: aumento considerable de la mitad inferior izquierda (pulmón izquierdo) no se pudo volver a examinar por habérsela llevado la madre.

Se clasifica como Neumonía caseosa.

MENINGITIS

No. 79.—P. M.: Obs. No. 561. Radiografía no hay. 7 años, originario y residente en la capital. Ingresó el 4 de junio de 1942 a curarse de dolor de cabeza y fiebre desde hace 15 días.

Historia: cefalea sobre todo por la tarde. Cambios del carácter.

Antecedentes: nada que tenga importancia.

Examen clínico: postración, cefalea, vómitos, Signo de Kernig positivo, contracciones escalonadas, posición en gatillo de fusil.

Radioscopia: reacciones pulmonares libres.

Examen de lavado gástrico: inoculación del líquido al cobayo, positiva.

Reacción de Pandy: dudosa.

Evolución: no se pudo seguir el caso porque se lo llevó la familia.

No. 80.—J. G.: Obs. No. 752. Radiografía no hay. 5 años, originario y residente en la capital. Ingresó el 15 de octubre de 1941 a curarse de trastornos gastrointestinales.

Historia: fiebre, dolor de estómago y asientos, desde hacía mes y medio.

Antecedentes: padre padece de escrófulas y tos.

Examen clínico: postración, contractura de la nuca; pupilas dilatadas, reaccionan poco a la luz; desviación de la cabeza y ojos hacia la izquierda; tono muscular aumentado.

Evolución: murió a las siete horas de haber ingresado al servicio.

Autopsia: Encéfalo: adherencias y granulaciones en toda la superficie cerebral, incluyendo el cerebelo y plexos coroideos. Pulmones: adheridos; señales de bronconeumonía; granulaciones; todos los ganglios hiliares y traqueobrónquicos caseificados. Mesenterio e intestino: Llenos de ulceraciones y ganglios caseificados. Bazo con granulaciones típicas.

No. 81.—M. A. G.: Obs. 221. Radiografía no se hizo. Edad indeterminable. Ingresó el 5 de julio de 1940.

Historia: hacía 10 días comenzó con fiebre con exacerbaciones nocturnas, últimamente cefalea, náuseas y vómitos.

Examen: El niño llegó en estado comatoso, con convulsiones crónicas en los miembros superiores; estrabismo moderado, rigidez de la nuca y abdomen; signos de irritación piramidal; midriasis, rigidez pupilar y trismus.

Exámenes complementarios:

Líquido céfalo-raquídeo: Leucocitos 27 por campo.

Reacción de Pandy: y None-Appelt: fase 1 positivo.

Reacción de Normomastic: curva de meningitis.

Bacterioscopia: Bacilo de Koch positivo.

Evolución: El niño falleció y bajo diagnóstico de Meningitis tuberculosa se procedió a practicar la autopsia el 8 de julio.

Autopsia: Falsas membranas y adherencias en toda la base del cerebro e istmo hasta el bulbo. Plexos coroideos con signos de coroiditis y granulaciones. Pulmones: granulaciones diseminadas en cortimbos. Mesenterio y ángulo ileo-cecal con ganglios caseificados.

No. 82.—F. H.: Obs. 970. No se hizo radiografía. 10 años de edad. Originario y vecino de la capital. Ingresó el 10. de abril de 1942 a curarse de «dolor de cabeza y trastornos digestivos».

Historia: hacía 15 días tenía asientos líquidos, amarillos, con cólicos abdominales; vómitos, anorexia, temperatura moderada, postración, cefalea, sed intensa.

Antecedentes: madre ha padecido desde hace seis años de tos seca, dolor de espalda y enflaquecimiento. Una hermana padece de tos y otra ha enflaquecido mucho y padece de adenopatía axilar y carotídea.

Examen clínico: estando asilado se observó varios ataques con grito, caída brusca, convulsiones tónicas, opistótonos, pupilas normales, sin emisión de orina ni mate-

mas fecales, ni mordedura de la lengua, de dos minutos de duración, quedando obnubilado y con cefalea. En el intervalo de los ataques se mantenía la obnubilación y gritaba. Temperatura 37 y pulso 60. Cuello: adenopatía discreta. Abdomen: retraído, hiperes-
tasia cutánea. No había signos de Kernig ni Brudzinsky.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: negativa.

Líquido céfalo-raquídeo: La reacción de Pandy: **XXX**.

Evolución: el estado general empeoró rápidamente; entrando en coma meníngeo y murió el 23 de abril.

Autopsia: Cerebro: falsas membranas purulentas en la base y cuarto ventrículo. Granulaciones en la convexidad. Pulmones: vértices con granulaciones miliares. Pelvis renales: contienen pus.

No. 83.—F. L.: Obs. 96. No se hizo radiografía. De 7 años. Originario y vecino de la capital. Ingresó en enero de 1940.

Historia: desde hacía ocho días, tenía fiebre, vómitos y estreñimiento.

Antecedentes: no tienen importancia.

Examen clínico: fué hecho en el momento de una crisis convulsiva que sobrevino bruscamente con convulsiones tónicas. Ya desde su ingreso se quejaba de cefalea; no había tenido evacuaciones y sí vómitos. El examen general fué sin importancia.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: negativa.

Líquido céfalo-raquídeo: turbio, leucocitos incontables; normo-mastic con precipitación marcada en el 5o., 6o., 7o. y 8o. tubos. Se encontró bacilo de Koch, en frotis e inoculación al cobayo.

Rayos X.: campos pulmonares libres.

Evolución: el estado general se agravó enormemente y el niño entró en coma, muriendo a los 15 días de su ingreso.

En la Autopsia se comprobó placa de meningitis tuberculosa, recubriendo el bulbo y parte media del cerebelo; lesiones de meningitis de la base, en todo el piso posterior. En el tórax: ganglios traqueobronquiales bilaterales, con focos de calcificación; pequeñas lesiones parenquimatosas yuxtahiliares derechas. En el hígado: pequeñas granulaciones. Bazo: tubérculos caseificados.

Como se ve, se trataba de meningitis consecutiva a adenopatía traqueobronquial que pasó completamente inadvertida.

No. 84.—M. P.: Observación No. 345. Radiografía No. 14. 10 años de edad. Originario y residente en San Agustín Acasaguastlán. Ingresó el 23 de septiembre de 1940, a curarse de «dolores de cabeza».

Historia: cefalea, por la que estuvo hospitalizado 7 días, salió bien en apariencia, pero volvió hoy, en estado comatoso, con parálisis de la pierna derecha y contractura.

Antecedentes: sin importancia.

Examen clínico: parálisis flácida de la pierna derecha. Contractura del brazo derecho e irritación piramidal; vientre en batea.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: la primera salió negativa; la segunda, al diez por ciento, dió reacción caquética.

Líquido céfalo-raquídeo: normal.

Lavado gástrico: negativo de bacilo de Koch.

Evolución: el 26 de septiembre falleció después de recrudecimiento de los síntomas.

Al practicar la Autopsia se encontró meningitis con granulaciones en los plexos coroideos y ventrículos laterales; peritoneo, intestino y mesenterio con granulaciones tuberculosas. Hígado: color de nuez moscada. Bazo: con nódulos caseosos típicos.

Comentario: como se puede apreciar, este caso tiene dos interpretaciones: o es meningitis tuberculosa coexistiendo con una forma miliar generalizada o se trataba de tuberculosis de localizaciones múltiples.

No. 85.—J. de D. S.: Obs. 343. Radiografía No. 69 y siguientes. Dos años y medio de edad. Originario de Palencia y vecino de Guatemala. Ingresó el 16 de septiembre de 1940, a curarse de «asientos».

Historia: estuvo hospitalizado y se hizo tratamiento dietético saliendo curado el 6 de octubre. El 17 de diciembre de 1940 volvió presentando un cuadro febril que duraba desde quince días; estando en el servicio comenzó con trastornos mentales, contractura del brazo y pierna izquierdos. Semi-inconsciencia.

Examen clínico: se confirmó un síndrome meníngeo.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: negativa.

Líquido céfalo-raquídeo: normal.

Murió y en la autopsia se encontró:

Meninges: adheridas. Granulaciones tuberculosas en la corteza con predominio al rededor de la arteria silviana derecha. En la base hasta el bulbo membranas gelatinosas. Hemorragia intraventricular con destrucción encefálica. Pulmones: ganglios calcificados en el hilio y nódulo de infiltración en la base con granulaciones.

Comentario: La primera vez que estuvo asilado no se relacionaron los trastornos a su verdadera causa y aun la segunda vez que ingresó la reacción de Mantoux fue negativa a pesar de lo cual la autopsia fue muy demostrativa.

No. 86.—V. V.: Obs. 1024. Radiografía no hay. 7 años de edad. Originario de Guadalupe y vecino de Guatemala. Ingresó el 9 de junio de 1942 a curarse de ataques.

Historia: hacía quince días tenía accesos convulsivos frecuentes. Últimamente movimientos involuntarios en los miembros y pérdida del conocimiento.

Antecedentes: padre muerto de Tuberculosis pulmonar hacía seis años.

Examen clínico: movimientos en los miembros; inconsciencia, contractura. Signo de Babinski, positivo; nistagmus; abolición de reflejos oculares. Se pensó en Meningitis tuberculosa desde el principio.

Exámenes complementarios:

Líquido céfalo-raquídeo: claro.

Reacción de Pandy: dudosa.

Evolución: No salió del estado comatoso y murió el 11 de junio de 1942.

Al practicarse la autopsia se encontró: Cerebro: istmo y bulbo llenos de falsas membranas; lóbulos adherentes, sembrados de granulaciones miliares en superficie hasta en los plexos coroideos. Resto normal. No se encontró puerta de entrada.

No. 87.—J. M.: Obs. No. 1094. Radiografía... 14 años, originario de San José Pinula, residente en la Villa de Guadalupe. Ingresó el 4 de agosto de 1942, a curarse de ronquera.

Historia: hacía 22 días, cambio del tono en la voz, los 4 días ronquera hasta la fecha de su examen.

Antecedentes: hacía 6 meses presentaba adenopatía cervical supurada. Pleuresía (actualmente pequeño resto costo diafragmático).

Examen clínico: afonía completa, bien nutrido, adenopatía submaxilar y yugular.

ambos lados. Parte media izquierda del cuello, ulceración por supuración de adenitis.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: XXX.

Lavado gástrico: negativo de bacilo de Koch.

Rayos X: ambos hilios densos con aumento de todo el dibujo pulmonar. Corazón muestra forma normal. El cuadro de Rayos X, no estaba en favor de tuberculosis.

Evolución: salió el 17 de septiembre; reingresó el 29 de octubre, manifestando que hacía 15 días, tuvo vómitos fáciles durante tres días seguidos, cefalea frontal, fotofobia y mal estado general. Al examen: síndrome de meningitis. Punción Lumbar: líquido hipertenso, turbio, 300 elementos por c. c. continúa en el servicio con diagnóstico de Meningitis tuberculosa. Como puede apreciarse, esta meningitis se manifestó hasta la segunda vez que el niño ingresó al Servicio.

No. 11.—M. G.: Observación No. 220. Radiografía No. 34. De 12 años de edad; originario y residente en el Quiché; ingresó el 22 de julio de 1940, a curarse de dolor de cabeza.

Historia: desde hacía 15 días cefalea y estreñimiento.

Antecedentes: carecen de importancia.

Examen clínico: niño postrado, enflaquecido; temperatura 36. Pulso 140 por minuto. Apenas respondía a lo que se le preguntaba.

Exámenes complementarios:

Rayos X: negativo.

Evolución: desde el día que llegó se mantuvo agitado, gritando, cantando, diciéndole disparates; no se le encontró ninguna lesión orgánica, por lo que los practicantes de guardia pensaron en Pitiatismo. Pero la persistencia de la desnutrición, la depresión del vientre, la cefalea y la constipación hicieron más tarde pensar en una lesión meníngea; la punción lumbar dió un líquido con excesiva presión, amarillento, xantocrómico, cuyo examen microscópico reveló leucocitos y hematíes.

El 23 de julio de 1940, se esbozó el Signo de Koering, dilatación pupilar y reflejo luminoso perezoso; el 25 de julio de 1940 murió. En la Autopsia se comprobó: Cráneo: meningitis tuberculosa en todo el cerebro, istmo, protuberancia y cerebelo, con exudados gelatinosos, puriformes y sembrado de granulaciones. Tórax: granulía típica con un nódulo en la base derecha que parecía la lesión inicial. Abdomen: granulaciones confluentes y abundantísimas en el peritoneo, hígado, bazo y riñones.

BRONCONEUMONIA CASEOSA

No. 25.—J. L. C.: Observación, No. 927. Radiografía: post-mortem. De 9 años de edad, originario de San José Pinula y vecino de la capital; ingresó el 23 de febrero de 1942 a curarse de «asientos, tos, fiebre e hinchazón».

Historia: de trastornos digestivos, tos seca y rebelde.

Antecedentes: sin importancia.

Examen clínico: palidez. Cara deformada. Decaimiento. Tos frecuente, disnea. Hipertensión arterial, taquicardia. Amígdalas pultáceas. Enfisema considerable y generalizado a todo el cuerpo a excepción de los miembros inferiores. Sonoridad exagerada de los pulmones. Se pensó en Neumotórax y enfisema de probable origen tuberculoso.

Exámenes complementarios:

Reacción de Mantoux: negativa.

Radioscopia: del Tórax: mostró que el enfisema llegaba desde la cabeza hasta la pelvis. El examen del exudado laríngeo reveló la presencia de Bacilo de Loeffler.

Evolución: el enfisema aumentó como también la disnea. Murió el 25 de febrero de 1942. En la Autopsia se encontró: enfisema generalizado invadiendo el mediastino y los pulmones, éstos al corte estaban sembrados de nódulos caseosos predominando en la superficie. El informe anatomopatológico decía: Bronconeumonía caseosa, por lo que la presente observación se clasificó como tal.

Todas las observaciones son auténticas.

(f) Dr. E. COFINO.

Jefe del Servicio de Medicina de Niños.

PROPOSICIONES

Anatomía descriptiva: hueso frontal.
Anatomía Patológica: y Pat. Gral.: Anofilaxia.
Anatomía Topográfica: Región costal.
Bacteriología: Gonococo.
Botánica Médica: Sinopsis Negra.
Clínica Quirúrgica: presión suboccipital.
Clínica Médica: Exploración del riñón.
Física Médica: Tienda de Oxígeno.
Tisiología: Masticación.
Higiene: Profilaxia de las enfermedades venéreas.
Med. legal y Toxicología: asfixia por sumersión.
Histología: Hipófisis.
Obstetricia: Fórceps.
Patología Quirúrgica: Apendicitis aguda.
Patología Médica: Edema agudo del pulmón.
Patología Tropical: oreja de chiclero.
Pediatria: Extenosis hipertrófica del Cardio.
Psiquiatria: epilepsia esencial.
Parasitología: Leistmanías.
Técnica Operatoria: resección costal.
Química Biológica: Reacción de Aldrich.
Química Inorgánica: oxígeno.
Química Orgánica: Alcohol Etilico.
Terapéutica: Cardiazol.