

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA

---

TRES AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL CONSULTORIO  
EXTERNO DEL SANATORIO NACIONAL

**TESIS DOCTORAL**

PRESENTADA POR

**Mario F. Alvarenga**

EN EL ACTO DE SU DOCTORAMIENTO EN MEDICINA

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

1952.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

302.196995  
A473x  
1952  
F. Med  
2j. 21

066809

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE EL SALVADOR**

---

UES BIBLIOTECA CENTRAL  
  
INVENTARIO: 10122865

RECTOR:                   ING. ANTONIO PERLA  
SECRETARIO:           DR. JOSE SALINAS ARIZ

**FACULTAD DE MEDICINA**

DECANO:                   DR. ERNESTO FASQUELLE  
SECRETARIO:           DR. ROBERTO A. JIMENEZ

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

---

**PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO**

**CLINICA MEDICA:**

Dr. LAZARO MENDOZA  
Dr. ERNESTO FASQUELLE  
Dr. EDUARDO NAVARRO

**SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO**

**CLINICA QUIRURGICA:**

Dr. LUIS A. MACIAS  
Dr. RICARDO POSADA  
Dr. SATURNINO CORTEZ

**TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO**

**CLINICA OBSTETRICA:**

Dr. ROBERTO ORELLANA  
Dr. ANTONIO LAZO GUERRA  
Dr. SALVADOR BATISTA

**JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO**

Dr. RICARDO MARTINEZ  
Dr. ROBERTO PACHECO A.  
Dr. ANGEL G. DOÑO

## *Dedicatoria*

A MIS PADRES:

*Dr. Leonidas Alvarenga  
y Trinidad H. de Alvarenga*

A MIS HERMANOS:

*Manuel,  
Sofía,  
Trinidad  
y Ana Luz.*

A MI ESPOSA:

*Soledad Flores de Alvarenga*

A MI HIJA:

*Sara.*

A LOS DOCTORES:

*J. Ricardo Martínez,  
Víctor Hugo Lucha  
y Angel G. Doño.*

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

•••••

En la ciudad de San Salvador, a las diez horas del once de Septiembre de mil novecientos cincuenta y dos.

Reunidos en el Decanato de la Facultad de Medicina los infrascritos miembros del Tribunal designado para calificar el trabajo de tesis presentado por el Bachiller Mario F. Alvarenga, titulado "TRES AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL CONSULTORIO EXTERNO DEL SANATORIO NACIONAL", hacemos constar que hemos revisado dicho trabajo y que en vista de que reúne las condiciones exigidas por los estatutos de la Universidad, le damos nuestra aprobación por unanimidad de votos.

*Dr. Ricardo Martínez*  
Presidente.

*Dr. Roberto Pacheco A.*  
Primer Vocal.

*Dr. Angel G. Doño*  
Segundo Vocal.

*Ex-Interno de los Servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Rosales,  
San Salvador, El Salvador.*

*Ex-Interno del Hospital Militar, San Salvador, El Salvador.*

*Ex-Interno del Sanatorio Nacional Antituberculoso, El Salvador.*

*Ex-Externo del Consultorio de Enfermedades Venéreas de la D. G. S.  
San Salvador, El Salvador, C. A.*

*Ex-Externo del Consultorio Antituberculoso del Sanatorio Nacional.*

Un grupo de destacados médicos del momento, invitados por el doctor Rafael Zaldívar h. se reunió en San Salvador para tratar de la fundación de lo que en principio se llamó el Sanatorio Popular de Tuberculosos, como institución primera que había de funcionar en Centro América para la atención de los pacientes atacados de tuberculosis pulmonar. Ahí, mismo, en octubre de 1909, se organizó la Junta Directiva para aquellos trabajos que, aunque encontraron valladares diversos que vencer, fueron tomando forma poco a poco.

No fué sino años después, en el día 10 de mayo de 1914, que se llevó a cabo la solemne inauguración de los primeros pabellones pedidos a Suiza. Al mismo tiempo se había dado comienzo a la construcción del Pabellón Sol y otros edificios destinados a la cocina, habitación para enfermeras, para guardianes, etc. El Pabellón Sol estuvo terminado el 30 de junio de 1916. En los años de 1920 a 1925 se consiguieron algunas otras obras, especialmente el edificio de la Administración y la caseta para la instalación de la bomba de gas pobre.

Ahí están los orígenes de nuestro actual Sanatorio Nacional Antituberculoso. Grandes modificaciones se han introducido en su forma, desarrollo y funcionamiento, pero las bases fundamentales quedan en pie para honor y gloria de aquellos que intervinieron en la fundación de una obra que vino a ser la primera en el istmo y que ha venido progresando en forma visible hasta llegar al grado de adelanto que actualmente ostenta.

Pese a su funcionamiento, cada día más ajustado a las normas establecidas para los organismos de su naturaleza en los países más avanzados, había un hueco que llenar. Desde su fundación el número de camas ha venido en aumento y aunque los requerimientos de la lucha antituberculosa no han llegado, ni con mucho, a verse realizados, este establecimiento ha venido desempeñando, modestamente, la parte que en esa cruzada le corresponde.

Sin embargo, una vez los enfermos dados de alta del Centro, perdían absolutamente todo contacto con la institución que los había albergado por un período más o menos largo de su siempre larga enfermedad. Su permanencia en el Sanatorio Nacional Antituberculoso no constituía sino un período en la totalidad de su padecimiento. Y algunos, incluso, olvidaban aquellos nexos que siempre unen al paciente con el organismo que lo contó entre sus beneficiados, nexos tanto más marcados, cuanto que la enfermedad es de carácter crónico.

Alguna vez se pensó llevar a cabo un estudio de las labores desarrolladas por el centro. Se trataba de evaluar lo realizado. Pero desgraciadamente quienes eso pensaron, tropezaron con dificultades insalvables. El número de pacientes egresados del Sanatorio Nacional era ya grande; pero la inmensa mayoría de ellos no había vuelto a tener contacto alguno con el Establecimiento. No se podía saber nada, como no fuera de referencias sobre la situación que, tiempos después de egresados, se encontraban aquellos pacientes.

Fué ese precisamente el origen del Consultorio Externo. Se necesitaba establecer un lazo de unión entre el Sanatorio Nacional y los pacientes de él egresados, luego de una variable estancia. Establecer un lazo que permitiera, posteriormente, evaluar la labor desarrollada, a fin también de estimar los beneficios obtenidos del funcionamiento del único Establecimiento de esta naturaleza existente en el país. Mantener una corriente de amistad, traducida por el agradecimiento entre los pacientes y la Institución que fuera su hogar temporal, en su larga vida de dolor y sufrimiento.

Fué así, poco a poco, casi sin decirlo y sin trazar primero planes y establecer programas, que fué creándose aquel lazo de unión. Uno, dos, tres pacientes, primero, prefirieron que se les siguiera su tratamiento y control en el Sanatorio Nacional, debido tanto a la confianza adquirida por ellos a través del íntimo contacto con el personal médico-administrativo del Centro, como por el hecho de que en los dispensarios establecidos hasta esa fecha no se seguía, como es menester, un control estrecho, en todos los aspectos, para vigilar a todos los pacientes egresados del Sanatorio.



La misma circunstancia de que el personal adquiría, a través del tiempo, mejores modalidades para tratar considerablemente al enfermo, hacían que los pacientes se sintieran más seguros, aunque por otra parte, los métodos de tratamiento fueran mejores o exactamente iguales. La misma psicología del paciente venía poco a poco afirmando en el personal médico-administrativo del Establecimiento, la idea del Consultorio Externo.

Y así como nació, casi insensiblemente obligado por una necesidad indiscutible, así fué sensiblemente aumentando su esfera de acción, creciendo, en apoyo del elemento humano que veía con marcado interés y entusiasmo, el surgimiento de una extensión del Sanatorio Nacional que les brindaba la forma de extender también los beneficios del mismo hasta el hogar de los pacientes. Fué todo en los albores del año de 1945.

Por principios de cuentas aquellos esporádicos pacientes eran aterridos, en la medida de lo posible, en la clínica particular del doctor Víctor Hugo Lucha, entonces médico interno del Sanatorio Nacional. Se practicaba ahí las punciones de pneumotórax y de pneumoperitoneo, las punciones plurales y uno que otro examen físico a pacientes que habían sido recomendados solo para control periódico. A medida que las circunstancias así lo obligaron, ya aquella clínica particular no respondía, debido al creciente y crecido número de pacientes que buscaban refugio en lo que venía a ser una prolongación de la cura sanatorial.

Entonces, ya para el año de 1946 se atendió a buen número de pacientes egresados del Sanatorio Nacional, en las mismas clínicas del Establecimiento, ya que, pese a las dificultades de transporte por la distancia entre la capital y el Sanatorio, los pacientes prefirieron continuar llegando hasta aquella Instrucción, antes que someterse a las distintas disciplinas de otros dispensarios. Se dió el caso de pacientes que venían de los departamentos, precisamente de lugares en donde había establecidos centros de atención para el tuberculoso en tratamiento o control,

Y cumpliendo sus servicios todos los días miércoles llegaban al Sanatorio buen número de pacientes egresados del Centro para someterse a exámenes de Laboratorio y para su control fluoroscópica y radiográfico. Posteriormente es cada día mayor el número de pacientes bajo control en el Consultorio Externo, requirió que la atención clínica se realizara todos los días de la semana y se destinó igualmente los días martes y jueves para los controles de laboratorio y rayos X. En su deseo de servir al público, el Consultorio Externo llegó aún a establecer un grupo que visitaba, para su tratamiento y control, el establecimiento en día domingo, grupo compuesto por ex-pacientes que trabajaban toda la semana y al que fué imposible obtenerle permiso para concurrir al Consultorio Externo en día extraordinario de trabajo. Siguiendo ese plan de superación, el Consultorio Externo tuvo necesidad de buscar local en la ciudad capital, a fin de evitar a los pacientes el viaje de nueve kilómetros con sus consiguientes gastos, aparte de que buen número de aquellos ex-pacientes se encontraban en plenas labores: empleados, oficinistas, obreros, etc. y se les imposibilitaba concurrir a la nueva clínica con la regularidad requerida. Y entonces, de acuerdo con el doctor Ricardo Martínez, Jefe de la División de Tuberculosos de la Dirección General de Sanidad, se procedió a proporcionarle local en la Unidad Sanitaria de Candelaria. Se trabajó más intensamente y la Dirección del Sanatorio Nacional, ya a cargo del doctor Lucha, incluyó personal especial, adecuado, debidamente entrenado para el mejor desarrollo de las funciones del Consultorio. Este personal, año con año fué aumentado en la proporción necesaria y en la medida de lo posible a fin de dar mejor atención a los pacientes.

Hasta fines del año anterior, de 1951, esa era la situación y los pacientes siempre necesitaban llegar al Sanatorio Nacional los días martes y jueves, por grupos, para llevar a cabo un control radiológico y bacteriológico. Y, como desde el principio, tenía sus inconvenientes, considerando los aspectos de tiempo y distancia, así como el factor económico. Hubo entonces que, incluso, proporcionar a algunos pacientes de extremada pobreza, las facilidades para su transporte, aún a quienes venían de otros departamentos de la República.

Así las cosas, el nuevo plan de lucha antituberculosa elaborado por la Dirección General de Sanidad, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, consideró la bondad de una medida que ponía todos los centros de diagnóstico y de tratamiento de la tuberculosis, bajo una sola unidad directiva, representada por la División de Tuberculosis de aquella División General. Esto vino a poner, desde el primero de enero del corriente año, al Consultorio Externo del Sanatorio Nacional bajo la Jefatura de la División de Tuberculosis, continuando como hasta el

momento, con su mismo personal y en su mismo sitio.

El Consultorio Externo del Sanatorio Nacional vino a ser el Dispensario Antituberculoso del Centro Sanitario de Candelaria, en donde sigue y seguirá laborando por la restauración de la mayoría de los ex-pacientes del Sanatorio Nacional. Ha pasado a estar bajo la dependencia de la División de Tuberculosis; pero en personal y en ideología continúa formando parte de la organización de aquel establecimiento antituberculoso.

Como puede apreciarse por lo dicho anteriormente, el Consultorio Externo, prolongación del Sanatorio Nacional, distaba mucho de ser lo que se considera actualmente como un verdadero dispensario antituberculoso. Pero, desgraciadamente, los medios de que se disponía en esa época eran escasos, dada la falta de cooperación de parte de otros organismos y debido también al carácter de improvisación que tuvo de dársele. Sin embargo, la labor desarrollada en él ha sido la causa de que se considerase seriamente al establecimiento de otras clínicas que, poco a poco, van tomando el carácter de dispensarios antituberculosos.

Esta es una importante medida digna de encomio, puesto que el dispensario vendrá a aliviar, en parte, la pesada carga que tienen que soportar los centros hospitalarios, cuyo reducido número de camas, destinada a esta clase de pacientes, se encuentra constantemente saturado. Porque, digámoslo de una vez, el dispensario constituye siempre el principal Centro de Investigación tuberculosa.

Emplazados dentro de los núcleos de población sobre los que se ha de actuar, en contacto directo con las clases sociales más humildes y rodeado de la confianza popular, estos centros, piezas regulares de la organización, están destinados a cumplir una de las más importantes misiones de cuantas competen a la lucha antituberculosa. En teoría, se diferencian claramente los cometidos del dispensario y del sanatorio con sólo dos palabras: profilaxis y asistencia, pero en la realidad del ambiente dispensarial, el concepto de profilaxis ha de relacionarse con el de presencia del enfermo, del foco infeccioso, que no puede extirparse tan sencillamente como se amputa un miembro afectado por la gangrena para salvar la vida del sujeto. La causa del mal, el peligro vivo de contaminación, el portador y diseminador de gérmenes queda en el ambiente familiar con conocimiento del dispensario. Puede éste concretarse a registrarlo en una ficha y comunicar su hallazgo a las autoridades sanitarias. Y si la lucha antituberculosa oficial dispusiese de una cama para cada enfermo y fuere obligatoria la hospitalización, la misión del dispensario terminaría con esto; pero desgraciadamente, no es así ni puede serlo, porque ello superaría las posibilidades económicas del país. En estas condiciones el dispensario ha de dar a su cometido de profilaxis un más provechoso sentido. ¿Qué otros medios tiene el dispensario para evitar el contagio de los que conviven con el enfermo? En primer lugar, hacer que éste no expulse bacilos: por tanto, si se consigue, con la instauración de un pneumotórax, cerrar la fuente de contagio, se habrá logrado la más eficaz medida de profilaxis, iniciando al mismo tiempo el tratamiento del paciente. Así, pues, no es posible separar de un modo tajante los conceptos de prevención y asistencia, ni se puede rechazar que el dispensario actúe en ambos sentidos. Lo principal, lo sustantivo para el dispensario es oponerse a la difusión de la epidemia, interrumpir la cadena de contagios, hacer desaparecer la tuberculosis; si para ello necesita recurrir a determinados métodos colasoterápicos con los que puede esterilizar, de un modo más o menos duradero, a los eliminadores de bacilos, no hay razón para oponerse a este propósito. Mas, tal concesión no debe derivar en el desorden que supone convertir el dispensario, so pretexto de las ventajas que reporta una operación complementaria oportuna, en un pequeño sanatorio quirúrgico inadecuado y antieconómico. Como anexos o auxiliares del dispensario se idearon los centros de colasoterapia. La práctica demostró que es más conveniente encuadrar este servicio en los propios sanatorios, reservando para esta atención un cierto número de camas. Pues a esto hay que atenerse y no desviar la verdadera misión del dispensario sembrando un confusionismo perjudicial para la lucha.

Aún reconociendo que el dispensario puede y debe actuar con criterio terapéutico, conviene no olvidar que su cometido principal no es el clínico, sino profiláctico; que a sus fines no interesa al enfermo, sino la colectividad. Por consiguiente, debe dedicar preferente atención al descubrimiento del foco infeccioso y a salvaguardar a los que se encuentran próximos a él. Técnicos indispensables para cumplir esta función son el fisiólogo y la enfermera visitadora; servicios especiales, los de rayos X y el de laboratorio de análisis clínicos. Sin la conjunción de estos cuatro elementos, el dispensario no puede actuar. Ahora bien, el director de un dispensario debe estar poseído de un claro espíritu sanitario que presida toda labor dispensarial. Los fisiólogos que prestan servicio en nuestra lucha antituberculosa oficial forman un solo escalafón, pu-

diendo ser destinados indistintamente a uno u otro de sus centros. No sé si este criterio será acertado; desde luego la función a desarrollar es enteramente distinta; en el dispensario hay que actuar en sentido sanitario; en el sanatorio en sentido clínico; la tarea y la experiencia que la misma proporciona es igualmente diversa. No parece consecuente, desde este punto de vista, que quien ha dirigido con acierto y durante muchos años un dispensario haya de pasar a regir un sanatorio o un preventivo y viceversa. Sin embargo, así puede suceder, y de hecho, sucede, en nuestra organización. El sistema de cubrir las plazas vacantes por concurso de antigüedad impone ésta, podíamos considerar, incongruencia de tener que aceptar para un cargo de responsabilidad a un técnico que durante varios años dedicó su actividad a otro cometido dentro de la organización oficial de la lucha. Y no se mantiene esta fórmula por la rigidez burocrática prescindiendo de los intereses privados de los técnicos, sino que, por el contrario, es precisamente por no lesionar estos y alejar todo motivo de crítica por lo que se mantiene una norma administrativa que no está del todo en armonía con los principios técnicos de la lucha antituberculosa.

Algo semejante puede decirse de las enfermeras. ¡Es tan diferente la posición y funciones de la que presta servicio en un dispensario de la que vive interna en un sanatorio, adscrita al servicio de quirófano, de rayos X o simplemente de sala! La labor de ésta última varía poco de un día a otro; es un trabajo que se repite de un modo sistemático, casi monótono; esto conduce a la especialización, muy conveniente no sólo por bien del servicio, sino para la conservación del material. La enfermera que se dedica habitualmente al quirófano, al laboratorio o a rayos X llega a sentir la responsabilidad de su misión y de los intereses materiales que se ponen bajo su custodia. En cuanto al trato con el enfermo, la convivencia prolongada bajo el mismo régimen, de ordinario compartida con hermanas de la Caridad, hace que las que no tienen verdadera vocación renuncien a estos destinos. En cambio, la que ejerce en un dispensario ha de reunir condiciones muy peculiares para que el trabajo no le pese como carga insufrible. Necesita un temperamento que se adapte al trato con gente modesta y poco culta; su labor principal está en la calle, en el domicilio del enfermo; ha de comprometerse con su condición de enlace entre el dispensario y familiares del enfermo, desempeñando simultáneamente servicios clínicos, administrativos y sociales. En los dispensarios centrales que han de atender una gran masa de población el trabajo debe repartirse entre estos auxiliares femeninos. En el medio rural la enfermera visitadora tiene que conocerlos y practicarlos todos para que su colaboración sea realmente eficaz.

Como armas de combate cuenta todo dispensario con un equipo de rayos X y un laboratorio de análisis clínicos. No puede prescindirse, como se ha dicho, de ninguno de ellos; sin la pantalla radioscópica y el microscopio, el dispensario no podría realizar funciones tan esenciales como son la de diagnóstico precoz e investigaciones sistemáticas. Estas y las de vacunación antituberculosa justifican por sí sola la existencia de estos centros. Cada una de ellas merece párrafo aparte.

**EL DIAGNOSTICO PRECOZ.**— Se ha dicho, con harta razón, que lo que interesa a la lucha antituberculosa no es el diagnóstico de precisión, sino el de presunción. Esta idea lleva anexa la única posibilidad de recuperación del tuberculoso. Si la enfermedad se descubre pronto, si las lesiones se localizan a tiempo, antes de que el proceso se haya extendido y provocado una intoxicación general difícil de dominar y los recursos terapéuticos se aplican en consecuencia, sin pérdida de tiempo, no sólo puede conseguirse la curación del enfermo sino algo aún más importante desde nuestro punto de vista, cual es evitar que sus lesiones pulmonares se caseifiquen y se ulceren, abriéndose al exterior y originando el contagio de otras personas. Diagnóstico precoz y tratamiento precoz: he aquí los fines de profilaxis que persigue el dispensario. Pero es cosa fácil decir al médico general, al médico rural, que vive alejado de los centros especializados, sin más medios de exploración que un fonendoscopio, que debe descubrir al tuberculoso, no al "tísico", al irrecuperable que en un tanto por ciento tan crecido acude hoy a nuestros dispensarios. El problema no es tan sencillo, pues es sabido que hay formas clínicas más o menos incipientes que apenas dan síntomas, incluso cavernas de regular tamaño que son mudas a la exploración. En estas condiciones, y pese a la competencia del facultativo, el diagnóstico precoz se convierte en muchos casos en diagnóstico tardío. Es por esto que el médico de familia no puede ni debe esperar a sentar un diagnóstico de certeza cuando la fiebre se mantiene acompañada de tos, de sudores de adelgazamiento, o lo que es más sensible, cuando una hemoptisis revela con todos sus peligros y dramatismo, la triste verdad. Hay, pues, que anticiparse a los acontecimientos irremediables; pecar, si cabe, de escrupulosos mejor que de abandonado. El médico general debe saber que la lucha antituberculosa cuenta con él como el primero y más eficaz de sus colaboradores. El acierto o desacierto de su intervención, de ordinario previa a la del tisiólogo, es decisiva para la actuación de éste y fundamental para la evolución de la epidemia.

Esta consideración sobre la que no puede admitirse controversia, es la que hemos esgrimido tantas veces al discurrir acerca de las relaciones de los médicos de zona y la lucha antituberculosa. No interesa, no puede interesar, repetimos una vez más, ni a uno ni a otro organismo, que aquel someta a tratamiento a sus pacientes de aparato respiratorio sin haber desechado de una manera categórica la existencia de un foco tuberculoso. Lo contrario es andar a ciegas, incurrir cada día en la misma falta sanitaria. Y un diagnóstico diferencial de esta trascendencia no puede hacerse sin disponer de los medios auxiliares (rayos X y laboratorio) con que cuenta el dispensario. De aquí que el médico general debe enviar sistemáticamente a reconocimiento no sólo al enfermo, al que presenta síntomas más o menos claros, sino también al sospechoso y aún al que, sin serlo, puede resultar con un proceso específico en evolución. Por la misma razón el tisiólogo que trabaje en un dispensario no ha de limitarse al cultivo de su especialidad en un sentido estricto de tuberculosis pulmonar, sino que su conocimiento de la patología del aparato respiratorio y de las enfermedades infecciosas en general debe aplicarlos con criterio sanitario a su misión específica, que es la de profilaxis de la tuberculosis.

El diagnóstico precoz es la base de la solución del problema de la tuberculosis. Sostenemos, al igual de la casi unanimidad de tisiólogos del mundo, que la profilaxis de la tuberculosis, basada especialmente en el diagnóstico precoz, debe efectuarse por medio del examen de colectividades o exploración de masas.

Hemos creído que en el fondo, pues tan evidentes son los hechos que comentamos, sólo puede haber error de interpretación de nuestras ideas, ya que nos costaría admitir que lo fueran de los problemas enunciados, y es por eso que se hace tan necesario pedir al Director de la lucha una reunión de técnicos que tendría como temario: El diagnóstico precoz de la tuberculosis y el papel que juega el dispensario como institución.

Estas polémicas entre técnicos sobre problemas inherentes a la lucha, no sólo no la creemos perjudicial, sino que pensamos que son necesarias; ellas pueden inquietar a nuestra sosegada lucha antituberculosa, crear la tónica que es tan necesaria; de ellas pueden salir conclusiones que se plasmarían en conquistas apreciables.

Es, por otra parte, bien sabido, que en nuestro sistema democrático es de la polémica de donde salen los principales progresos.

Los puntos de mira de cualquier organismo creado para luchar contra un enfermedad infecciosa, de carácter endémico, son: erradicación de la enfermedad, o disminución de la morbilidad hasta un límite que está representado por bajos guarismos.

En el problema de la tuberculosis no se vislumbra, en el momento actual, en ningún medio, el poder llevar a cabo la erradicación de la enfermedad, ya que ésto sólo puede obtenerse cuando se cuenta con un arma biológica, suero o vacuna, que permita crear un estado humoral que haga al individuo refractario al agente originario de la enfermedad, tal como pasa en la tifoidea, difteria, viruela, etc.

Nadie discute hoy que el problema de la Lucha Antituberculosa estriba en una reducción máxima de su morbilidad que reste importancia a la tuberculosis en la tabla de la mortalidad tal como sucede o sucedía en la preguerra en algunos Estados de Norte América y en Nueva Zelandia. REDUCIR LA MORBILIDAD AL MAXIMO, he aquí sintetizado en cinco palabras el mejor plan de Lucha Antituberculosa.

Dentro del arsenal con que cuenta la Lucha, lo repetimos, tenemos un arma que puede darnos una eficiencia extrema en la batalla por la reducción de la morbilidad, nos referimos al diagnóstico precoz de la enfermedad, completado con la indicación terapéutica apropiada y el aislamiento del foco cuando se considera necesario.

El diagnóstico precoz es para nosotros, y para todos los tisiólogos, el "pivot" en que asienta la Lucha; debe grabarse de manera indeleble que sin el diagnóstico precoz no hay solución posible del problema.

Una de las más fértiles conquistas que se han realizado en los últimos tiempos en el terreno del conocimiento de la enfermedad, es la falta de síntomas clínicos que presentan la mayor parte de las formas iniciales y muchas de las ya evolucionadas. Este concepto de la existencia de gran número de formas imperceptas o inaparentes, nos ha traído dos enseñanzas fundamentales: 1o.—las formas iniciales debemos buscarlas en los al "parecer sanos"; 2o.—dado lo sintomático del proceso y la inaudibilidad de la lesión, la clínica resulta totalmente impotente para realizar diagnósticos tempranos; el más virtuoso de los virtuosos, en el terreno de la clínica. Leannec, se sonrojaría hoy de ver sus repetidos fracasos en la búsqueda de formas precoces em-

pleando los medios de diagnóstico clínico que él creó y llevó a la perfección.

El diagnóstico de las formas iniciales es sólo factible, en el mayor número de casos, por los métodos físicos: radiografía, röntgenfotografía.

¿Cuál elegir? ¿Cuál implantar para el diagnóstico precoz?

Pasemos revista brevemente a cada uno de estos métodos.

La radiografía sería el método ideal, ya que, a la existencia de una documentación indeleble se apoya una perfección técnica que permita estudiar los más finos detalles lesionales; pero a nadie se le ocurriría, dado el elevado costo de este método, aplicarlo en el sondeo de grandes grupos humanos.

La radioscopia ha demostrado ser inoperante e ineficaz para la investigación de masas y, para no redundar en detalle, sólo enunciaremos los principales argumentos que se esgrimen en su contra:

a—Ningún técnico puede observar en una jornada gran cantidad de individuos.

b—Existen estadísticas al respecto que nos dicen que las pequeñas lesiones quedan sin diagnosticar en un porcentaje del 10% cuando se emplea la técnica radioscópica; citamos a propósito la investigación de Fellows realizada en la U. R. S. S., según la cual la radioscopia da 13% de error.

c—Desde el punto de vista social y científico, es imprescindible documentar la imagen radioscópica. En el libro de Ickert se encuentran observaciones que nos dicen de los serios inconvenientes a que se han visto abocados los técnicos de Cajas de Seguros, etc., cuando no han documentado debidamente sus exámenes. En el campo científico, sólo el día que poseamos una considerable masa de exámenes repetidos podremos contar con un material tal que permita formar concepto definido sobre el problema fisiogénico, cuyo verdadero conocimiento ha de tener una invaluable proyección en el campo de la terapéutica y profilaxis.

Claro está que existen ejemplos, como el de Braeuning y otros, que han efectuado investigaciones con el método radioscópico; pero ha sido una tarea de investigación, especialmente, y no de profilaxis de masa. Con todo, el catastro de Stettin, cuna de las más modernas investigaciones fisiológicas, fué hecho a base de una documentación radiográfica.

La röntgenfotografía ha venido a resolver el problema de la investigación, por métodos físicos, de grandes masas humanas, ya que este método une la virtud de hacer factible el diagnóstico de las más pequeñas lesiones, a la del pequeño costo que esta técnica ocasiona.

El método röntgenfotográfico tiene, dentro de la fisiología, una significación histórica y filosófica; es que siendo el factor económico el común denominador de todo problema que se plantee dentro de nuestra actual estructuración social, encontramos que este método considera precisamente este factor tan digno de tener en cuenta todos los planes de solución a proponer.

El descubrimiento de Abreu, en el campo de la profilaxis, tiene para nosotros idéntica significación que el hallazgo de Roberto Koch en el campo de la bacteriología.

Las más autorizadas opiniones dentro de la epidemiología norteamericana se han expresado sobre el valor de la röntgenfotografía en los siguientes términos: Hilleboe, antiguo director de la Lucha Antituberculosa de Estados Unidos, opina en un trabajo publicado en RADIOLOGY, lo siguiente: "el examen radiológico del tórax en masa es indispensable. La elección del método dependerá de fondos, equipo y personal. El film de 35 mm es el ideal para descubrir los casos normales, sospechosos y anormales"

Parran, del Servicio de Control de la Tuberculosis del S. de Salud Pública de Estados Unidos, que tiene bajo su responsabilidad el control de los trabajadores de la industria de guerra norteamericana, contaba en 1943 con ocho equipos portátiles de röntgenfotografía, y ordenó inmediatamente la construcción de diez más, a pesar que contaba con dos equipos de Potter; claro está que Parran no entra ni siquiera a discutir el valor de la röntgenfotografía como investigación de las lesiones mínimas en los aparentemente sanos.

Scatchart manifiesta su opinión sobre el valor del método, de la siguiente manera: "la röntgenfotografía es comparable en exactitud a la radiografía."

Robert Duncan, en el 10o. Manuel Meeting del College, efectuado recientemente,

ha estudiado, desde el punto de vista comparativo, el valor de los diferentes métodos de examen, llegando a la conclusión que es el examen foto fluorográfico en masa el responsable de haber disminuido los índices de morbilidad.

Una extensa bibliografía puede consultarse en nuestro medio, en donde se encontrarán opiniones de técnicos que hablan de acuerdo a una intensa experiencia vivida dentro del campo de la investigación rontgenofotográfica. Estas opiniones son valiosísimas, pues en ciencia sólo vale lo que se dice como resultancia de hechos observados o vividos, y no lo que se piensa con criterio apriorístico.

Vayamos sintetizando nuestra idea:

1o.)—Diagnóstico precoz, eje de la Lucía.

2o.)—Manera de realizarlo, exámenes de colectividades por medio de la rontgenofotografía.

A éstos agréguese detalles complementarios, demasiado conocidos para ser comentados, tales como: investigación de la alergia, perfecto fichaje que comprenda todos los datos imprescindibles propios de una buena encuesta epidemiológica.

Entremos ahora al punto nodal de nuestra polémica: ¿Quién ha de realizar el diagnóstico precoz? ¿Equipos portátiles o equipos estables? A esta pregunta pueden responder los fisiólogos uruguayos, quienes desde hace trece años vienen practicando la rontgenofotografía; quiere decir que la experiencia en este sentido tiene tanto valor, o más, que la de cualquier técnico norteamericano o inglés, ya que estos países, que suelen siempre ponerse de ejemplo entre nosotros, no les han antecedido en la práctica de esta disciplina.

La rontgenofotografía debe practicarse en el mismo seno de la colectividad, en la fábrica, taller, cuartel, escuela. ¿Qué razones tenemos para sustreer tal interés? Razones de contenido económico. En la fábrica: quien está enterado del tipo de producción en cadena que tiende a aplicarse actualmente en la gran industria, no puede suponer que un obrero pierda una jornada, ni una hora de trabajo, para ser examinado, pues si ésto pasa, son mayores las pérdidas económicas por falta de producción que el valor propio del examen.

Si se hiciera un cálculo sobre el porcentaje que es factible examinar en la fábrica, cuando se tiene la obligatoriedad del examen de parte del patrono, y el que se obtendría examinando el personal de una institución fuera de la fábrica, se vería que la diferencia es considerable.

La cantidad de exámenes a realizar en un limitado número de horas dentro de una colectividad, que se proyecta en economía de equipos y técnicos, es asunto de suma importancia. Un equipo compuesto por un médico y tres auxiliares para técnicos lograron efectuar casi mil exámenes en una jornada prolongada de trabajo sin gasto de local ni locomoción, y sin pérdida de producción.

Facilidad de examen, economía de tiempo, de dinero, se ven enormemente facilitados con el equipo portátil.

La falta de exámenes previos al enrolamiento en el ejército norteamericano costó al gobierno respectivo de la guerra anterior sumas fabulosas que ascendieron a un millón de dólares en el cuidado e indemnización de los veteranos tuberculosos de la pasada contienda.

Según Shelley U Marietta, la falta de equipos radiológicos permitió en la pasada guerra el enrolamiento de gran número de sujetos con lesiones inaparentes.

En 1922 estaban bajo asistencia 44.591 veteranos; en 1940, antes de la reciente movilización, quedaban todavía en asistencia 10 000 veteranos de la pasada guerra.

Spillman ha calculado, y este cálculo es aceptado casi de manera unánime en los Estados Unidos, que cada soldado con tuberculosis ingresado al ejército costará 10 000 dólares.

Erlich y Edwards han examinado 114 130 conscriptos, habiendo encontrado 11.56 con lesiones (1.01%). De acuerdo al cálculo de Spillman se habrían economizado 13.000 millones de dólares.

En la guerra recién pasada la primera medida fué la de establecer equipos radiológicos en los sitios de enrolamiento, con el fin de someter a examen a todos los cons-

criptos; se calcula que deben haber sido examinados unos 10 millones de acuerdo a este plan.

La industria de guerra norteamericana ha tomado a su cargo estos gastos de exámenes profilácticos, habiendo realizado una gran cantidad representada por seis cifras; pero con esa característica tan propia del pueblo norteamericano de expandir toda la iniciativa eficaz, se ha llegado a la creación de organismos particulares que cuentan con equipos y técnicos que realizan estos exámenes particularmente a las colectividades que lo soliciten. Es que Norteamérica, adelantándose como siempre a nosotros, practica ya la profilaxis por iniciativas particulares.

Hilleboe y Gould, en 685 817 exámenes rontgenofotográficos efectuados entre personal de la industria norteamericana, en representación de la Sección Control de la Tuberculosis, comprobaron el 1.4% de tuberculosis pulmonar de reinfección inaparente, en personas de 20 a 50 años de edad, de las cuales citaban al grado mínimo el 60%, mientras que con antiguos procedimientos de profilaxis el porcentaje de lesión mínima era sólo del 10%.

Utilizaban al respecto ocho equipos transportables de rontgenofotografía para film de 35 mm efectuando los exámenes en la misma colectividad.

A 120 exámenes por hora, 200 a 300 lecturas por hora, un archivo de 750 000 examinados ocupará un reducido espacio.

Lleno de entusiasmo, graba esta opinión al final de mi trabajo el Director de la Lucha Antituberculosa de Estados Unidos; el examen rontgenofotográfico nos abre un camino de posibilidades para examinar los cincuenta millones de trabajadores industriales de Estados Unidos."

Así como el bacilo de Koch ha sido eliminado de Estados Unidos de la especie bovina, será erradicado del género humano. Así se expresa Hilleboe.

El nuevo impulso profiláctico de Estados Unidos está basado en el diagnóstico precoz, "mass examination", a lo que se agrega las medidas complementarias correspondientes. Nadie ha pensado allí en crear instituciones estáticas a donde concurra el pueblo a examinarse sino que se han creado unidades dinámicas que llevan el método profiláctico al seno mismo de la colectividad.

Velvamos a nuestro medio y veamos cual es la demostración existente en lo que refiere a la rontgenofotografía.

La campaña emprendida contra la tuberculosis en la República de El Salvador ha sido intensificado con la creación de cuatro Centros de Encuesta Torácica repartidos en distintas zonas del país y que cuentan, cada una, con un equipo de rontgenofotografía.

Hasta el mes de julio del corriente año se habían tomado en la zona occidental del país 15 545 rontgenofotografías. En la zona central, 28.608; y en zona oriental 5 777 (en esa época no se había empezado a trabajar en 2 departamentos de la zona oriental).

En total se han practicado 49 930 rontgenofotografías en los 10 departamentos revisados hasta el mes de julio de 1952.

De este número de exámenes remitidos a los distintos dispensarios distribuidos en país, se encuentra más o menos, un 2% de enfermos tuberculosos.

Nimitz nos dice que en Estados Unidos sólo ingresan a los centros asistenciales un 13% de casos mínimos, un 32% moderadamente avanzados, y un 55% muy avanzados. Esta estadística coincide con la de otros países, es que el diagnóstico tardío es un mal que se ha observado en todos los países en donde no se ha practicado la rontgenofotografía. Sigamos a Nimitz y veamos que según sus observaciones las lesiones mínimas sólo necesitan seis meses de internación, con 100% de posibilidades de total reintegración. En cambio los otros casos necesitan de dos a seis meses más de hospitalización, y todavía las posibilidades de restitución son dudosas. Una frase de este autor merecería ser recordada por todo hombre de gobierno: "para dominar la tuberculosis es necesario gastar más dinero hoy, a fin de ahorrarlo en los años venideros." Lo que se gasta en aparatos equivale a un capital colocado a altos intereses.

Es opinión mundialmente reconocida de que el Dispensario organizado en su manera clásica, es impotente para realizar diagnósticos precoces. Infinidad de citas bibliográficas podrían darse en este momento, en las que se vería que el porcentaje a

formas mínimas que se descubre en hospitales y dispensarios es exiguo, no llegando nunca a una proporción mayor del 10%.

Nosotros hemos ido todavía más lejos, en lo que se refiere a los requisitos exigidos para descubrir las lesiones que deben considerarse verdaderamente iniciales, pues insistimos en nuestra publicación que el verdadero diagnóstico precoz sólo será obtenido en los exámenes periódicos de las colectividades.

El resultado de esta investigación, no sólo demuestra las virtudes de un método, sino también los inconvenientes que habrá que salvar en lo sucesivo para superar la técnica, la manera como habrá que dirigir la propaganda y la educación del pueblo para obtener los mejores resultados, así como la necesidad y urgencia de contar con una legislación apropiada que complemente la labor del diagnóstico precoz.

Nuestra idea en el diagnóstico precoz es que, no sólo no puede realizarlo en el momento actual la institución dispensarial, sino que, el simple sondeo roentgenográfico no es capaz de encontrar formas incipientes en un gran número de casos, sino que para ello es necesario hacer exámenes repetidos, por lo menos anualmente.

Llegado el momento de resumir nuestro pensamiento, decimos que el diagnóstico precoz debe ser hecho a base del método roentgenográfico, que debe realizarse especialmente en la industria, en la enseñanza, en el ejército, por equipos portátiles, sin querer restar importancia a la labor que puedan prestar equipos fijos estratégicamente ubicados.

No es posible, según nuestra opinión, seguir esperando sentados en un consultorio médico, que se nos presente el portador de lesiones tuberculosas; esta vieja norma debe ser sustituida por la de lanzarse a la calle en busca del portador de lesiones que en su fase abierta debe ser considerado como un peligro social.

Cuanto más roentgenografías se hagan mejor; cuantas más sean las instituciones que practiquen este método, mejor; si hoy o mañana aparecen empresas particulares que ofrecen sus servicios para examinar colectividades que el Estado no puede hacer también mejor. Nada de esto llegará al desorden ni a la pérdida de energías, siempre que esta acción se halle avanzada y limitada por un plan único de profilaxis, que debe ser estructurado desde luego, por nuestra Lucha antituberculosa, que debe tener como condición fundamental la unificación en la acción y la concentración del material estudiado.

Creemos que ha llegado la hora de rendir cuentas sobre toda función pública que se ejerce; si no queremos caer en más responsabilidades que las que ya pesan sobre nosotros, debemos reunir, aunar opiniones, trazar un plan profiláctico de lucha antituberculosa de aplicación inmediata.

Si nos hacen falta recursos para cumplirlo, colaboremos todos en la tarea de obtenerlos; dejémonos de personalismos propios de los Estados decadentes y consideremos que en este momento estamos todos unidos para pertenecer a la comunidad de amigos de la ciencia y conservadores de la vida humana.

Los hombres de las democracias nos hemos caracterizado hasta ahora por plantear nuestros problemas con claridad meridiana, pero, sin embargo, en muchas ocasiones, no nos hemos lucido en las soluciones encontradas.

**LAS INVESTIGACIONES SISTEMÁTICAS.**—La vaguedad de síntomas que se acaban de señalar, y más aún la carencia de los mismos, obliga a tomar medidas de carácter general que conduzcan al descubrimiento de nuevos focos infecciosos. Es una labor de policía sanitaria. No se puede esperar a que el tuberculoso se presente espontáneamente en el dispensario; a veces es el primer sorprendido cuando se denuncia su enfermedad. Hay que despiertarlo de la masa de población que se supone sana. Porque estos enfermos que no guardan cama, que deambulan por calles y plazas, que acuden al trabajo, que frecuentan espectáculos públicos, etc., son los más peligrosos, los que van sembrando el bacilo por doquier y produciendo nuevas víctimas. Cuántas veces esos catarrosos crónicos que achacan su tos pertinaz al vicio de fumar son, en realidad, tuberculosos con lesiones estabilizadas, fibrosas, que apenas dan síntomas y no obstante, expulsan bacilos que contaminarán el pulmón virgen de su hijo o de su nieto! Es así como se produce la cadena de contagios. Y la manera de cortar o, por lo menos, de poner de manifiesto la causa, es la investigación en serie de grupos de población según sus actividades o simplemente por distritos. Se dice que éste es un método caro, molesto y ampuloso; pero hay que reconocer que es el único que permite descubrir la verdadera situación y proporción de los portadores de gérmenes. Por lo demás, estos inconvenien-



tes son inferiores, así sucede siempre que se trata de problemas sanitarios, a las ventajas que pueden reportar. Es caro, en efecto, formar un catastro radiológico de la población; pero ¿No es más cara la pérdida de tantos hombres jóvenes para el trabajo o tener que atenderlo, cuando están inactivos, en un sanatorio? Es molesto obligar al personal de fábricas y talleres a que se reconozcan, a que los estudiantes abandonen un día sus estudios para ir al dispensario; pero ¿No es más molesto tener que dejar el trabajo o los estudios por haber contraído la enfermedad? Es demasiado amplia la pretensión de reconocer a toda la población; pero ¿No es la tuberculosis una enfermedad social? ¿Cómo puede combatirse, si la propia colectividad no presta su concurso? Dentro de la doctrina sanitaria, habría que apelar a medios coercitivos para conseguir esta colaboración; pero, en realidad, es necesario, y suele bastar con una buena propaganda para que el público se preste gustosamente a estas experiencias.

Volviendo a nuestro medio, el consultorio del Sanatorio Nacional era atendido por un practicante, una enfermera graduada, una enfermera auxiliar y una secretaria encargada de hacer las fichas y llevar el archivo. Como dijimos anteriormente, este consultorio estaba destinado únicamente al control de los pacientes egresados del Sanatorio Nacional.

Actualmente, en El Salvador, la Lucha Antituberculosa cuenta con cuatro centros de encuesta Torácica, distribuidos de la manera siguiente: uno en Santa Ana, que comprende los departamentos de Santa Ana, Sonsonate y Ahuachapán; uno en San Salvador que comprende los departamentos de San Salvador, La Libertad, Chalatenango y Cuscatlán; uno en San Vicente para San Vicente, Cabañas y La Paz y uno en San Miguel para los departamentos restantes.

Cada uno de estos centros de encuesta torácica está dotado de una máquina roentgenfotográfica, de cuya importancia en toda lucha antituberculosa, hemos hablado ya ampliamente.

También se han establecido clínicas para diagnóstico y tratamientos ambulatorios, distribuidos así: tres en San Salvador y una en cada uno de los lugares siguientes: Santa Ana, Sonsonate, Santa Tecla, Zacatecoluca, San Vicente y San Miguel, a donde se remite toda persona que ha pasado por los Centros de Encuesta Torácica, para diagnóstico y posible tratamiento.

Estas clínicas son atendidas por un personal mínimo integrado por un médico fisiólogo, una enfermera graduada, una enfermera auxiliar y una secretaria.

Los pacientes que en estas clínicas se encuentran con lesiones sospechosas son sometidos a examen clínico y de laboratorio. Se dispone, para ello, de un laboratorio central, donde se practican exámenes de esputo y contenido gástrico. A cada paciente se le toma una muestra diaria durante cinco días. Esta muestra se homogeniza, se examina directamente y se siembra en medios de cultivo (4 tubos para cada muestra).

Los pacientes que resultan positivos a tuberculosis son sometidos a tratamiento (antibióticos o colapsoterapia). Al mismo tiempo se requiere en los contactos, los cuales son remitidos a los Centros de Encuesta Torácica para radiografía.

Los pacientes bajo tratamiento ambulatorio en estas clínicas, son sometidos a control fluoroscópico, de una manera periódica de acuerdo con las fechas de las insuflaciones (en los que están sometidos a colapsoterapia) y a examen radiográfico cada tres meses, tanto a estos como a los que reciben únicamente antibióticos.

Estas clínicas se encargan también, gracias a su función de colocación, de solicitar el ingreso, a los diversos centros asistenciales, de los enfermos que necesitan atención hospitalaria.

Con este objeto se dispone de camas para pacientes tuberculosos en diversos centros de la República. En el Sanatorio Nacional (exclusivo para esta clase de pacientes), hay actualmente 168 camas; 100 en Santa Ana; 10 en Sonsonate, 230 en el Hospital Rosales; 60 en San Vicente; 48 en San Miguel. Esto hace un total de 616 camas.

Actualmente está para terminarse en el Sanatorio Nacional un pabellón, donado por el filántropo don Walter T. Deininger, con capacidad para 46 camas. El gobierno tiene en construcción, en el mismo Sanatorio Nacional, otro pabellón con capacidad para 48 camas. Se ha adquirido también un terreno cerca de Soyapango e iniciado la construcción de varios pabellones con capacidad para 2000 camas. Este año se dispondrá de las primeras 300, y se espera completar en los dos próximos años.

El Club de Leones de Santa Ana también tiene en proyecto la construcción de un pabellón con capacidad para 60 camas.

Esto llevará en un futuro próximo, a 2204, el número de camas para pacientes tuberculosos en nuestro país.

Por lo que se ve, según las cifras anteriores, el número de camas está lejos de ser suficiente para cubrir las necesidades que actualmente tiene el país.

Aún tomando en cuenta las camas adicionales de que se dispondrá al terminarse las nuevas construcciones, se tendrá todavía necesidad de muchas más.

**VACUNACION ANTITUBERCULOSA.**—Lo más positivo en la profilaxis individual de toda enfermedad infecciosa, es, sin duda, la vacunación. Se comprende por esto que, a partir del descubrimiento del bacilo de Koch, todos los afanes se concentrasen en lograr este medio de inmunizar a la población sana. En el transcurso de medio siglo, numerosos investigadores han tratado de conseguirla mas solo la vacuna obtenida por Calmette y Guérin (B C G) ha sido aceptada, difundiéndose por todo el mundo, pese a las críticas adversas que tuvo en sus comienzos y al lamentable accidente de Lübeck, debido a un error en la preparación de la vacuna, lo que quedó perfectamente aclarado en el proceso judicial que originó este desgraciado suceso.

En España hace más de veinte años que se aplica esta vacuna. En los Institutos de Higiene y dispensarios antituberculosos han sido vacunadas muchas personas. La producción de la vacuna por el Instituto Nacional de Sanidad fué aumentando hasta el año de 1935, en que se hicieron 120 000 dosis. Sanitarios y fisiólogos españoles han seguido con gran interés estas observaciones, las que dieron lugar a numerosos trabajos.

Pero la experiencia resultaba larga y difícil. Con los años iba perdiéndose la pista de los vacunados. Los padres no se preocupaban de mantener relaciones con el servicio de vacunación. Cuando los chicos se hacían mayores, ignoraban en muchos casos el antecedente y se desatendían de la cuestión. Alguna vez se producía en una familia tuberculosa un hecho elocuente. Uno o dos de los hermanos habían sido vacunados; otros no lo habían sido. En estos el contagio era fatal; padecían la enfermedad y eran víctimas de ella; los vacunados manteníanse endémnes o sufrían leves trastornos. Iban registrándose casos y más casos favorables. Conociéndose desde 1916 las observaciones de Borrel sobre los negros senegaleses que participaron en aquella guerra europea. Quedó bien patente que la evolución tuberculosa en los adultos vírgenes a la infección era mucho más grave que en la población urbana de Francia. Abundaban las formas graves las neumonías caseosas, las caseificaciones de ganglios profundos, las ulceraciones de parénquima. Evolucionaban hacia la muerte en un tanto por ciento elevado y de una manera rápida.

Borrel señaló la ausencia de alergia en los soldados negros como la causa determinante. Las investigaciones sistemáticas en el Ejército francés probaron que un número bastante crecido de reclutas, especialmente los que procedían del campo, llegaban a sus cuarteles con una cutirreacción negativa. Es también un hecho positivo que en la mayor parte de estos nuevos soldados la cutirreacción vira en el curso de su servicio militar al contacto reiterado del bacilo de Koch.

E Bernard ha recogido las experiencias de Borrel y sus numerosas confirmaciones. El Instituto Sudafricano de Investigaciones Médicas observó que en los trabajadores indígenas de las minas de oro dos tercios reaccionaban positivamente a la tuberculina. El 7 por ciento de estos contraían, no obstante, en el primer año, la tuberculosis de evolución rápida y mortal. En los 12 millones de negros de Estados Unidos, los índices de mortalidad por tuberculosis son tres veces superiores a los de los blancos. Sin embargo las reacciones tuberculínicas en los niños de una y otra raza dan un porcentaje muy alto de positividad. Tales fenómenos inmunobiológicos informan de la inestabilidad de las defensas orgánicas frente a la tuberculosis y de la atención que merecen. Imponíase la revisión de los efectos de la vacuna de Calmette y su aplicación a los jóvenes y adultos que no reaccionaba positivamente a la tuberculina.

Aronson hizo una de las primeras investigaciones con 1500 indios vacunados, entre uno y veinte años, y otros 1500 no vacunados. El período de observación duró seis años. Sus resultados no pueden ser más elocuentes. En los no vacunados presentaronse 40 casos de tuberculosis evolutivas y 28 muertes. Las sucesivas experiencias de Borholm en Dinamarca, las aún más demostrativas de Hembeck en las enfermeras del hospital de Oslo verificados en el mismo ambiente y condiciones de trabajo, prueban de una manera concluyente cómo la enfermedad se presenta en un alto porcentaje en los no vacunados y en el primer año de trabajo, coincidiendo o, mejor, continuando a la primer infección. El efecto protector en los vacunados es indiscutible. Las observaciones de Bordwal en 250 casos vacunados son igualmente satisfactorias.

Después de la última guerra europea ha vuelto a plantearse la necesidad de intensificar la vacunación. Se convocó, a estos efectos, un Congreso Internacional de B. C. G. el cual se celebró en París en el mes de junio de 1948, estando representada España por los doctores Pérez Pardo, de la Escuela Nacional de Sanidad y Navarro Gutiérrez, del Patronato Nacional Antituberculoso. Al regreso de estos delegados se citó a todos los Jefes provinciales de Sanidad, tisiólogos, puericultores y veterinarios del Estado a una reunión en Madrid, en la que se dió cuenta de las deliberaciones del referido Congreso, acordándose seguir las directrices fijadas por éste aprobándose las siguientes conclusiones:

1a.—La vía de aplicación de la vacuna B. C. G. será de preferencia parenteral,

Después de presenciar las demostraciones efectuadas por los profesores Rosenthal, Birkaug, Weill-Halle, Negre y Bretay.

2a.—La tuberculina empleada por todos los que hayan de colaborar en la campaña nacional de vacunación tendrá una actividad semejante. La vacunación parenteral requiere un exquisito control previo y posterior mediante pruebas tuberculínicas, al objeto de obtener datos que sean comparables.

3a.—Los recién nacidos viables, hasta los quince días primeros, serán vacunados sin pruebas tuberculínicas previas.

4a.—Los niños mayores de quince días y hasta los catorce años serán probados con Pirquet con tuberculina pura; si esta primera prueba resultase negativa, se insistiría en un Mantoux al 1 por 1.000 y si también fuera negativa se procederá a la vacunación.

5a.—Los adolescentes y adultos serán probados previamente con Mantoux al 1 por 1.000 y al 1 por 100.

6a.—Pasadas seis semanas de la vacunación en los niños y ocho semanas en los adultos períodos en que se hallarán aislados de todo posible contagio, se probará eficiencia de la vacunación con una prueba de Mantoux. Si resultase negativa se repetirá la vacunación.

7a.—Cada año serán renovadas las pruebas alérgicas con una solución al 1 por mil, para sorprender el momento propicio para las revacunaciones.

8a.—Todos cuantos colaboren en esta campaña usarán la vacuna expedida por la Escuela Nacional de Sanidad o las que se preparen bajo su control.

9a.—Dada la gravedad de la primoinfección del adulto, la profilaxis se extenderá a todos los que estén vírgenes de tuberculosis, sin distinción de edades.

10a.—Las fichas empleadas corresponderán a un solo modelo.

11a.—Las fichas se remitirán a las Jefaturas Provinciales de Sanidad, que a su vez, las enviarán al Organismo Central.

12a.—Teniendo en cuenta la escasa vitalidad del B. C. G., la vacuna se remitirá al sitio de aplicación.

13a.—La campaña se iniciará por los Dispensarios Oficiales donde se organizarán cursillos para la enseñanza de las técnicas adecuadas.

14a.—Por la Inspección General de Veterinaria se organizará la vacunación de los bóvidos con B. C. G.

15a.—Para las necesidades de las regiones alejadas, donde no existan Centros adecuados se preparan lotes de vacuna desecada.

16a.—La vacuna estará a disposición de los Dispensarios oficiales,

En lo que respecta a los lugares de aplicación de la vacunación, consideramos en principio inadecuado que ésta se haga en los dispensarios antituberculosos, tal y como funcionan en la actualidad. El trabajo abrumador que pesa sobre estos Centros, lo difícil que resulta evitar la promiscuidad en salas de espera de enfermos y sanos, punto fundamental en esta cuestión; la separación absoluta con el resto de los servicios, así como la designación de personal con este exclusivo objeto, aconsejan que la vacunación se haga, como ha dicho acertadamente un actor francés, "de espaldas al Dispensario".

En El Salvador, la campaña de vacunación con B. C. G. fué iniciada el 3 de septiembre de 1951. Las Unidades Sanitarias ubicadas en lo capital y en distintos departamentos fueron encargadas de verificar las vacunaciones. También se visitaron escuelas públicas y colegios particulares con ese objeto.

A todo paciente se sometió primero a una prueba con la tuberculina (5 unidades de P. P. D), investigando alergia.

De esta manera se llevaron a cabo 224 176 pruebas, de las cuales no se leyeron 28 860 (12.9%), debido a que estas personas no acudieron de nuevo después de practicada la inoculación. Así, pues, fueron leídas 195,316 (87.1%). De estas últimas, resultaron positivas 77 118 (39.5%) y fueron negativas 118.198 (60.5%).

De los pacientes que resultaron negativos se vacunaron 116 082 (98.2%), mientras que no concurrieron a su vacunación 2.116 pacientes (1.8%),

La vacuna empleada es fabricada en México, bajo el control de la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.),

Para terminar este pequeño trabajo, hagamos el estudio de un grupo de 99 pacientes de ambos sexos y de diferentes grupos de edad, que ingresaron al Consultorio Externo, durante los años de 1949, 1950 y 1951.

A continuación se darán los datos, tanto clínicos como radiológicos, con que ingresaron al Sanatorio Nacional, al Consultorio Externo, así como el estatus clínico y radiológico que presentaban la última vez que fueron controlados en dicho Consultorio.

De esta manera, cada enfermo presentará, por lo menos, tres radiografías.

Por último se encuentran dos pequeños cuadros que determinan el estado clínico predominante de los enfermos que ingresaron al Consultorio, así como el comportamiento de sus lesiones durante el lapso que permanecieron bajo su control.

## PACIENTES (HOMBRES) QUE COMENZARON SU TRATAMIENTO EN EL CONSULTORIO DURANTE EL AÑO 1949 Y CUYA EDAD ESTA COMPRENDIDA ENTRE 1 Y 14 AÑOS

1 — J. M. A. A. — Radiografía No. 1 (17 enero 47) Hay infiltración mixta de la base izquierda con cavidad de  $4\frac{1}{2}$  centímetros de diámetro. Hay también infiltración exudativa de la base derecha. Muy avanzada. Síntomas funcionales: fiebre, enflaquecimiento y tos. Examen de esputo positivo por el método directo; peso 50 lbs.; E. S. 13-60. Radiografía No. 2 (13 marzo 49). Hay pneumotórax izquierdo de un 50%, libre, borramiento del ángulo costo-frénico, sin líquido. No hay evidencia de cavidad ni de lesiones en el muñón colapsado. Base derecha limpia. Activo mejorado. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 76 lbs.; E. S. 5-60, síntomas funcionales, ausentes.

Radiografía No. 3 (17 abril 50) Hay pneumotórax izquierdo como de un 40%, sin líquido. Lado derecho aparentemente sano. No hay evidencia de lesiones activas. Quieto. Síntomas funcionales ausentes. Trece contenidos gástricos negativos. Peso 94 lbs, E. S. 5 60.

Estancia en el Sanatorio Nacional: 26 meses,  
Asistencia al Consultorio: 13 meses.

2 — R. R. A. — Radiografía No 1 (19 julio 48) Hay opacidad de casi todo el hemitórax derecho por derrame pleural, con infiltración mixta, moderadamente avanzada, del parenquima pulmonar. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso  $38\frac{1}{2}$  lbs. E. S. 12 60; síntomas funcionales: fiebre, enflaquecimiento y tos.

Radiografía No 2 (26 junio 49) Hay fibrosis a nivel de los 1º y 2º espacios intercostales anteriores derechos. El exudado pleural se ha reabsorbido totalmente, quedando engrosamiento pleural y borramiento del ángulo costo-frénico derecho. Activo mejorado. Dos exámenes de esputo negativos por el método de homogenización; peso  $45\frac{1}{2}$  lbs E, S. 7-60. Síntomas funcionales ausentes.

Radiografía No 3 (18 septiembre 49) Hay persistencia de la fibrosis a nivel del 2º espacio intercostal anterior derecho y apareamiento de un brote exudativo de la base del mismo lado e infiltración mixta y probablemente cavitada de la base izquierda. Reactivada. Cuatro exámenes del contenido gástrico negativos; peso 42 lbs.; E. S, 13-60, Síntomas funcionales: fiebre, enflaquecimiento y tos. Activo empeorado.

Permanencia en el Sanatorio Nacional: 11 meses.  
Asistencia al Consultorio: 3 meses.

3 — C. R. L. — Radiografía No 1 (19 noviembre 48) Hay infiltración mixta a nivel de los dos primeros espacios intercostales anteriores derechos y gran engrosamiento de la región parahiliar inferior del mismo lado. Mínima. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 45 lbs, E. S. 14-60. Síntomas funcionales: enflaquecimiento y tos.

Radiografía No 2 (15 marzo 49) Hay considerable reducción de la infiltración del lóbulo superior derecho, con disminución de las adenopatías traqueo-bronquiales del mismo lado. Quieto. Cinco exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 50 lbs.; E. S. 7-60, Síntomas funcionales; ausentes.

Radiografía No 3 (19 septiembre 49) Hay fibrosis a nivel de los 1º y 2º espacio intercostales anteriores derechos, con engrosamiento de la región parahiliar inferior derecha. Quieta. Un examen del contenido gástrico negativo. Peso 44 lbs.

Permanencia en el Sanatorio Nacional: 4 meses.  
Asistencia al Consultorio: 7 meses.

4 — C. A. R. C. — Radiografía No. 1 (11 junio 49) Hay infiltración exudativa, mínima, a nivel de los 1º y 2º espacios intercostales anteriores izquierdos. Examen del contenido gástrico positivo. Peso 28 lbs. E. S. 13 60. Síntomas funcionales: fiebre, enflequecimiento y tos.

Radiografía No. 2 (4 septiembre 49) Hay reabsorción completa del infiltrado exudativo a nivel de los 1º y 2º espacios intercostales derechos. Curado. Dos exámenes del contenido gástrico negativos. Peso 32½ lbs; E. S. 10 60. Síntomas funcionales ausentes. Ap. detenido.

Permanencia en el Sanatorio: 3 meses.  
Asistencia al Consultorio: 7 meses.

Este paciente permaneció negativo a lesiones pulmonares durante toda su asistencia al consultorio. Ap. detenido.

### PACIENTES (HOMBRES) QUE INGRESARON AL CONSULTORIO EXTERNO DURANTE EL AÑO DE 1949 Y CUYA EDAD ESTABA COMPRENDIDA ENTRE 15 Y 44 AÑOS

1 — F. A. A. — Radiografía No. 1 (27 - junio de 48) Hay infiltración mixta cavidad del lóbulo superior derecho, moderadamente avanzada. Examen del contenido gástrico positivo. Peso 1 1½ lbs.; E. S. 17 60. Síntomas funcionales: tos, enflequecimiento, fiebre y hemoptisis.

Radiografía No. 2 (19 - febrero 49) Hay pneumotórax de un 50%, libre, con líquido a nivel del ángulo costo-diafragmático. Lesiones estabilizadas. Cuatro exámenes del contenido gástrico negativos. Peso 108½ lbs. E. S. 9 60. Síntomas funcionales ausentes. Quieto.

Radiografía No. 3 (21 - septiembre 49) Hay pneumotórax derecho de un 50%, libre, con líquido a nivel del ángulo costo-diafragmático. No se aprecian lesiones activas al presente. Veinte exámenes del contenido gástrico negativos. Peso 108 lbs, E. S. 9 60. Síntomas funcionales ausentes. Quieto.

Permanencia en el sanatorio: 6 meses.  
Asistencia al Consultorio: 7 meses.

2 — J. A. R. Q. Radiografía No. 1 (4 - abril 49) Hay infiltración mixta del lóbulo superior izquierdo, con cavidad de 2½ centímetros de diámetro. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 77 lbs. E. S. 20 60. Síntomas funcionales: hemoptisis.

Radiografía No. 2 (13 - agosto 49) Hay pneumotórax izquierdo, libre, de un 40% sin líquido. En el muñón colapsado todavía se aprecia imagen de desintegración de tejidos. Activo mejorado. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 110 lbs. E. S. 11 60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (6 octubre 49) Negativa a lesiones pleuro-pulmonares. Peso 115½ lbs. Síntomas funcionales ausentes. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 4 meses.  
Asistencia al Consultorio: 2 meses.

3 — J. A. P. A. — Radiografía No. 1 (9 septiembre 48) Hay infiltración mixta, cavitada, de todos los campos pulmonares derechos. Hay mínima infiltración exudativa de los 1º y 2º espacios intercostales anteriores izquierdos. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 102½ lbs. E. S. 27-60. Síntomas funcionales: tos, enflequecimiento, fiebre y hemoptisis.

Radiografía No. 2 (3 abril 49) Hay gran retracción del hemitórax derecho, con engrosamiento pleural marcado, hidropneumotórax con colapso de 40% y nivel líquido a la altura de la 6ª apófisis transversa. Hay infiltración mixta, mínima de los 1º. y 2º. espacios intercostales anteriores izquierdos. Cinco exámenes del contenido gástrico negativos. Peso 126 lbs, E. S.; 16-60. Síntomas funcionales: tos. Activo mejorado.

Radiografía No. 3 (16 noviembre 49) Hay gran retracción del hemitorax derecho con engrosamiento pleural marcado. Hay elevación del hemidiafragma y atracción del

mediastino hacia este lado. No hay evidencia de lesiones activas derechas. Persiste la infiltración mínima, mixta, del 2o. espacio intercostal anterior izquierdo. Activa mejorada. Catorce exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 113 lbs. E. S. 12-60. Síntomas funcionales: tos.

Permanencia en el Sanatorio: 7 meses,  
Asistencia al Consultorio: 7 meses.

4 — E. Ch. Y. — Radiografía No. 1 (8 diciembre 48) Hay infiltración mixta, mínima, a nivel del 2o. espacio intercostal anterior izquierdo, engrosamiento pleural con borramiento del ángulo costo-frénico derecho por derrame pleural, con mínima infiltración del 4o. espacio anterior derecho. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 123½ lbs. E. S. 12-60. Síntomas funcionales: fiebre, tos y enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (25 mayo 49) Hay empeoramiento de las lesiones pulmonares, especialmente a la derecha, en donde, sin embargo, el exudado pleural se ha reabsorbido. Siete exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 140 lbs. E. S. 21-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento y hemoptisis. Act. empeorado.

Radiografía No. 3 (27 agosto 49) Lesiones pulmonares más avanzadas aún, con apareamiento de desintegración de tejido en el lóbulo superior derecho. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 136 lbs. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre. Act. empeorado.

Permanencia en el Sanatorio: 5 meses.

Asistencia al Consultorio: 2 meses.

5 - Y. P. M. - Radiografía No 1 - (19 abril 49). Hay infiltración mixta, predominante exudativa del lóbulo superior izquierdo, con caverna como de 2 centímetros de diámetro, moderadamente avanzado. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 113 lbs, E.S. 15 60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento y hemoptisis.

Radiografía No 2- (19-noviembre 49)- Hay pneumotórax izquierdo como de 40%, libre, sin líquido. Activo mejorado. Síntomas funcionales: ausentes. Cinco exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 122 lbs. E.S. 5 60. Radiografía No 3 (8-enero 50)- Hay infiltración mixta, moderadamente avanzada del pulmón izquierdo, con cavidad como de 3 centímetros de diámetro. Reactivada. Act. Empeorado. Permanencia en el Sanatorio: 7 meses.

Asistencia al Consultorio: 2 meses.

6 - R. A. A. - Radiografía No 1 - (24-mayo 49) Hay infiltración mixta, mínima, a nivel del 2o espacio intercostal anterior derecho, con cavidad como de 1 centímetro de diámetro. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 114 lbs. E.S. 8 60. Síntomas funcionales: enflaquecimiento y fiebre,

Radiografía No 2-(19-noviembre 49)- Hay pneumotórax derecho como de 40%, libre, con líquido en el ángulo costo-frénico. Activo mejorado. Siete exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 130½ lbs. E.S. 3 60 Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No 3 (27-abril 50)- Hay pneumotórax derecho como de 60%, libre, sin líquido. En el muñón colapsado no se aprecian lesiones activas. Quieto. Tres exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 132 lbs. E.S. 4 60, Síntomas funcionales ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 6 meses,

Asistencia al Consultorio: 5 meses,

7 — R. H. V. - Radiografía No. 1 (29 septiembre 48) Hay infiltración mixta de ambos lóbulos superiores, probablemente poco activa. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización, Peso 108 lbs, E. S. 9-60, Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento y fiebre.

Radiografía No 2 (13 abril 49) Hay infiltración fibro-calcárea de ambos lóbulos superiores. Activo mejorado. Cuatro exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 117½ lbs. E. S. 4-60. Síntomas funcionales: ausentes.



Radiografía No 3 (19 diciembre 49) Hay infiltración fibro-calcárea de ambos lóbulos superiores. Las lesiones no han variado (inactivas). E. S. 4-60. Síntomas funcionales: ausentes. Quieto

Permanencia en el Sanatorio: 7 meses.  
Asistencia al Consultorio: 8 meses.

8 — L. D. V. P — Radiografía No 1 (16 diciembre 48) Hay infiltración mixta, moderadamente avanzada, cavitada, de todo el lóbulo superior derecho. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 141½ lbs. E. S. 18-60 Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre y hemoptisis.

Radiografía No. 2 (20 julio 49) Hay pneumotórax derecho como de un 50% adherido al primer espacio y segundo arco costal anteriores, con borramiento del ángulo costo-frénico, sin líquido. Activo mejorado. Siete exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 170½ lbs. E. S. 12-60 Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (11 noviembre 49) Hay pneumotórax como de 40%, superior con adherencia al primer espacio y segunda costilla. No hay líquido. No se aprecian lesiones activas. Dos exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 172 lbs. E. S. 4-60. Quieto. Síntomas funcionales ausentes. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 7 meses.  
Asistencia al Consultorio: 4 meses.

9 — V. M. A. R — Radiografía No. 1 (26 noviembre 48) Hay infiltración mixta, probablemente cavitada del lóbulo superior izquierdo, ligera retracción del hemitórax derecho, con borramiento del ángulo costo-frénico. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 132½ lbs. E. S. 10-60. Síntomas funcionales: fiebre, enflaquecimiento y tos.

Radiografía No. 2 (2 junio 49) Hay pneumotórax izquierdo como de 40%, adherido a la primera costilla sin líquido. Activo mejorado. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 148 lbs. E. S. 5-60. Síntomas funcionales ausentes.

Radiografía No 3 (21 septiembre 49) Hay pneumotórax izquierdo como de 50%, adherido a la primera costilla, borramiento del ángulo costo-frénico, sin líquido. Hay infiltración mixta, cavitada, del lóbulo superior derecho y borramiento del ángulo costo-frénico del mismo lado. Activo mejorado. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 127 lbs. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento y hemoptisis.

Permanencia en el Sanatorio: 7 meses.  
Asistencia al Consultorio, 3 meses.

### PACIENTES QUE INGRESARON AL CONSULTORIO EXTERNO DURANTE EL AÑO DE 1949 Y CUYA EDAD ERA MAYOR DE 45 AÑOS

1 — M. M. M. — Radiografía No 1 (16 agosto 48) Hay infiltración mixta de todo el lóbulo superior derecho, con engrosamiento pleural, deformidad del diafragma y borramiento del ángulo costo-frénico. Hay mínima infiltración exudativa a nivel del primer espacio intercostal anterior izquierdo. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 109 lbs. E. S. 25-60. Síntomas funcionales: tos y enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (15 septiembre 49) Hay elevación marcada del hemidiafragma derecho (post-operatorio) hasta la séptima apófisis transversal, con aparente estabilización de las lesiones que se han reducido considerablemente. La infiltración del primer espacio ha desaparecido. Activo mejorado. Diez exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 133 lbs. E. S. 15-60. Síntomas funcionales ausentes.

Radiografía No. 3 (11 febrero 50) No se observan cambios comparando con la radiografía anterior. E. S. 13-60. Quieto. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 13 meses,  
Asistencia al Consultorio: 5 meses.

2 — C. M. R. — Radiografía No. 1 (7 septiembre 48) Hay infiltración mixta del lóbulo superior derecho, posiblemente cavitada. Hay una gran calcificación a nivel del quinto arco costal anterior. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 108 lbs. E. S. 13-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento y fiebre.

Radiografía No. 2 (10. junio 49) Hay fibrosis del vértice derecho. Siempre se aprecia la calcificación en el quinto arco anterior derecho. Activo mejorado. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 124 lbs. E. S. 6-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (17 agosto 49) Hay infiltración mixta posiblemente cavitada a nivel del vértice derecho, recrudescimiento de las lesiones. Empeorado. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 114 lbs. Síntomas funcionales: enflaquecimiento y tos. E. S. 9-60.

Permanencia en el Sanatorio: 9 meses.  
Asistencia al Consultorio: 2 meses.

### ENFERMOS QUE INGRESARON AL CONSULTORIO EXTERNO DURANTE EL AÑO DE 1950 Y CUYA EDAD ESTABA COMPRENDIDA ENTRE 1 Y 14 AÑOS

1 — R. R. M. — Radiografía No. 1 (19 junio 50) Hay infiltración mínima parahiliar inferior derecha. Examen de contenido gástrico positivo. Peso 32 lbs. E. S. 11 60. Síntomas funcionales: tos y enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (6 septiembre 50) Hay disminución franca de las lesiones previamente descritas. Activo mejorado. Examen de contenido gástrico negativo. Peso 42 lbs. E. S. 7-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (19 febrero 51) Comparando con la radiografía anterior, no hay evidencia de lesiones pleuro-pulmonares al presente. Síntomas funcionales: ausentes. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 3 meses.  
Asistencia al Consultorio: 6 meses.

2 — O. A. C. — Radiografía No 1 (3 diciembre 49) Hay infiltración mixta de todos los campos pulmonares, con cavidad de 2 centímetros de diámetro en el vértice izquierdo. Avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 64 lbs. E. S. 32-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre y hemoptisis.

Radiografía No. 2 (7 septiembre 50). Hay pequeño pneumotórax izquierdo, inferior, sin líquido. Las lesiones pulmonares están notablemente mejoradas. No se aprecia cavidad. Quieto. Siete exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 75 lbs. E. S. 12 60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (11 febrero 51) Ya no hay pneumotórax izquierdo. Las lesiones derechas están notablemente mejoradas. En el pulmón izquierdo se observa un brote exudativo a nivel de los segundo y tercer espacios intercostales anteriores. Activa. emp. Nueve exámenes de esputo negativos por el método de homogenización, Peso 94 lbs. E. S. 18-60. Síntomas funcionales: tos.

Permanencia en el Sanatorio: 9 meses.  
Asistencia al Consultorio: 4 meses.

3 — J. A. P. G. — Radiografía No. 1 (21 noviembre 49) Hay infiltración mixta de los 1o y 2o espacios intercostales anteriores derechos, con adenopatías traqueo-bronquicas derechas. Moderadamente avanzada. Examen de contenido gástrico positivo. Peso 28 lbs. E. S. 27-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No 2 (21 marzo 50) Hay adenopatía traqueo-bronquica y fibrosis del segundo espacio anterior derecho. Activo mejorado. Once exámenes de contenido gástrico negativos. E. S. 16-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (18 septiembre 50) Las adenopatías han disminuido, persistiendo invariable la fibrosis del segundo espacio intercostal anterior derecho. Quieto. Quince exámenes de contenido gástrico negativos, Peso 49 lbs, E. S. 13-60, Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 4 meses.  
Asistencia al Consultorio: 6 meses.

### PACIENTES QUE INGRESARON AL CONSULTORIO EXTERNO DURANTE EL AÑO 1950 Y CUYA EDAD ESTABA COMPREDIDA ENTRE 15 Y 44 AÑOS

1 — J. A. M. H. — Radiografía No. 1 (22 diciembre 49) Hay infiltración mixta, moderadamente avanzada del lóbulo superior derecho, con varias cavernas; la mayor de 3 y medio centímetros de diámetro. Hay mínima infiltración a nivel de los 1o y 2o, espacios intercostales anteriores izquierdos. Muy avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 113½ lbs. E. S. 32-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento y hemoptisis,

Radiografía No. 2 (16 julio 50) Hay retracción del hemitorax derecho con gran engrosamiento pleural. Pneumotórax derecho de un 50% sin que se aprecien lesiones activas. Persistencia de las lesiones izquierdas. Activo mejorado. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 141 lbs E. S. 17-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (19 enero 51) Hay retracción del hemitorax derecho con engrosamiento pleural, borramiento del ángulo costo-frénico y elevación del diafragma deformado. Pneumotórax residual, apical, de un 10%. Fibrosis del primer espacio intercostal anterior izquierdo. No se aprecian lesiones activas al presente. Activo mejorado. Veintiocho exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 140 lbs. E. S. 14-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 8 meses.  
Asistencia al Consultorio: 6 meses.

2 — A. C. G. — Radiografía No. 1 (20 mayo 50) Hay infiltración exudativa, moderadamente avanzada, de los dos tercios inferiores del pulmón izquierdo. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 84 lbs. E. S. 8-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (12 noviembre 50) Hay fibrosis en el tercer espacio intercostal anterior izquierdo. Activo mejorado. Examen de contenido gástrico negativo. Peso 88 lbs. E. S. 5-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (17 febrero 51) No se observan cambios comparando con la radiografía anterior. Síntomas funcionales: ausentes. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 6 meses.  
Asistencia al Consultorio: 4 meses.

3 — J. A. L. P. — Radiografía No. 1 (9 mayo 50) Hay infiltración mixta, con pequeña cavidad del lóbulo superior izquierdo. Moderadamente avanzada. Hay deformación con elevación del hemidiafragma izquierdo y borramiento del ángulo costo-frénico del mismo lado. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 102½ lbs. E. S. 16-60. Síntomas funcionales: fiebre, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (26 septiembre 50) Hay lesiones fibrosas del vértice izquierdo. Activo mejorado. Cuatro exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 113 lbs. E. S. 8-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (28 enero 51) No se observan cambios comparando con la radiografía anterior. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 4 meses.  
Asistencia al Consultorio: 5 meses.

4 — M. C. H. S. — Radiografía No. 1 (19 diciembre 49) Hay infiltración diseminada de todo el campo pulmonar izquierdo, con cavidad de 2 centímetros de diámetro entre los 1o. y 2o. espacios anteriores izquierdos. Hay infiltración exudativa mínima de los 1o. y 2o. espacios anteriores derechos. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 102 lbs. E. S. 7-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (18 septiembre 50) Hay pneumotórax izquierdo de un 50%, con pequeña cantidad de líquido bajo la cúpula diafragmática. Infiltración mínima, mixta de los 1o. y 2o. espacios intercostales anteriores derechos. Activo mejorado. Cinco exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 120 lbs. E. S. 6-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (22 marzo 51) Hay pneumotórax izquierdo de un 50%, con borramiento del ángulo costo-frénico, ni lesiones activas. Fibrosis del primer espacio intercostal anterior derecho. Quieto. Veintisiete exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 121 lbs. E. S. 5-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 9 meses.  
Asistencia al Consultorio: 6 meses.

5 — J. A. Z. C. — Radiografía No. 1 (11 diciembre 48) Hay infiltración mixta, cavidad de ambos lóbulos superiores, moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 100 lbs. E. S. 15-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

Radiografía No. 2 (9 septiembre 50) Hay mínima infiltración fibrosa de ambos vértices. Activo mejorado. Nueve exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 136 lbs. E. S. 12-60. Síntomas funcionales, tos.

Radiografía No. 3 (17 febrero 51) Persiste la fibrosis de ambos vértices e infiltración exudativa en ambos segundos espacios intercostales anteriores. Activo empeorado. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 108½ lbs. E. S. 13 60. Síntomas funcionales: tos, fiebre.

Permanencia en el Sanatorio: 10 meses.  
Asistencia al Consultorio: 4 meses.

6 — A. B. V. — Radiografía No. 1 (2 enero 50) Hay infiltración mixta, predominantemente exudativa, del lóbulo superior derecho, con cavidades la mayor de 2 centímetros de diámetro. Infiltración de los 1o. y 2o. espacios intercostales anteriores izquierdos. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 110 lbs. E. S. 15-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (14 octubre 50) Hay pneumotórax derecho, residual, de un 40% superior, con engrosamiento pleural, borramiento del ángulo costo-frénico, sin líquido. Infiltración mixta de los 1o. y 2o. espacios intercostales anteriores izquierdos disminuida. Activo mejorado. Doce exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 124 lbs, E. S. 12-60. Síntomas funcionales, tos.

Radiografía No. 3 (12 marzo 51) Hay ligera retracción del hemitórax derecho, con gran engrosamiento pleural. Hay cavidad de 3 centímetros de diámetro en el lóbulo superior. Hay infiltración mixta, con cavidad de 2½ centímetros de diámetro a nivel del 1er. espacio intercostal anterior izquierdo. Empeorada. Pneumoperitóneo con elevación de ambos hemidiafragmas entre 10a. y 11a. apófisis transversas. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 118 lbs. E. S. 17-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento.

Permanencia en el Sanatorio: 5 meses.  
Asistencia al Consultorio: 14 meses.

7 — S. B. S. — Radiografía No. 1 (19 septiembre 49) Hay infiltración mixta, cavidad de todos los campos pulmonares, avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo, Peso 104 lbs. E. S. 27-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (5 enero 50) Hay considerable mejoría de las lesiones de ambos lados, sin apreciarse desintegración de tejidos. Activo mejorado. Pneumoperitóneo con elevación de ambos hemidiafragmas, especialmente a la derecha. Cinco exámenes negativos por el método de homogenización. Peso 132 lbs. E. S. 20-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (9 junio 50) Hay mejoría comparada con radiografía anterior E. S. 19 60 Activo mejorado.

Permanencia en el Sanatorio: 16 meses.  
Asistencia al Consultorio: 5 meses.

8 — A. V. P. — Radiografía No. 1 (18 noviembre 48) Hay infiltración mixta, cavitada, del lóbulo superior izquierdo. Hay mínima infiltración del vértice derecho, moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 98 lbs. E. S. 9-60 Síntomas funcionales: tos, fiebre.

Radiografía No. 2 (1 junio 50) Hay pequeño pneumotórax, residual, inferior, izquierdo, con borramiento del ángulo costo-frénico, sin líquido. Hay considerable disminución de las lesiones bilaterales, sin apreciarse desintegración de tejidos. Dos exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Activo mejorado. Peso 117 lbs. E. S. 7-60 Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (25 julio 51) Hay gran elevación del hemidiafragma izquierdo (post operatorio), con aparente estabilización de las lesiones bilaterales. Treinta exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Quieto. E. S. 5-60 Peso 112 lbs. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 19 meses.  
Asistencia al Consultorio: 13 meses

9 — M. Z. U. — Radiografía No. 1 (7 abril 49) Hay infiltración exudativa de la base izquierda, moderadamente avanzada y fibrosis del 2o. espacio intercostal anterior derecho. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 115 lbs. E. S. 7-60. Síntomas funcionales: enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (22 marzo 50) Hay desaparición completa de la infiltración de la base izquierda. Curado. Dos exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 113 lbs. E. S. 5-60 Síntomas funcionales: ausentes. Ap. detenido.

Radiografía No. 3 (17 octubre 50) Negativos a lesiones pulmonares. Ap. detenido.  
Permanencia en el Sanatorio: 12 meses.  
Asistencia al Consultorio: 7 meses.

10 — J. J. C. A. — Radiografía No. 1 (26 octubre 49) Hay opacidad de la mitad inferior del hemitórax izquierdo debido a derrame pleural. Hay infiltración mixta de los tres primeros espacios anteriores del mismo lado. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 105 lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (8 abril 50) Hay reabsorción completa del derrame pleural izquierdo. Activo mejorado. Cinco exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 113 lbs. E. S. 7-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (4 diciembre 50) Persiste infiltración mixta a nivel del 2o. espacio intercostal anterior izquierdo. E. S. 5-60. Síntomas funcionales: ausentes. Activo mejorado.

Radiografía No. 4 (29 abril 51) Negativa a lesiones pulmonares.  
Permanencia en el Sanatorio: 6 meses.  
Asistencia al Consultorio: 8 meses.

11 — J. S. R. G. — Radiografía No. 1 (17 enero 50) Hay infiltración mixta, cavitada, del lóbulo superior izquierdo, moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 102½ lbs. E. S. 8-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (14 octubre 50) Hay pneumotórax izquierdo de un 50%, libre, con elevación del hemidiafragma y borramiento del ángulo costo-frénico, sin líquido. Quieto. Dos exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 136½ lbs. E. S. 6-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (2 abril 51) Hay pneumotórax superior, residual, de 15%. No hay líquido ni evidencia de lesiones activas al presente. Quieto. Cuatro exámenes de esputo negativos por el método de homogenización, Peso 123½ lbs. E. S. 4-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 9 meses.  
Asistencia al Consultorio: 6 meses.

12 — F. F. A. — Radiografía No. 1 (3 octubre 49) Hay opacidad de la mitad inferior del hemitórax derecho por exudado pleural, con infiltración exudativa a nivel de los 1o. y 2o. espacios intercostales anteriores derechos. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 118 lbs. E. S. 18-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (6 marzo 50) Hay reabsorción total del exudado pleural, quedando engrosamiento pleural y borramiento del ángulo costo-frénico. Reabsorción del exudado descrito anteriormente. Activo mejorado. Cuatro exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 127 lbs. E. S. 13-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (1 noviembre 50) No hay cambios comparando con la radiografía anterior. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 5 meses.  
Asistencia al Consultorio: 8 meses.

13 — A. L. P. — Radiografía No. 1 (10 septiembre 48) Hay infiltración mixta de todos los campos pulmonares, con cavidad de 5 centímetros de diámetro en el lóbulo superior derecho, avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 90 lbs. E. S. 32-60 Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre, hemoptisis

Radiografía No. 2 (4 diciembre 50) Hay fibrosis del vértice y primer espacio intercostal anterior derecho. Mínima fibrosis del vértice izquierdo. Siete exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 109 lbs. E. S. 17-60. Síntomas funcionales: tos. Activo mejorado.

Radiografía No. 3 (24 noviembre 51) Hay fibrosis de los 1o. y 2o. espacios intercostales anteriores de ambos lados. Borramiento del ángulo costo-frénico derecho. No hay evidencia de lesiones activas. Quieto. Cuatro exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 112 lbs. E. S. 4 60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 27 meses.  
Asistencia al Consultorio: 9 meses.

14 — C. R. P. — Radiografía No. 1 (10 diciembre 49) Hay infiltración mixta, cavitada, de todo el lóbulo superior izquierdo. Infiltración exudativa mínima en los 1o. y 2o. espacios intercostales anteriores derechos. Moderadamente avanzada. Hay dos costillas cervicales supernumerarias. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 105 lbs. E. S. 17-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

Radiografía No. 2 (8 junio 50) Hay pneumotórax izquierdo como de 40%, adherido por el vértice a la primera costilla con pequeño nivel líquido en el ángulo costo-frénico. En el muñón colapsado se observa cavidad deformada con diámetro de 3 centímetros. Activo mejorado. Dos exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 107 lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (4 julio 51) Hay pneumotórax izquierdo como de 30%, adherido por el vértice a la primera costilla. Nivel líquido en el ángulo costo-frénico. En el muñón colapsado no se observa cavidad. Hay una infiltración mixta en el primer espacio intercostal anterior derecho. Activo mejorado. E. S. 9 60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 4 (12 diciembre 51) Abandono del pneumotórax. Hay reexpansión del pulmón derecho. Fibrosis de ambos vértices y del primer espacio intercostal anterior derecho. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 2 meses.  
Asistencia al Consultorio: 11 meses.

#### PACIENTES QUE INGRESARON AL CONSULTORIO EXTERNO DURANTE EL AÑO DE 1950 Y CUYA EDAD ERA MAYOR DE 45 AÑOS

1 — J. A. C. — Radiografía No. 1 (6 diciembre 49) Hay infiltración mixta, bilateral, moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 101 lbs. E. S. 11-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (17 agosto 50) Hay colapso derecho adherido a la primera costilla, de un 50%, sin líquido. Lesiones estabilizadas. La infiltración del vértice izquierdo ha disminuido. Dos exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 107 lbs. E. S. 7-60. Síntomas funcionales: ausentes. Quieto.

Radiografía No. 3 (6 diciembre 50) Negativa a lesiones pulmonares al presente. Ap. detenido.

Permanencia en el Sanatorio: 8 meses.

Asistencia al Consultorio: 5 meses.

### PACIENTES QUE INGRESARON AL CONSULTORIO EXTERNO DURANTE EL AÑO DE 1951 Y CUYA EDAD ESTABA COMPREDIDA ENTRE 1 Y 14 AÑOS

1 — J. L. M. — Radiografía No. 1 (9 mayo 51) Hay infiltración mínima, mixta en el tercer espacio intercostal anterior izquierdo. Hay gran engrosamiento hilar derecho. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 53 lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

Radiografía No. 2 (26 septiembre 51) Hay fibrosis del tercer espacio anterior izquierdo. Hay calcificaciones a nivel del hilo derecho. Activo mejorado. Seis exámenes de esputo negativos por el método directo. Peso 59½ lbs. E. S. 13-60. Síntomas funcionales: tos. Activo mejorado.

Radiografía No. 3 (20 diciembre 51) Hay mínima fibrosis a nivel del tercer espacio intercostal anterior izquierdo. Quieto. Siete exámenes de contenido gástrico negativos por el método directo. Peso 59 lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 4 meses.

Asistencia al Consultorio: 5 meses.

2 — C. A. F. M. — Radiografía No. 1 (9 junio 50) Hay infiltración mixta en la región paracardíaca derecha. Hay ligero engrosamiento pleural con borramiento del ángulo costo-frénico del mismo lado. Mínima. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 58 lbs. E. S. 17-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 2 (11 abril 51) Negativa a lesiones pulmonares Ap. detenido.

Radiografía No. 3 (18 octubre 51) Negativa a lesiones pulmonares.

Permanencia en el Sanatorio: 10 meses.

Asistencia al consultorio: 8 meses.

### PACIENTES QUE INGRESARON AL CONSULTORIO EXTERNO DURANTE EL AÑO DE 1951 Y CUYA EDAD ESTABA COMPREDIDA ENTRE 15 Y 45 AÑOS

1 — R. A. C. Ch. — Radiografía No. 1 (7 marzo 50) Hay infiltración mixta, predominantemente exudativa, del lóbulo superior derecho, con cavidad de 3 centímetros de diámetro. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 100 lbs. E. S. 38-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (28 junio 51) Hay pneumotórax derecho como de 60%, libre, con borramiento del ángulo costo-frénico, sin líquido. En el muñón colapsado se aprecia imagen cavitaria de un centímetro de diámetro. Activo mejorado. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 99½ lbs. E. L. 26-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No. 3 (20 septiembre 51) Hay pneumotórax derecho como de 80%, libre, con borramiento del ángulo costo-frénico, sin líquido. En el muñón colapsado aún se aprecia pequeña imagen cavitaria. Pulmón izquierdo aparentemente sano. Activo mejorado. Ocho exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 98½ lbs. E. S. 29-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre.

Permanencia en el Sanatorio: 5 meses.

Asistencia al Consultorio: 8 meses.

2 — E. R. H. — Radiografía No. 1 (3 diciembre 49) Hay infiltración mixta, moderadamente avanzada, con pequeñas cavidades del lóbulo superior izquierdo. Hay mínima infiltración fibrosa en los segundo y tercer espacios intercostales anteriores derechos. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 125 lbs. E. S. 57-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (12 julio 51) Hay pneumotórax izquierdo de un 50%, adherido verticalmente a la primera costilla. No se aprecian las pequeñas cavidades de la placa anterior. Activo mejorado. Diez exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 127 lbs. E. S. 43-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (19 diciembre 51) Hay pneumotórax izquierdo de un 50%, libre, sin líquido. Las lesiones del vértice izquierdo han mejorado notablemente. No se puede afirmar la existencia de cavidades. Activo mejorado. Exámenes de esputo alternativamente positivos y negativos. Peso 132½ lbs. E. S. 41-60. Síntomas funcionales: tos.

Permanencia en el Sanatorio: 19 meses.  
Asistencia al Consultorio: 5 meses.

3 — C. A. Ch. R. — Radiografía No. 1 (18 diciembre 49) Hay pneumotórax izquierdo de un 70%, libre, con líquido en el ángulo costo-frénico. En el muñón colapsado se aprecian pequeñas cavidades. Hay infiltración mixta del vértice derecho, con cavidades de 2 y 1 centímetros de diámetro, borramiento del ángulo costo-frénico derecho. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 108 lbs. E. S. 31-60. Síntomas funcionales; tos, fiebre, enflaquecimiento, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (10 marzo 51) Hay pneumotórax izquierdo de un 50%, libre, sin líquido. Las lesiones del vértice derecho se han reducido a la mitad. Activo mejorado. Cuatro exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 118 lbs. E. S. 31-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (13 diciembre 51) Hay pneumotórax izquierdo de un 50%, libre, sin líquido. Las lesiones del vértice derecho han mejorado notablemente. No se puede afirmar la existencia de cavidades. Activo mejorado. E. S. 27-60. Síntomas funcionales: tos.

Permanencia en el Sanatorio: 15 meses.  
Asistencia al Consultorio: 9 meses.

4 — R. V. N. — Radiografía No. 1 (19 marzo 50) Hay infiltración mixta de ambos lóbulos superiores con pequeña cavidad de un centímetro de diámetro en el vértice derecho, moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 136 lbs. E. S. 26-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

Radiografía No. 2 (18 abril 51) Hay infiltración mixta de ambos vértices. No se aprecia desintegración de tejidos. Activo mejorado. Cinco exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 140 lbs. E. S. 13-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (19 diciembre 51) Hay fibrosis del vértice izquierdo y del vértice y del primer espacio intercostal anterior derecho. Las lesiones están considerablemente disminuidas. Activo mejorado. Tres exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 143 lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 13 meses.  
Asistencia al Consultorio: 8 meses.

5 — P. M. C. H. — Radiografía No. 1 (7 mayo 50) Hay infiltración mixta, cavitada, del lóbulo superior derecho, moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 90 lbs. E. S. 34-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

Radiografía No. 2 (6 julio 51) Hay pneumotórax derecho de un 40%, superior, libre, sin líquido. Hay atelectasis del lóbulo superior. No se aprecia desintegración de tejidos. Hay una pequeña lesión exudativa en el tercer espacio intercostal anterior izquierdo. Activo mejorado. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 118 lbs. E. S. 17-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (9 diciembre 51) Hay disminución de todas las lesiones descritas anteriormente. Activo mejorado. E. S. 14-60.

Permanencia en el Sanatorio: 14 meses.  
Asistencia al Consultorio: 5 meses.



6 — J. J. O. A. — Radiografía No. 1 (16 octubre 50) Hay opacidad de la mitad inferior del hemitórax izquierdo por derrame pleural, con infiltración mixta a nivel de los segundo y tercer espacios intercostales anteriores del mismo lado. Mínima. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 115 lbs. E. S. 26-60. Síntomas funcionales: tos, enflequecimiento.

Radiografía No. 2 (7 junio 51) El derrame pleural ha desaparecido totalmente. Quedan engrosamiento pleural, ligera retracción del hemitórax y fibrosis del segundo espacio intercostal anterior izquierdo. Activo mejorado. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 122½ lbs. E. S. 19-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (13 diciembre 51) Hay ligera retracción del hemitórax izquierdo, con engrosamiento pleural, mínima fibrosis del segundo espacio intercostal anterior izquierdo. Quieto. Ocho exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 123 lbs. E. S. 17-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 8 meses.

Asistencia al Consultorio: 6 meses.

7 — S. A. N. P. — Radiografía No. 1 (17 octubre 50) Hay mínima infiltración mixta a nivel del segundo espacio intercostal anterior izquierdo, borramiento del ángulo costo-frénico izquierdo. Examen del contenido gástrico positivo. Peso 134 lbs. E. S. 14-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 2 (19 marzo 51) Hay mínima fibrosis a nivel del segundo espacio intercostal anterior izquierdo, borramiento del ángulo costo-frénico del mismo lado. Activo mejorado. Dos exámenes del contenido gástrico negativos por el método de homogenización. Peso 133½ lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (13 agosto 51) Hay ligera retracción del hemitórax izquierdo, con engrosamiento pleural, mínima fibrosis del segundo espacio intercostal anterior izquierdo. Quieto. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 6 meses.

Asistencia al Consultorio: 6 meses.

8 — R. C. A. — Radiografía No. 1 (2 enero 51) Hay infiltración de ambos lóbulos superiores mixta, con cavidad de 2 centímetros de diámetro a nivel del segundo espacio intercostal anterior izquierdo, moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 102 lbs. E. S. 34-60. Síntomas funcionales: tos, enflequecimiento, fiebre, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (21 mayo 51) Hay pneumotórax izquierdo como de 50% libre, sin líquido. Hay mínima infiltración mixta a nivel de los primero y segundo espacios intercostales derechos. Activo mejorado. Dos exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 108½ lbs. E. S. 28-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre. Activo mejorado.

Radiografía No. 3 (13 julio 51) (reingreso) Hay pneumotórax izquierdo como de 50% libre, con líquido a nivel del ángulo costo-diafragmático. Hay infiltración mixta de todo el lóbulo superior derecho, con cavidad como de 4 centímetros de diámetro, avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 99½ lbs. E. S. 42-60. Síntomas funcionales: tos, enflequecimiento, fiebre, hemoptisis.

Radiografía No. 4 (4 julio 52) Pneumotórax bilateral como de 40% sin líquido. No hay evidencia de cavidad ni de lesiones activas en los muñones colapsados. Activo mejorado. E. S. 19-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 17 meses.

Asistencia al Consultorio: 3 meses.

9 — F. G. A. — Radiografía No. 1 (16 septiembre 49) Hay infiltración mixta, más avanzada del lóbulo superior izquierdo, con cavidad como de 3 centímetros de diámetro. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 96 lbs. E. S. 48-60. Síntomas funcionales: tos, enflequecimiento, fiebre, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (4 febrero 51) Hay pneumotórax izquierdo como de 60%, con adherencia a nivel del cuarto espacio intercostal del mismo lado. No hay líquido. No se aprecia cavidad en el muñón colapsado. Activo mejorado. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 97 lbs. E. S. 34-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (7 octubre 51) Pneumotórax abandonado. Hay infiltración mixta del lóbulo superior izquierdo, con cavidad como de 2½ centímetros de diámetro, con

borramiento del ángulo costo-frénico y engrosamiento pleural. Reactivado. Activo empeorado. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 105 lbs. Este paciente es candidato a toracoplastia. E. S. 41-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre, hemoptisis.

Permanencia en el Sanatorio: 15 meses.  
Asistencia al Consultorio: 8 meses.

10 — C. A. F. — Radiografía No 1 (19 febrero 50) Hay infiltración de ambos lóbulos superiores, con cavidad de 3 centímetros de diámetro a nivel de la región parahiliar media izquierda, mixta, moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 127 lbs. E. S. 41-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre, hemoptisis.

Radiografía No 2 (8 abril 51) Hay fibrosis del lóbulo superior derecho, pneumotórax izquierdo de 30%, libre, con pequeña cantidad de líquido en el ángulo costo-frénico. No se aprecia la cavidad descrita anteriormente. Activo mejorado. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 154 lbs. E. S. 38-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (19 noviembre 51) Persiste la fibrosis del lóbulo superior derecho, Pneumotórax izquierdo de 50%, libre, borramiento del ángulo, sin líquido. Hay fibrosis, sin evidencia de cavidad en el muñón colapsado. Quieto. Trece exámenes negativos por el método de homogenización. Peso 141½ lbs. E. S. 34-60. Síntomas funcionales: tos.

Permanencia en el Sanatorio: 14 meses.  
Asistencia al Consultorio: 7 meses.

11 — A. A. H. — Radiografía No. 1 (7 julio 50) Hay infiltración mixta, predominantemente exudativa de todo el lóbulo superior derecho, con cavidad de 1½ centímetros de diámetro. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 126 lbs. E. S. 32-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

Radiografía No 2 (9 junio 51) Hay engrosamiento pleural con reexpansión total del pulmón derecho, con mínima cantidad de líquido enquistado a nivel de la quinta apófisis transversa. Lesiones aparentemente fibrosas estabilizadas. Quieto. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 132 lbs. E. S. 28-60. Síntomas funcionales: ausentes. Quieto.

Radiografía No. 3 (3 diciembre 51) Hay infiltración mixta del vértice derecho, ligero engrosamiento pleural. Pulmón derecho totalmente reexpandido. Activo. Activo empeorado. Cuatro exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 130 lbs. E. S. 24-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 11 meses.  
Asistencia al Consultorio: 6 meses.

12 — R. R. E. — Radiografía No 1 (18 febrero 50) Hay infiltración mixta del lóbulo superior derecho, con cavidad de 3 centímetros de diámetro. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 100 lbs. E. S. 29-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No 2 (24 marzo 51) Hay pneumotórax derecho de un 40%, libre, sin líquido. Las lesiones del lóbulo superior se encuentran estabilizadas. Quieto. Nueve exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 122 lbs. E. S. 21-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No 3 (4 diciembre 51) Hay pneumotórax derecho de un 50%, más pronunciado en el lóbulo superior, libre y sin líquido. No hay evidencia de lesiones activas en el muñón colapsado. Quieto. Siete exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 130 lbs. E. S. 19-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 14 meses.  
Asistencia al Consultorio: 7 meses.

13 — Radiografía No. 1 (27 enero 50) Hay infiltración mixta, predominantemente exudativa de todo el lóbulo superior izquierdo, con cavidad de 2 centímetros de diámetro a nivel del tercer espacio intercostal anterior izquierdo. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 105 lbs. E. S. 29-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (7 marzo 51) Hay pneumotórax izquierdo de un 30%, libre, con mínimo nivel líquido en el ángulo costo-frénico, con las lesiones estabilizadas. Activo mejorado. Tres exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 112½ lbs. E. S. 21-60. Síntomas funcionales: tos. Quieto.

Radiografía No. 3 (11 octubre 51) Hay reexpansión completa de todo el pulmón izquierdo. No hay engrosamiento pleural. Ángulo costo-diafragmático libre. Mínima fibrosis a nivel de los primero y segundo espacios intercostales anteriores izquierdos. Activo mejorado. Cinco exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 116 lbs. E. S. 10-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 14 meses.  
Asistencia al Consultorio: 7 meses.

14 — J. G. M. — Radiografía No. 1 (24 septiembre 50) Hay infiltración mixta, predominantemente exudativa, con cavidad de 2 centímetros de diámetro en el lóbulo superior derecho. Infiltración fibrosa mínima de los primero y segundo espacios intercostales anteriores izquierdos. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 108½ lbs. E. S. 46-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (19 abril 51) Hay pneumotórax derecho como de 50%, más que todo superior, con atelectasia del lóbulo superior que aparece adherido verticalmente a la primera costilla. Hay mínima cantidad de líquido en el ángulo costo-frénico. Activo mejorado. Cinco exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 118½ lbs. E. S. 23-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (17 enero 52) Hay pneumotórax residual, apical derecho, sin evidencia de lesiones activas en el lóbulo superior. Quieto. Cinco exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 126½ lbs. E. S. 17-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 7 meses.  
Asistencia al Consultorio: 9 meses.

15 — J. R. G. L. — Radiografía No. 1 (26 diciembre 50) Hay infiltración mixta, cavidad del lóbulo superior izquierdo, con fibrosis del primer espacio intercostal anterior derecho y borraramiento de ambos ángulos costo-frénicos. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 96 lbs. E. S. 42-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

Radiografía No. 2 (13 agosto 51) Hay pneumotórax izquierdo de un 50%, libre, con líquido a nivel del ángulo. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 108½ lbs. Síntomas funcionales: ausentes. Activo mejorado.

Radiografía No. 3 (17 diciembre 51) No hay cambios comparando con la radiografía anterior. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 6 meses.  
Asistencia al Consultorio: 4 meses.

16 — R. M. M. — Radiografía No. 1 (6 mayo 50) Hay infiltración mixta, predominantemente exudativa del lóbulo superior derecho, con varias cavidades y de la base izquierda. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 121½ lbs. E. S. 42-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

Radiografía No. 2 (19 mayo 51) Hay pneumotórax derecho de 40% libre y sin líquido. Las lesiones están considerablemente disminuidas. La base izquierda ha limpiado casi totalmente. Cinco exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 138½ lbs. E. S. 21-60. Síntomas funcionales: tos. Activo mejorado.

Radiografía No. 3 (17 enero 52) Hay pneumotórax derecho de un 30%, libre, sin líquido, con lesiones fibrosas mínimas. Base izquierda completamente limpia. Quieto. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 137½ lbs. E. S. 20-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 12 meses.  
Asistencia al Consultorio: 8 meses.

**PACIENTES QUE INGRESARON AL CONSULTORIO EXTERNO  
DURANTE EL AÑO DE 1951 Y CUYA EDAD ERA  
MAYOR DE 45 AÑOS**

**1 — A. V. A. — Radiografía No. 1 (7 noviembre 50)** Hay infiltración productiva y exudativa de todo el lóbulo superior derecho, con pequeñas cavidades. Hay también infiltración fibrosa del lóbulo superior izquierdo. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 117 lbs. E. S. 22-60, Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

**Radiografía No. 2 (16 junio 51)** Hay infiltración productiva de ambos lóbulos superiores. Comparando con las placas anteriores hay notable mejoría de las lesiones pulmonares. Dos exámenes de espu o negativos por el método de homogenización. Peso 146 lbs. E. S. 11-60. Síntomas funcionales: tos; Activo mejorado.

**Radiografía No. 3 (7 diciembre 51)** Hay pneumotórax derecho de un 50%, con borramiento del ángulo costo-frénico. Lesiones fibrosas. La infiltración del vértice ha disminuido considerablemente. Activo mejorado. Quince exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 111 lbs. E. S. 9-60.

Permanencia en el Sanatorio: 8 meses,  
Asistencia al Consultorio: 6 meses.

**PACIENTES (MUJERES) QUE INGRESARON AL CONSULTORIO  
EXTERNO DURANTE EL AÑO DE 1949 Y CUYA EDAD  
ESTABA COMPRENDIDA ENTRE 1 Y 15 AÑOS**

**1 — M. D. M. — Radiografía No. 1 (1 marzo 49)** Hay infiltración mixta, posiblemente cavitada a nivel del segundo espacio intercostal anterior derecho. Hay mínima infiltración en el vértice izquierdo. Moderadamente avanzada. Examen de contenido gástrico positivo. Peso 58 lbs. E. S. 6-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

**Radiografía No. 2 (5 agosto 49)** Hay fibrosis del segundo espacio intercostal anterior derecho. calcificaciones del vértice izquierdo. Quieto. Cinco exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 65½ lbs. E. S. 4-60. Síntomas funcionales: ausentes.

**Radiografía No. 3 (9 octubre 49)** No hay cambios comparando con la radiografía anterior. Quieto.

Estancia en el Sanatorio: 5 meses.  
Asistencia al Consultorio: 2 meses.

**2 — G. S. F. — Radiografía No. 1 (13 octubre 48)** Hay infiltración mixta, mínima, del lóbulo superior derecho, con adenopatías traqueo-brónquicas del mismo lado. Examen del contenido gástrico positivo. Peso 71 lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: tos.

**Radiografía No. 2 (24 julio 49)** Hay fibrosis de los primero y segundo espacios intercostales anteriores derechos. Activo mejorado. Dos exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 98 lbs. E. S. 7-60. Síntomas funcionales: ausentes.

**Radiografía No. 3 (18 enero 50)** Fibrosis de los primero y segundo espacios intercostales anteriores derechos. Ninguna variación desde el examen anterior. Tres exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 86½ lbs. E. S. 7-60. Síntomas funcionales: ausentes. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 9 meses.  
Asistencia al Consultorio: 6 meses.

**3 — V. V. M. — Radiografía No. 1 (10 junio 48)** Hay infiltración exudativa mínima a nivel del segundo espacio intercostal anterior izquierdo. Examen de contenido gástrico positivo. Peso 21 lbs. E. S. 11-60. Síntomas funcionales: tos.

**Radiografía No. 2 (26 mayo 49)** La infiltración del segundo espacio intercostal anterior izquierdo ha desaparecido casi totalmente. Activo mejorado. Tres exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 27 lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (11 marzo 49) Negativa a lesiones pulmonares activas al presente. Seis exámenes del contenido gástrico negativos. Peso 33 lbs. E. S. 8-60. Síntomas funcionales: ausentes. A. P. detenida.

Permanencia en el Sanatorio: 11 meses.  
Asistencia al Consultorio: 10 meses.

4 — E. C. M. — Radiografía No. 1 (16 agosto 49) Hay infiltración para-hiliar media derecha, con cavidad de 3 centímetros de diámetro. Moderadamente avanzada. Examen de contenido gástrico positivo. Peso 62½ lbs. E. S. 47-60. Síntomas funcionales, tos, fiebre, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (2 noviembre 49) Hay pneumotórax derecho de 30% libre, con un poco de líquido en el ángulo costo-diafragmático. Se aprecia cavidad de un centímetro de diámetro en el vértice y siempre existe la cavidad de tres centímetros de diámetro en el lóbulo inferior. Empeorada. Cuatro exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 59 lbs. E. S. 40-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (reingreso) (6 mayo 50) Hay pneumotórax residual, lateral derecho de 10%. Se aprecia cavidad de 2 centímetros de diámetro en la base derecha. Hay infiltración mixta, moderadamente avanzada, con cavidad de 2 centímetros de diámetro en el vértice izquierdo. Empeorada. Dos exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 54 lbs. E. S. 47-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

Radiografía No. 4 (24 marzo 52) Hay sombra densa látero-externa en el tercio medio del hemitorax derecho debida a enfrosamiento pleural (residual). No se aprecia la cavidad de la base derecha. Hay pneumotórax izquierdo de 40%, con un poco de líquido. Las lesiones del vértice izquierdo están notablemente mejoradas, sin imagen de desintegración de tejidos. Act. mejorado.

Esta paciente es diabética.  
Permanencia en el Sanatorio: 13 meses.  
Asistencia al Consultorio: 9 meses.

5 — G. Ch. G. — Radiografía No. 1 (23 abril 48) Hay infiltración, mixta, posiblemente cavitada de la región para-hiliar superior izquierdo. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 37 lbs. E. S. 17-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (26 mayo 49) Hay mínima lesión fibrosa del segundo espacio intercostal anterior izquierdo. Activo mejorado. Cinco exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 47 lbs. E. S. 10-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (10 marzo 50) Negativa a lesiones pleuro-pulmonares activas al presente. A. P. detenida.

Permanencia en el Sanatorio: 11 meses.  
Asistencia al Consultorio: 10 meses.

6 — E. M. O. — Radiografía No. 1 (16 octubre 48) Hay infiltración mixta, posiblemente cavitada de la región para-hiliar inferior izquierda. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 72 lbs. E. S. 14-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (15 febrero 49) Hay pneumotórax izquierdo, de 40% libre y sin líquido. No hay evidencia de lesiones activas en el pulmón colapsado. Activo mejorado. Ocho exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 82 lbs. E. S. 11-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (19 julio 49) Abandono del pneumotórax. Reexpansión total del pulmón izquierdo, sin evidencia de lesiones activas. Quieto. Quince exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 86½ lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 4 meses.  
Asistencia al Consultorio: 5 meses.

#### PACIENTES (MUJERES) QUE INGRESARON AL CONSULTORIO EXTERNO DURANTE EL AÑO DE 1949 Y CUYA EDAD ESTABA COMPRÉNDIDA ENTRE 15 Y 44 AÑOS

1 — L. E. v. de E. — Radiografía No. 1 (6 febrero 49) Hay pneumotórax derecho de 30%, libre y sin líquido. Las lesiones del lóbulo superior derecho al presente son fibro-calcáreas. Mínima, aparentemente. Examen de contenido gástrico positivo. Peso 93½ lbs. E. S. 11-60. Síntomas funcionales: ausentes.

**Radiografía No. 2 (12 junio 49)** Comparando con la radiografía anterior, no se observan ningún cambio. Esta paciente fué remitida a la Unidad Sanitaria de Sonsonate. Mismo estado.

**Radiografía No. 3 (16 noviembre 49)** No se observa ningún cambio.

**Permanencia en el Sanatorio 4 meses. Mismo Estado.**  
**Asistencia al Consultorio: 4 meses.**

**2 — H. H. O. — Radiografía No. 1 (17 enero 49)** Hay infiltración mixta, probablemente cavitada a nivel del lóbulo superior izquierdo, moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 96 lbs. E. S. 11-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

**Radiografía No. 2 (25 mayo 49)** Hay pneumotórax izquierdo como de 40%, adherido verticalmente a la primera costilla, con pequeña cámara para-mediastinal superior y líquido a nivel del ángulo costo diafragmático. Activo mejorado. Seis exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. E. S. 7-60 Peso 110½ lbs. Síntomas funcionales: ausentes.

**Radiografía No. 3 (16 agosto 49)** No hay cambios comparando con la radiografía anterior. Quieto.

**Permanencia en el Sanatorio: 4 meses**  
**Asistencia al Consultorio: 3 meses.**

**3 — A. L. C. — Radiografía No. 1 (26 julio 49)** Hay infiltración mixta, cavitada, del lóbulo superior izquierdo. Hay fibrosis de los primero y segundo espacio intercostales anteriores derechos. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 102 lbs. E. S. 8-60 Síntomas funcionales; tos, enflaquecimiento, fiebre, hemoptisis.

**Radiografía No. 2 (14 noviembre 49)** Hay pneumotórax izquierdo de 50% libre y sin líquido. Hay diseminación al lóbulo superior derecho. Activo mejorado. Dos exámenes del contenido gástrico negativos. Peso 106 lbs. E. S. 5-60. Síntomas funcionales: ausentes.

**Radiografía No. 3 (6 febrero 50)** Hay colapso izquierdo de 50%, libre y sin líquido. La infiltración del lóbulo superior derecho ha desaparecido. Activo mejorado. Dos exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 106 lbs. E. S. 5-60. Síntomas funcionales: ausentes.

**Permanencia en el Sanatorio: 4 meses.**  
**Asistencia al Consultorio: 3 meses.**

**4 — A. L. de E. — Radiografía No. 1 (26 febrero 49)** Hay infiltración de la base derecha con cavidad de 3 centímetros de diámetro e infiltración a nivel del primer espacio intercostal anterior derecho. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 85 lbs. E. S. 18-60 Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento.

**Radiografía No. 2 (30 junio 49)** Hay pneumotórax derecho de 60%, adherido a la primera costilla y primer espacio intercostal, con líquido a nivel de la 8a. apófisis transversa. Activo mejorado. Dos exámenes del contenido gástrico negativos. Peso 91½ lbs. E. S. 15-60. Síntomas funcionales: tos.

**Radiografía No. 3 (reingreso) (15 agosto 49)** Hay opacidad de casi todo el hemitórax derecho por derrame pleural. Pulmón derecho en gran parte reexpandido. E. S. 17-60 Síntomas funcionales: tos, fiebre. Activo empeorado.

**Radiografía No. 4 (16 diciembre 49)** Hay engrosamiento pleural, con borramiento del ángulo costo-frénico derecho, sin líquido. No se observan lesiones pulmonares. Ap. detenido. Cinco exámenes del contenido gástrico negativos. Peso 93 lbs. E. S. 13-60. Síntomas funcionales: ausentes.

**Permanencia en el Sanatorio: 8 meses.**  
**Asistencia al Consultorio 2 meses.**

**5 — C. B. M. H. — Radiografía No. 1 (22 febrero 49)** Hay infiltración de ambos lóbulos superiores, más acentuada en el derecho, en donde se observan imágenes de desintegración de tejidos. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 125 lbs. E. S. 27-60. Síntomas funcionales: tos, fiebres, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (28 junio 49) Hay pneumotórax bilateral (50% D. 40% I.), más acentuados en los lóbulos superiores. En el muñón colapsado derecho se observa cavidad de 1½ centímetros de diámetro. No hay líquido. Activo mejorado. Cinco exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 154 lbs. E. S. 22-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No 3 (12 agosto 49) (reingreso) Hay pneumotórax bilateral (D. 40% I. 50%). En ambos campos pulmonares hay infiltración mixta, predominantemente exudativa, con numerosas pequeñas cavidades. Empeorada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 127 lbs. E. S. 31-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre, hemoptisis.

Radiografía No. 4 (17 diciembre 49) Hay pneumotórax izquierdo, residual, apical, de 5%. Lesiones bilaterales, cavitada a la izquierda. Hay pneumoperitóneo más acentuado a la izquierda, en donde el hemidiafragma se encuentra elevado hasta la 8ª apófisis transversa. Mismo estado. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 125 lbs. E. S. 36-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre, hemoptisis.

Permanencia en el Sanatorio: 8 meses.  
Asistencia al Consultorio: 2 meses.

6 — J. M. de V. — Radiografía No 1. (7 junio 49) Hay infiltración mixta, moderadamente avanzada, posiblemente cavitada, del lóbulo superior derecho. Infiltración mínima a nivel del segundo espacio intercostal anterior izquierdo. Examen de contenido gástrico positivo. Peso 106½ lbs. E. S. 15-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre.

Radiografía No. 2 (7 marzo 50) Hay franca mejoría de las lesiones descritas en la radiografía anterior. Activo mejorado. Cuatro exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 111 lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (19 septiembre 50) Negativa a lesiones pleuro pulmonares. Apdetenida.

Permanencia en el Sanatorio: 9 meses.  
Asistencia al Consultorio: 6 meses.

7 — T. M. R. — Radiografía No. 1 (9 julio 49) Hay infiltración mixta, mínima a nivel del primer espacio intercostal anterior derecho. Examen de contenido gástrico positivo. Peso 138 lbs. E. S. 5-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 2 (19 abril 49) Hay fibrosis a nivel del primer espacio intercostal anterior derecho. Activo mejorado. Tres exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 142 lbs. E. S. 5-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (3 diciembre 49) No hay cambios comparando con la radiografía anterior. Peso 141 lbs. E. S. 5-60. Síntomas funcionales ausentes. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 3 meses.  
Asistencia al Consultorio: 8 meses.

8 — M. L. M. de H. — Radiografía No. 1 (28 marzo 49) Hay infiltración mixta, cavitada, a nivel del lóbulo superior derecho. fibrosis a nivel del segundo espacio intercostal anterior izquierdo. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 93 lbs. E. S. 27-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (9 junio 49) Hay infiltración mínima, fibrosa a nivel del primer espacio intercostal anterior derecho y segundo espacio anterior izquierdo. Activo mejorado. Dos exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 98 lbs. E. S. 23-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (18 septiembre 49) No hay cambios comparando con la radiografía anterior. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 3 meses.  
Asistencia al Consultorio: 3 meses.

9 — C. S. M. — Radiografía No. 1 (23 octubre 48) Hay infiltración mixta, bilateral, cavitada, avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 94 lbs. E. S. 23-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (30 enero 49) Hay pneumotórax bilateral (D. 40% I. 30%), ambos adheridos a las primera y segunda costillas. No hay líquido. Las lesiones están bas-

tante mejoradas. Activo mejorado. Siete exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 110 lbs. E. S. 18-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (17 agosto 49) Hay pneumotórax derecho con calcificaciones a nivel de los primero y segundo espacios intercostales anteriores derechos. Hay pneumotórax izquierdo de 50%, sin líquido. No hay evidencia de lesiones activas en el muñón colapsado. Cinco exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 113 lbs. E. S. 12-60. Síntomas funcionales: ausentes. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 3 meses.

Asistencia al Consultorio: 7 meses.

10 — B. L. O. de C. — Radiografía No. 1 (16 enero 49) Hay infiltración mixta, moderadamente avanzada, cavitada, del lóbulo superior izquierdo. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 96 lbs. E. S. 37-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (24 abril 49) Hay pneumotórax izquierdo de 50%, adherido a la primera costilla, sin líquido. No se aprecia desintegración de tejidos en el muñón colapsado. Activo mejorado. Dos exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 103 lbs. E. S. 32-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (7 septiembre 49) (reingreso para pneumotórax derecho). Hay pneumotórax izquierdo de 50%, sin líquido, con lesiones muy mejoradas en el muñón colapsado. Hay infiltración mixta, cavitada del lóbulo superior y base derecha. Empeorada. Siete contenidos gástricos negativos. Peso 92 lbs. E. S. 35-60. Síntomas funcionales: tos, hemopteis.

Radiografía No. 4 (16 febrero 50) Hay pneumotórax bilateral, efectivo, con lesiones estabilizadas. Ap. detenida.

Permanencia en el Sanatorio: 8 meses.

Asistencia al Consultorio: 5 meses.

11 — A. G. de H. — Radiografía No. 1 (17 abril 49) Hay infiltración mixta, con pequeña cavidad en todo el lóbulo superior derecho. Moderadamente avanzada. Examen de contenido gástrico positivo. Peso 88 lbs. E. S. 7-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 2 (13 noviembre 49) Hay pneumotórax derecho, marginal, de 15%, libre, con borramiento del ángulo costo-frénico, sin líquido. Las lesiones están aparentemente mejoradas. Activo mejorado. Tres exámenes del contenido gástrico negativos. Peso 97½ lbs. E. S. 4-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (25 febrero 50) Abandono de su pneumotórax. Última placa: No se aprecia pneumotórax. Hay infiltración mixta, con pequeña cavidad de todo el lóbulo superior derecho, empeorada. Examen de contenido gástrico negativo. Peso 79 lbs.

Permanencia en el Sanatorio: 7 meses.

Asistencia al Consultorio: 3 meses.

12 — B. H. C. — Radiografía No. 1 (16 agosto 49) Hay pneumotórax izquierdo como de 60%, adherido a la primera costilla, con buena cámara para-mediastinal y líquido a nivel de la 10a. apófisis transversa. Hay diseminación en los tres primeros espacios intercostales anteriores derechos. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 123½ lbs. E. S. 17-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre.

Radiografía No. 2 (17 febrero 49) Hay pneumotórax izquierdo de 40%, superior, sin evidencia de lesiones activas en el muñón colapsado. Las lesiones izquierdas están mejoradas. Activo mejorado. Dieciocho exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 153 lbs. E. S. 12-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (9 diciembre 50) Se presentó a control en octubre de 1950: Hay ligera retracción del hemitórax izquierdo, con gran engrosamiento pleural y rotaria elevación del hemidiafragma y atracción del mediastino hacia ese lado. No hay evidencia de lesiones activas. Fibrosis del segundo espacio intercostal anterior derecho. Quieto. Peso 153 lbs. E. S. 13-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 6 meses.

Asistencia al Consultorio: 2 meses.

13 — E. B. C. — Radiografía No. 1 (2 abril 49) Hay infiltración de todos los campos pulmonares, más acentuada a la izquierda, con cavidades de 5 y 2 centímetros de diámetro, muy avanzada. Examen de contenido gástrico positivo. Peso 107 lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento, hemoptisis.



Radiografía No 2 (19 febrero 49) Hay pneumotórax izquierdo de 60%, libre, con cavidad de 3 centímetros de diámetro en el muñón colapsado, sin líquido. Hay pequeña infiltración de la base del lóbulo superior derecho. Quieto. Dos exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 124 lbs. E. S. 7-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (24 junio 49) (reingreso para pneumotórax derecho) Hay pneumotórax izquierdo de 80%, libre y sin líquido. No se aprecian cavidades en el muñón colapsado. Hay infiltración mixta, predominantemente exudativa a nivel del lóbulo superior derecho, con pequeña cavidad. E. S. 7-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento. Act. empeorada.

Permanencia en el Sanatorio: 9 meses.  
Asistencia al Consultorio: 4 meses.

14 — C. del C. M. — Radiografía No. 1 (11 enero 49) Hay pleuresía derecha, con nivel líquido a la altura del cuarto arco costal anterior e infiltración exudativa de los primero y segundo espacios intercostales anteriores derechos. Mínima. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 95 lbs. E. S. 6-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre.

Radiografía No. 2 (19 abril 49) Hay pneumotórax derecho de 40%, con pequeño nivel líquido en la base, marcada fibrosis a nivel del segundo espacio intercostal anterior derecho. Activo mejorado. Siete exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 101½ lbs. E. S. 5-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (reingreso) (6 octubre 49) Hay pequeño pneumotórax residual derecho, con mínima infiltración exudativa en el primer espacio intercostal anterior derecho. Hay hidropneumotórax izquierdo, con colapso de 30% y pequeño nivel líquido enquistado a la altura de la quinta apófisis transversa. Lesiones activas en este mismo lado. Empeorada. E. S. 8-60. Síntomas funcionales: tos.

Permanencia en el Sanatorio: 6 meses.  
Asistencia al Consultorio: 11 meses.

15 — F. A. A. — Radiografía No. 1 (22 septiembre 49) Hay infiltración mixta, cavitada de todo el lóbulo superior izquierdo. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 89½ lbs. E. S. 13-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (6 mayo 49) Hay pneumotórax izquierdo de 60%, libre y sin líquido. Lesiones estabilizadas en el muñón colapsado. E. S. 8-60. Síntomas funcionales: ausentes. Quieto.

Radiografía No. 3 (11 julio 49) Reingresa por laringitis. Hay pneumotórax izquierdo de 50%, libre y sin líquido. Lesiones estabilizadas (cura con estreptomycin) Quieto.

Radiografía No. 4 (7 octubre 49) Hay pneumotórax izquierdo de 30% superior, libre, sin líquido. Fibrosis en el segundo espacio intercostal anterior izquierdo. Diecisiete exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 112½ lbs. E. S. 6-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 11 meses.  
Asistencia al Consultorio: 6 meses.

16 — E. A. H. — Radiografía No 1 (27 diciembre 48) Hay infiltración mixta, predominantemente exudativa, con pequeña cavidad a nivel del lóbulo superior derecho. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 108½ lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (7 agosto 49) Hay pneumotórax derecho de 40% más que todo el lóbulo superior, adherido verticalmente a la primera costilla, con pequeña cámara paramediastinal, sin líquido. En el muñón colapsado no se observan lesiones activas. Activa mejorada. Cuatro exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 107 lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (7 marzo 50) Hay pneumotórax derecho residual, de 15%, libre, sin líquido. Lesiones estabilizadas. Veinticinco exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 119 lbs. E. S. 6-60. Síntomas funcionales: ausentes. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 8 meses.  
Asistencia al Consultorio: 7 meses.

17 — Z. E. L. M. — Radiografía No. 1 (7 enero 48) Hay infiltración exudativa del lóbulo superior derecho, con pequeña cavidad de 2 centímetros de diámetro. Angulo costo-frénico derecho obstruido. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 103 lbs. E. S. 9-60 Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (9 septiembre 49) Hay hidropneumotórax derecho con colapso de 20%, superior, con adherencia y pequeño nivel líquido enquistado a la altura de la 6ª, apófisis transversa. Activo mejorado. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 104 lbs. E. S. 8-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (18 abril 50) Abandono del pneumotórax. Hay reexpansión total del pulmón derecho, con borramiento del ángulo costo-frénico y lesión fibrosa mínima a nivel del primer espacio anterior derecho. Cuatro exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 109 lbs. E. S. 8-60. Síntomas funcionales: ausentes. Quieto.

Radiografía No. 4 (24 octubre 50) No hay lesiones pleuro-pulmonares al presente. Ap, detenido.

Permanencia en el Sanatorio: 8 meses.  
Asistencia al Consultorio: 7 meses.

18 — E. A. de E. — Radiografía No. 1 (11 febrero 49) Hay infiltración cavitada, mixta del lóbulo superior derecho, moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 102 lbs. E. S. 8-60 Síntomas funcionales: tos enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (28 octubre 49) Hay pneumotórax derecho de 40% aparentemente adherido a la primera costilla, sin líquido. Las lesiones están notablemente mejoradas. Activo mejorado. Cinco exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 103 lbs. E. S. 5-60. Síntomas funcionales ausentes:

Radiografía No. 3 (19 febrero 49) No hay cambios comparando con la radiografía anterior. Quieto.

Permanencia en el Sanatorio: 8 meses:  
Asistencia al Consultorio: 8 meses:

19 — C. S. de M. — Radiografía No. 1 (19 febrero 49) Hay pneumotórax derecho de 50%. Inferior, adherido a parte del lóbulo superior, en donde se observa infiltración mixta predominantemente exudativa, con cavidad de 3 centímetros de diámetro. Hay borramiento del ángulo costo-frénico, aparentemente sin líquido. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 90½ lbs. E. S. 20-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (30 octubre 49) Hay pneumotórax derecho residual de 30%. Lóbulo superior adherido con pequeño exudado en el ángulo costo-frénico. Siempre se aprecian las lesiones cavitadas del lóbulo superior derecho. Activo mejorado. Tres exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 102 lbs. E. S. 17-60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No. 3 (21 septiembre 50) Pneumotórax residual derecho de 15%, sin líquido. Lóbulo superior adherido, con lesiones predominantemente exudativas cavitadas. Hay infiltración cavitada del tercio medio del pulmón izquierdo empujada. Examen de esputo positivo por el método directo. Peso 95 lbs. E. S. 27-60; Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento.

Permanencia en el Sanatorio: 11 meses.  
Asistencia al Consultorio: 11 meses:

20 — P. R. de G. — Radiografía No. 1 (24 septiembre 48) Hay infiltración mixta, probablemente cavitada de todo el lóbulo superior derecho. Hay deformación del diafragma de este lado. Infiltración exudativa de los primero y segundo espacios intercostales superiores izquierdos. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 77 lbs. E. S. 17-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (15 marzo 49) Hay pneumotórax derecho libre, más que todo superior, de 30%. sin líquido. Las lesiones de ambos lados aparecen considerablemente disminuidas. Activo mejorado. Siete exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 80½ lbs. E. S. 12-60. Síntomas funcionales: tos.

**Radiografía No. 2 (26 octubre 50)** Hay gran retracción del hemitórax derecho, engrosamiento pleural marcado, con elevación del diafragma y borramiento del ángulo costo-frénico. No hay evidencia de lesiones activas en el pulmón colapsado. Activo mejorado. Diecisiete exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 103 lbs. E. S. 5 60. Síntomas funcionales: ausentes.

**Radiografía No. 3 (7 marzo 51)** Hay marcada retracción del hemitórax derecho y ligera desviación de la tráquea y del mediastino hacia este lado. Hay gran engrosamiento pleural con deformación del diafragma y borramiento del ángulo costo frénico. No hay lesiones activas el pulmón subyacente. Quieto. Dos exámenes de esputo negativos por el método de homogenización. Peso 106 lbs. E. S. 5 60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 15 meses.  
Asistencia al Consultorio: 17 meses

7 — C. J. M. — **Radiografía No. 1 (3 diciembre 49)** Hay infiltración mixta del lóbulo superior izquierdo, cavitada. H y también mínima infiltración fibrosa a nivel del primer espacio intercostal anterior derecho. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 103 lbs. E. S. 16 60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

**Radiografía No. 2 (18 noviembre 50)** Hay pneumotórax izquierdo de 40% con pequeño nivel líquido, enquistado entre la novena y décima apófisis trasversas. Activo mejorado. Examen de contenido gástrico negativo. Peso 110 lbs. E. S. 11-60 Síntomas funcionales: ausentes.

**Radiografía No. 3 (11 agosto 51)** Hay reexpansión total del pulmón izquierdo. Solamente se observa fibrosis con calcificación del vértice y del primer espacio anterior izquierdo. Quieto. Examen de esputo negativo por el método de homogenización. Peso 115½ lbs. E. S. 9 60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 11 meses.  
Asistencia al Consultorio: 9 meses.

8 — M. M. M. — **Radiografía No. 1 (2 octubre 49)** Hay infiltración mixta, predominantemente exudativa con cavidad de 3 centímetros de diámetro en el lóbulo superior derecho. Infiltración mínima, fibrosa a nivel del primer espacio anterior izquierdo. Moderadamente avanzada. E. S. 18 60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento, hemoptisis.

**Radiografía No. 2 (16 septiembre 50)** Hay pneumotórax derecho de 15% con adherencia a nivel del segundo espacio y pequeño nivel líquido en el ángulo costo frénico. No hay evidencia de lesiones activas al presente. E. S. 13 60. Síntomas funcionales: tos. Quieto.

**Radiografía No. 3 (6 febrero 51)** Hay reexpansión total del pulmón derecho, con deformación y elevación de la cúpula diafragmática, debidas a adherencias pleurales.

Hay mínima infiltración mixta a nivel del vértice de ese mismo lado. Activo mejorado. E. S. 17 60. Síntomas funcionales: tos, fiebre.

Permanencia en el Sanatorio: 13 meses.  
Asistencia al Consultorio: 5 meses.

9 — L. M. R. — **Radiografía No. 1 (11 agosto 49)** Hay infiltración mixta de ambos lóbulos superiores, posiblemente cavitada a la izquierda. Moderadamente avanzada. Examen de contenido gástrico positivo. Peso 103½ lbs. E. S. 17 60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

**Radiografía No. 2 (10 mayo 50)** Hay pneumotórax izquierdo inferior, de 30% ángulo costo-frénico deformado, sin líquido. Las lesiones de ambos vértices han mejorado notablemente. Activo mejorado. Tres exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 109½ lbs. E. S. 10 60. Síntomas funcionales: ausentes.

**Radiografía No. 3 (13 diciembre 50)** Abandono del pneumotórax. Hay reexpansión casi total del pulmón izquierdo. Sólo se observa fibrosis del primer espacio intercostal anterior derecho. Quieto. Catorce exámenes de contenido gástrico negativos. Peso 109½ libras.

Permanencia en el Sanatorio: 9 meses.  
Asistencia al Consultorio: 7 meses.

10 — B. L. P. — Radiografía No. 1 (10 diciembre 47) Hay infiltración mixta de la región parahiliar media derecha con varias cavidades de 3 centímetros de diámetro. Avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización. Peso 87 lbs. E. S. 46 60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (14 abril 50) Hay pneumotórax derecho, libre, de 50% sin líquido. No se observan lesiones activas en el muñón colapsado. Activo mejorado. Diez exámenes de esputo negativos. Peso 98½ lbs. E. S. 26 60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (6 noviembre 50) Hay buen colapso derecho de 60% libre, con pequeño nivel líquido en el ángulo costo-frénico. No se observan lesiones en el muñón colapsado. Hay infiltración mixta, con pequeña cavidad en todo el lóbulo superior izquierdo. Activo empeorado. E. S. 31-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento.

Radiografía No. 4 (6 julio 51) Hay pneumotórax derecho de 50% libre ángulo costo-frénico borrado, sin líquido. También pneumotórax izquierdo de 25%, aparentemente adherido a nivel del primer espacio intercostal. No hay líquido.

Radiografía No. 5 (18 septiembre 51) Hay colapso bilateral, efectivo. En el muñón derecho no se observan lesiones activas. Activo mejorado. Veintisiete exámenes de esputo negativos.

Permanencia en el Sanatorio: 36 meses.

Asistencia al Consultorio: 9 meses

11 — D. H. de C. — Radiografía No. 1 (16 febrero 50) Hay infiltración mixta, cavitada a nivel del primer espacio anterior izquierdo. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo por el método de homogenización, Peso 105 lbs. E. S. 19 60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

Radiografía No. 2 (3 octubre 50) Hay pneumotórax selectivo, apical izquierdo, de 15%, con pequeña lesión fibrosa a nivel del primer espacio intercostal. Activo mejorado. E. S. 8 60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 3 (2 octubre 51) Hay fibrosis mínima a nivel del primer espacio intercostal izquierdo (embarazo, pneumoperitónico después del parto). Quieto, E. S. 13 60. Síntomas funcionales: ausentes.

Radiografía No. 4 (7 febrero 52) Hay cámara subdiafragmática bilateral, más marcada a la izquierda. Persiste la fibrosis del primer espacio intercostal izquierdo. Quieto. E. S. 8 60.

Radiografía No. 5 (19 junio 52) Abandono del pneumoperitónico. Lesión mínima fibrosa a nivel del primer espacio izquierdo.

Permanencia en el Sanatorio: 12 meses.

Asistencia al Consultorio: 16 meses.

12 — M. A. v. de A. — Radiografía No. 1 (16 agosto 49) Hay infiltración mixta, cavitada de todo el lóbulo superior derecho. Hay también infiltración mixta, cavitada, a nivel de los segundo y tercer espacios anteriores izquierdos. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo. Peso 102½ lbs. E. S. 31 60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento, hemoptisis.

Radiografía No. 2 (6 octubre 50) Hay infiltración mixta, moderadamente avanzada a nivel del lóbulo superior derecho, sin evidencia de desintegración de tejidos. Infiltración mixta a nivel de los primero y segundo espacios intercostales anteriores izquierdos. Hay pequeño pneumotórax derecho selectivo. E. S. 26 60. Síntomas funcionales: tos, fiebre. Activo mejorado.

Radiografía No. 3 (17 mayo 51) Hay hidropneumotórax izquierdo, con colapso de 60% adherido a nivel de las primera, segunda y tercera costillas y nivel líquido entre octava y novena arcos transversas. Infiltración del lóbulo superior derecho mixta, con cavidad de 3 centímetros de diámetro. Siempre se observa pequeño pneumoperitónico selectivo, derecho. E. S. 34 60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento, hemoptisis. Activo empeorado.

Radiografía No. 4 (11 enero 52) Hay infiltración mixta del lóbulo superior derecho, con posible cavidad de 1½ centímetros de diámetro, a nivel del primer espacio intercostal anterior. Hay mínima fibrosis a nivel del segundo espacio intercostal anterior izquierdo. E. S. 30 60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento. Act. mejorado.

Permanencia en el Sanatorio: 22 meses.

Asistencia al Consultorio: 9 meses.

13 — N. R. de A. — Radiografía No 1 (19 junio 50) Hay infiltración mixta de ambos lóbulos superiores, Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo. Peso 117 lbs. E. S. 17-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No. 2 (3 diciembre 50) Hay pneumotórax derecho, inferior, de 40%, adherido a casi la totalidad del lóbulo superior. No hay líquido. Las lesiones están considerablemente disminuidas en ambos lados. Activo mejorado. Diecisiete exámenes de esputo negativos. Peso 106 lbs. E. S. 11 60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No 3 (4 julio 51) Abandono del pneumotórax con reexpansión total del pulmón derecho. No hay evidencia de lesiones activas en ambos pulmones. Quieto. Veintiocho exámenes de esputo negativos. Peso 99½ lbs. E. S. 8-60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 6 meses.  
Asistencia al Consultorio: 7 meses.

### PACIENTES QUE INGRESARON AL CONSULTORIO EXTERNO DURANTE EL AÑO DE 1951 Y CUYA EDAD ESTABA COMPRENDIDA ENTRE 15 Y 44 AÑOS

1 — M. T. D. de C. — Radiografía No. 1 (29 abril 50) Hay infiltración mixta de todo el lóbulo superior izquierdo, con cavidad de 3 centímetros de diámetro a nivel del primer espacio anterior moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo. Peso 100 lbs. E. S. 18 60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

Radiografía No 2 (17 enero 51) Hay buen colapso izquierdo de 60%, aparentemente libre, con el ángulo costo frénico borrado, sin líquido, no se observan lesiones activas en el muñón colapsado. Cinco exámenes de esputo negativos. Peso 104 lbs. E. S. 9 60. Síntomas funcionales: ausentes. Activo mejorado.

Radiografía No. 3 (7 julio 51) Hay pequeño colapso superior libre, sin líquido. No hay lesiones activas en el muñón colapsado. Lado derecho sano. Quieto. Nueve exámenes de esputo negativos. Peso 107½ lbs. E. S. 7 60. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 9 meses.  
Asistencia al Consultorio: 6 meses.

2 — R. E. P. — Radiografía No 1 (21 septiembre 51) Hay infiltración de ambos lóbulos superiores con pequeña cavidad en ambos lados. Muy avanzada. Examen de esputo positivo. Peso 111½ lbs. E. S. 37-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento hemoptisis.

Radiografía No 2 (11 febrero 52) Hay pneumotórax derecho de 60% libre, sin líquido. No hay evidencia de lesiones activas en el muñón colapsado. Fibras a nivel de los primer o y segundo espacios anteriores izquierdos. Activo mejorado. Examen de esputo negativo. Peso 142½ lbs. E. S. 14 60. Síntomas funcionales: tos.

Radiografía No 3 (6 mayo 52) (reingreso por pneumotórax izquierdo). Hay pneumotórax derecho como de 40% superior, sin evidencia de lesiones activas. Hay infiltración cavitada del lóbulo superior izquierdo. Activo empeorado. E. S. 19 60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento.

Radiografía No. 4 (13 julio 52) Hay pneumotórax izquierdo de 50% libre, con lesiones bien controladas, pulmón derecho completamente reexpandido sin evidencia de lesiones activas al presente. Activo mejorado. Doce exámenes de esputo negativos. Peso 121½ lbs. Síntomas funcionales: ausentes.

Permanencia en el Sanatorio: 7 meses.  
Asistencia al Consultorio: 6 meses.

3 — G. E. G. — Radiografía No. 1 (22 agosto 50) Hay infiltración mixta, diseminada en el pulmón derecho con posible cavidad del vértice. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo. Peso 108 lbs. E. S. 19 60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento.

Radiografía No 2 (7 abril 51) Hay pneumotórax derecho de 40% libre, borramiento del ángulo costo-frénico, sin líquido. Las lesiones descritas en An. estabilizadas. Activo mejorado. Examen del contenido gástrico negativo. Peso 118½ lbs. E. S. 13 60. Síntomas funcionales: tos.

**Radiografía No. 3 (18 septiembre 51)** Hay mínimo pneumotórax en el vértice y base derecha, con recrudescimiento de las lesiones observadas en los segundo y tercer espacios anteriores derechos. Activo mejorado. Siete exámenes de esputo negativos. Peso 122½ lbs. E. S. 21-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

**Permanencia en el Sanatorio: 8 meses.**

**Asistencia al Consultorio: 5 meses.**

**4 — A. J. L. — Radiografía No. 1 (26 mayo 50)** Hay infiltración mixta, cavitada en todo el lóbulo superior derecho y pequeña infiltración mixta del vértice y primer espacio anterior izquierdo. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo. Peso 105½ lbs. E. S. 25-60. Síntomas funcionales: tos, fiebre, enflaquecimiento, hemoptisis.

**Radiografía No. 2 (6 junio 51)** Hay pneumotórax derecho de 50%, más acentuado en el lóbulo superior, borramiento del ángulo costo-frénico, sin líquido. No hay evidencia de lesiones activas en el muñón colapsado. La infiltración del lóbulo superior izquierdo ha disminuido. Tres exámenes de esputo negativos. Peso 111½ lbs. E. S. 16-60. Síntomas funcionales: ausentes. Activo mejorado.

**Radiografía No. 3 (9 octubre 51)** Hay reexpansión total del pulmón derecho, con fibrosis marcada del vértice y primer espacio anterior, sin evidencia de cavidad. Fibrosis del vértice izquierdo. Cuatro exámenes de esputo negativos. Peso 131 lbs. E. S. 11-60. Síntomas funcionales: ausentes. Quieto.

**Permanencia en el Sanatorio: 13 meses.**

**Asistencia al Consultorio: 4 meses.**

**5 — F. G. de M. — Radiografía No. 1 (19 septiembre 50)** Hay infiltración mixta, doblemente cavitada a nivel del vértice y segundo espacio anterior izquierdo. Examen de esputo positivo. Peso 153½ lbs. E. S. 19-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre. Moderadamente avanzada.

**Radiografía No. 2 (7 marzo 51)** Persisten las lesiones fibrosas del vértice y segundo espacio anterior izquierdo; pero aparecen disminuidas comparadas con la radiografía anterior. Activo mejorado. Examen de esputo negativo. E. S. 11-60. Síntomas funcionales: tos.

**Radiografía No. 3 (9 julio 51)** Hay fibrosis del vértice y del segundo espacio anterior izquierdo. Comparando, no han variado. Quieto. Siete exámenes de esputo negativos. Peso 159 lbs. E. S. 9-60. Síntomas funcionales: tos.

**Permanencia en el Sanatorio: 6 meses.**

**Asistencia al Consultorio: 4 meses.**

**6 — D. M. de G. — Radiografía No. 1 (7 marzo 51)** Hay infiltración mixta, aparentemente cavitada de ambos lóbulos superiores. Moderadamente avanzada. Examen de esputo positivo. Peso 103½ lbs. E. S. 22-60. Síntomas funcionales: tos, enflaquecimiento, fiebre.

**Radiografía No. 2 (19 octubre 51)** Hay infiltración, predominantemente fibrosa del vértice y primer espacio anterior derecho y del primer espacio anterior izquierdo. Comparando con el examen anterior las lesiones han mejorado notablemente. Examen de contenido gástrico negativo. Peso 106 lbs. E. S. 15-60. Síntomas funcionales: tos. Activo mejorado.

**Radiografía No. 3 (19 marzo 52)** Hay lesiones fibrosas del vértice y primer espacio anterior derecho, del primer espacio anterior izquierdo. Comparando con la radiografía del 22 de noviembre de 1951, estas lesiones no se han modificado. E. S. 14-60. Síntomas funcionales: tos.

**Permanencia en el Sanatorio: 7 meses.**

**Asistencia al Consultorio: 5 meses.**

CUADRO No. 1

Pacientes Inscritos en el Consultorio, clasificados en Grupos de edad, sexo y estado clínico a su ingreso

Grupos de edad	Act. Empeorado		Mismo Estado		Act. Mejorado		Quieto		Ap. Detenido		Subtotales		Totales
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
1 - 14	0	1	0	0	5	5	2	1	2	0	9	7	16
15 - 44	1	0	0	1	36	35	3	3	1	0	40	40	80
45 o más	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	0	3
<b>Totales</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>43</b>	<b>40</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>52</b>	<b>47</b>	<b>99</b>
	2		1		83		10		3		99		

54

CUADRO No. 2

Etapa al Ingreso al Consultorio	Etapa al Egreso del Consultorio de acuerdo con el tiempo de Permanencia												Totales			
	Act. Empeorada			Mismo Estado			Act. Mejorado			Quieto				Ap Detenido		
	1-5	6-11	12 o más	1-5	6-11	12 o más	1-5	6-11	12 o más	1-5	6-11	12 o más		1-5	6-11	12 o más
Act. Empeorado	1							1								2
Mismo Estado				1												1
Act. Mejorado	6	3	1				6	10		16	29	4	3	5		83
Quieto	3	1									4		1	3	1	10
Ap. Detenido																3
<b>Totales</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>33</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>99</b>
	15			1			17			53			13			

Analizando el cuadro número uno nos damos cuenta que la mayoría de los enfermos incluidos en este trabajo (más o menos el 96.97%), ingresaron al Consultorio en estado de mejoría, si se compara con el estado en que ingresaron al Sanatorio Nacional.

Se puede apreciar, asimismo, que es el grupo de edad comprendido entre 15 y 44 años, el que cuenta con mayor número de enfermos (80.88%)

A qué razones puede atribuirse este predominio de los pacientes de este grupo, tanto desde el punto de vista numérico, como del mejoramiento de sus lesiones?

A mi juicio esto se debe a varios factores como son; la mayor incidencia de la enfermedad en personas mayores de 20 años; el ser ésta una edad en que el individuo es más responsable de sus actos; con mucha frecuencia se trata de un padre de familia; es más apto para asimilar las enseñanzas desde el punto de vista de la higiene, y es más dócil para ser controlado.

Pero más importante aún es el análisis del estado clínico y radiológico de estos mismos enfermos, durante el tiempo que permanecieron bajo control en el Consultorio Externo

Hasta donde han podido ser controlados estos pacientes, el Consultorio ha obrado notoriamente, de una manera favorable, sobre su estado clínico y radiológico. La mayor parte de estos enfermos (aproximadamente el 66.66%), han presentado, como puede verse en el cuadro número dos, una estabilización de sus lesiones, pese al régimen de vida que, sin lugar a dudas, es diferente al que observaron durante su permanencia en el Sanatorio Nacional. El 17.11% mejoró notablemente. Las lesiones se presentaron aparentemente detenidas en el 13.11% de los pacientes. En el 1.01% permanecieron en el mismo estado en que ingresaron al Consultorio Externo, mientras que se observó franco empeoramiento en el 15.11%.

Por este mismo cuadro puede apreciarse que la mayoría de estos pacientes (más de la mitad), estuvieron asistiendo al Consultorio Externo por períodos que oscilaron entre 6 y 11 meses. Otro grupo asistió poco tiempo (entre 1 y 5 meses). Entre estos últimos se notó (hecho importante), que aquellos enfermos que se sometieron a control durante poco tiempo, son precisamente los que presentaron un manifiesto empeoramiento de su estado clínico y radiológico. Esto hace patente la necesidad de lograr, por algún medio, la asistencia de los pacientes al dispensario.

Otros (aproximadamente el 6.06%) permanecieron más de 12 meses.

Indudablemente, los resultados obtenidos en estos tres años revisados de trabajo, no constituyen el ideal que debe alcanzar un dispensario antituberculoso. Pero antes de recriminarle defecto alguno, tomemos en consideración las condiciones en que se tenía que trabajar en esa época. Se trataba de una prolongación del Sanatorio Nacional, nacida de una necesidad enorme e impostergable, que tenía que ser sostenida con los mismos escasos recursos de un Centro que, ya de por sí, se veía agobiado por sus propias necesidades internas.

El equipo, así como el personal que lo atendía, era escaso y los pacientes, si bien eran instruidos, a su egreso del Sanatorio Nacional para concurrir con la debida regularidad a su control al Consultorio Externo, poco tiempo después olvidaban de hacerlo, o les era imposible concurrir debido a cambios de domicilio.

Era entonces que se hacía sentir la urgencia de disponer de un personal de enfermeras visitadoras, así como de otros consultorios similares ubicados en otros sectores de la ciudad y en otras ciudades de la república.

Es por eso que dijimos anteriormente, y con justa razón, que ninguna lucha antituberculosa podía llevarse a cabo, con éxito, si faltaba uno de los cuatro elementos indispensables: el fisiólogo, la enfermera visitadora, el aparato de rayos X y el laboratorio de análisis clínicos.

Es obvio que, en estas condiciones, no había nada que exigir, y sí mucho que admirar a un Consultorio que, a pesar de sus propias limitaciones de personal y equipo, ha contribuido enormemente a la lucha contra una enfermedad que, poco a poco, va siendo controlada y que, Dios mediante, será dominada en un futuro no lejano.





BIBLIOTECA CENTRAL

Se debe devolver este libro con la última fecha se

---