

1

MINISTERIO DE EDUCACION
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CANCER DE BRONQUIO

Tesis para optar el
título de doctor en
medicina presentada
por
DOMINGO JUAN AIELLO

Padrino de Tesis
Profesor Dr.
EDUARDO S. CORAZZI

AÑO - 1951

MINISTERIO DE EDUCACIONUNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATAAUTORIDADES

RECTOR :

Prof. Dr. Luis Irigoyen

VICERRECTOR :

Dr. Pedro Guillermo Paternosto

SECRETARIO GENERAL INTERINO :

Don Victoriano F. Lucas

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

Don Rafael G. Rosa

CONTADOR GENERAL :

Don Horacio J. Blake

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

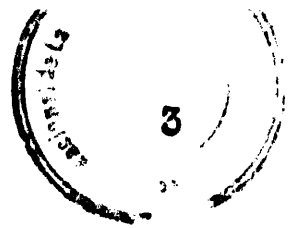
- " " Rodolfo Rossi
- " " José F. Molfino
- " " Pedro G. Paternosto
- " " Carlos María Harispe
- " " Hosis del Prete
- " " Eugenio Mordeglia
- " " Silvio Mangariello
- " " Arturo Cambours Ocampo

Ingeniero Carlos Pascali

Dr. Obdulio F. Ferrari

Ing. Ag. René R. F. Thiery

" " José M. Castiglioni



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES :

DECANO:

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

VICEDECANO :

Prof. Dr. Diego M. Arguello (int.)

SECRETARIO :

Prof. Dr. Flavio J. Briasco

Oficial mayor a Cargo de Prosecretaria:

Sr. Rafael Lafuente

CONSEJO DIRECTIVO

Prof. Dr. Alberto Gascón

- " " Inocencio F. Carestri
- " " Roberto Gandolfo Herrera
- " " Julio R. A. Obiglio
- " " Rómulo R. Lembre
- " " Víctor A. E. Baez
- " " Victorio Necif
- " " Enrique A. Notta
- " " Herminio L. M. Zatti

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisco

" Greco Nicolás V.

" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Arguello Diego M. - Cl. Oftalmológica

" Beldeserre Enrique C. - F. F. y T. Terap.

" Bianchi Andrés E. - Anatomía y F. Patológicas

" Caeiro José A. - Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F. - Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio F. - Toxicología

" Carreño Carlos V. - Higiene y M. Social

" Cervini Pascual R. - Cl. Pediat. y Pueric.

" Corazzi Eduardo S. - Patología Médica Ia.

" Chritsman Federico F. B. - Cl. Quirúrgica IIa.

" D'Ovidio Francisco R. - P. y Cl. de la Tuberc.

" Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica

" Echeve Dionisio - Física Biológica

" Floriani Carlos - Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto I. - Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto - Fisiología y Psicología

" Girardi Valentín C. - Ortopedia y Traumatología

" Gonzalez Hernán D. - Cl. de Enf. Inf. y P. Trop.

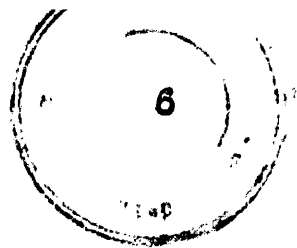
" Irigoyen Luis - Embriología y H. Normal

" Lambre Rómulo R. - Anatomía Ia.

" Loudet Osvaldo - Cl. Psiquiátrica



- Dr. Lyonett Julio H. - Anatomía IIa.
- " Maciel Crespo Fidel A. - Semiología y Cl. Prop.
 - " Martinez Diego J. J. - Patología Médica IIa.
 - " Mazzei Egidio S. - Cl. Médica IIa.
 - " Montenegro Antonio - Cl. Genitoruroológica
 - " Menso Soto Alberto - Microbiología
 - " Monteverde Victorio - Cl. Obstétrica
 - " Obiglio Julio R. A. - Medicina Legal
 - " Othaz Ernesto L. - Cl. Dermatosifilográfica
 - " Rivas Carlos I. - Cl. Quirúrgica Ia.
 - " Rossi Rodolfo - Cl. Médica Ia.
 - " Sepich Marcelino J. - Cl. Neurológica
 - " Uslenghi José P. - Radiología y Fisioterapia

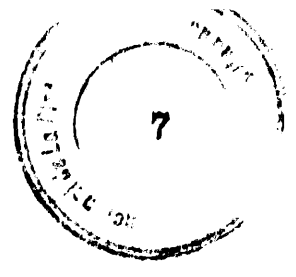


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Aguilar Giraldes Delio J. - Cl. Pediat. y Pueric.
- " Azevedo Benigno S. - Química Biológica
- " Andrieu Luciano M. - Cl. Médica Ia.
- " Bach Víctor Eduardo A. - Cl. Quirúrgica Ia.
- " Baglietto Luis A. - Medicina Operatoria
- " Baile Mario Raúl - Cl. Médica IIa.
- " Berani Luis T. - Cl. Dermatosifilográfica
- " Bellingi José - Pat. y Cl. de la Tuberc.
- " Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica
- " Briasco Flavio J. - Cl. Pediat. y Pueric.
- " Caino Héctor V. - Cl. Médica Ia.
- " Calzetta Raúl V. - Semiología y Cl. Proped.
- " Cabarron Arturo - Cl. Médica Ia.
- " Carri Enrique L. - Parasitología
- " Cartelli Natalio - Cl. Ginecológica
- " Castedo César - Cl. Neurológica
- " Castillo Odara Isidro - Ortopedia y Traumatología
- " Cifardo Roberto - Cl. Psiquiátrica
- " Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilográfica
- " Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmológica
- " Curcio Francisco I. - Cl. Neurológica
- " Chescotta Nestor A. - Anatomía Ia.
- " Dal Lago Héctor - Ortopedia y Traumatología
- " De Lena Rogelio E. A. - Higiene y M. Social
- ~~" Dobrie Beltran Leonardo L. - Patología y Cl. de la T.~~



- Dr. Dragonetti Arturo R. - Higiene y M. Social
- " Dussaut Alejandro - Medicina Operataria
- " Fernandez Audicio Julio César - Cl. Ginecolog.
- " Fuertes Federico - Cl. de Enf. Inf. y P. Trop.
- " Garibotto Román C. - Patología Médica IIa.
- " Garcia Olivera Miguel A. - Medicina Legal
- " Giglio Irma C. de - Cl. Oftalmológica
- " Giroto Rodolfo - Cl. Genitourológica
- " Gorostarzu Carlos Mario - Anatomía IIa.
- " Gotusso Guillermo O. - Cl. Neurológica
- " Guixé Héctor Lucio - Cl. Ginecológica
- " Imbríaso Aldo Enrique - Fisiología
- " Ingretta Ricardo N. - Cl. Obstétrica
- " Lescano Eduardo Florencio - Anatomía y F. Patológicas
- " Logascio Juan - Patología Médica Ia.
- " Loza Julio César - Higiene y M. Social
- " Lozano Federico S. - Cl. Médica Ia.
- " Mainetti José María - Cl. Quirúrgica Ia.
- " Manguel Mauricio - Cl. Médica IIa.
- " Marini Luis C. - Microbiología
- " Martinez Joaquín D. A. - Semiología y Cl. Prop.
- " Martini Juan Livio - Cl. Obstétrica
- " Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica
- " Meilij Elías - Patolog. y Cl. de la Tuber.
- " Michelini Raúl T. - Cl. Quirúrgica IIa.
- " Morano Brandi José F. - Cl. Pediat. y Pueric.
- " Moreda Julio M. - Radiología y Fisioterapia
- X Nacif Victorio - Radiología y Fisioterapia

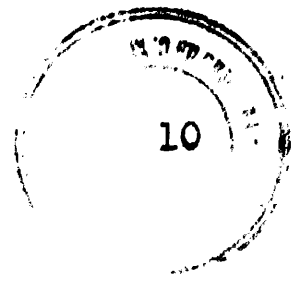
- Dr. Naveiro Rodolfo - Patología Quirúrgica
" Negrete Daniel Hugo - Patología Médica
" Pereira Roberto F. - Cl. Oftalmológica
" Prieto Elías Herberto - Embriología e H. Normal
" Priai Abel - Cl. Otorrinolaringológica
" Peña Raúl P. - Cl. Quirúrgica Ia.
" Polizzi Amleto-Medicina Operatoria
" Roselli Julio - Cl. Pediat. y Pueric.
" Ruera Juan - Patología Médica Ia.
" Sanchez Héctor J. - Pat. Quirúrgica
" Schaposnik Fidel - Cl. Médica IIa.
" Taylor Gorostiaga Diego J. J. - Cl. Obstétrica
" Torres Manuel M. del C. - Cl. Obstétrica
" Triaca Saúl E. - Cl. Quirúrgica IIa.
" Tropeano Antonio - Microbiología
" Tolosa Emilio - Cl. Otorrinolaringológica
" Tosi Bruno, - Cl. Oftalmológica
" Vanni Edmundo O. U. F. - Semiología y Cl. Prop.
" Vazquez Pedro C. - Patología Médica IIa.
" Votte Enrique A - Patología Médica IIa.
" Tau Ramón - Semiología y Cl. Prop.
" Zabludovich Salomón - Cl. Médica IIa.
" Zetti Hermínio L. M. - Cl. de Enf. Inf. y P. T.

▲ MIS PADRES

▲ MIS HERMANAS

▲ MI NOVIA

Gratitud y cariño



Mi reconocimiento al

Profesor Dr. Eduardo S. Corazzi



CANCER DE BRONQUIO

Hoy se considera el cáncer de bronquios, como el más frecuente después del de estómago. Tomando una Estadística de Estados Unidos de Norteamérica, tenemos que en 1940 han muerto en ese país 5556 personas a causa de esa afección. La misma estadística nos dice que los decesos fueron en proporción de cada 100.000 habitantes en 1920 del 1,1; en 1930 2,2 y en 1940 de 4. Si la frecuencia es del mismo orden en nuestro país será suficiente para justificar la importancia que se le debe dar a dicha afección.

ETIOLOGIA - Según algunas estadísticas se constata que del 75 al 99% de enfermos son del sexo masculino.

La edad tiene mucha importancia, pues el carcinoma de bronquio se desarrolla por lo general en hombres después de los 40 años, pero sin embargo, hay excepciones, así en el año 1940 se presenta el caso de un niño de 1 año y Holinger presenta el caso de un enfermo de 6 años.

Se dan como factores predisponentes: traumatismos torácicos, herencia, inflamaciones crónicas, esclerosantes de pulmón, etc.

ANATOMIA PATOLOGICA

Hoy se admite que prácticamente todos los cánceres de pulmón comienzan en la mucosa bronquial y muy frecuentemente en la vecindad de los hilios en uno de los gruesos bronquios, siendo muy raros en la vecindad de la pleura. Debemos exceptuar el cáncer alveolar que tiene su origen en las células alveolares, partiendo de focos múltiples, presentándose radiológicamente como miliar; este cáncer es mucho más raro que el bronquial y se conocen solamente 50 casos en la literatura médica (Ikeda).

El cáncer bronquial es más frecuente a la derecha que a la izquierda, siendo interesante señalar que las otras afecciones bronquiales como bronquiectasia y tuberculosis comienzan a la inversa.

SINTOMATOLOGIA CLINICA

El comienzo es insidioso; así un hombre de 50 años tose, esa tos es irritativa sin expectoraciones, en general eso se le atribuye al cigarrillo o a una bronquitis crónica, luego aparecen los dolores que son más precoces cuanto más periférico es el

cáncer; es decir, cuanto más cerca de la pleura está. Ellos son intermitentes y de corta duración, pero continuos; el enfermo siente sensación de ahogo y de constricción con imposibilidad de respirar profundo.

La tos y el dolor torácico se acompañan de un tercer síntoma importante; la hemoptisis. Esta puede ser precoz y preceder al dolor, siendo frecuentemente poco peligrosa. El enfermo se ahoga con esputos estriados de sangre o de pequeños coágulos negruzcos. Más tarde la tos viene productiva; los esputos purulentos son signo de una estenosis bronquial que comienza a desarrollarse y produce fenómenos de retención. La enfermedad produce accesos de fiebre seguido de grandes eliminaciones de esputos.

La estenosis provoca por otra parte, la formación de atelectasias que hacen dar el pronóstico de neumonía. La neumonía cura pero recidiva y la neumonía recidivante constituye un signo importante que hace pensar en cáncer.

Los esputos abundantes y purulentos son indicios al mismo tiempo de la aparición de bronquiecta-



sies.

La estenosis causa la disnea y se acompaña de rales.

Mucho más tarde se producen las parálisis de recurrente, más precoces a la izquierda que a la derecha, la parálisis de frénico y a veces también del vago, siendo causa de la disnea que puede aparecer "sine materia".

Es pues el conjunto de estos síntomas causa de que se tome muchas veces esta enfermedad por una tuberculosis.

RADIOLOGIA

La imagen radiográfica es de lo más diversa y puede por mucho tiempo hacer provocar el diagnóstico.

Puede mostrar simplemente los signos de bronquiectasia, o revelar una infiltración hilar o parahilar de bordes periféricos irregulares, también puede denunciar una stelectasia, pero en este momento el diagnóstico es bien tarde.

Con estos datos suministrados por la radiografía, se procede al examen broncográfico y broncoscópico.

pico pues ellos se complementan y puede darnos las indicaciones necesarias.

BRONCOGRAFIA

Hacemos primero la broncografía, pues ella facilita la tarea del broncoscopista, mostrando en efecto el sitio de la lesión y facilitando la investigación.

A veces se piensa efectuar una tomografía por tener la ventaja de no ser desagradable al paciente pero tiene el inconveniente de ser menos segura que la broncografía. Si el resultado no es muy claro se procede a hacer varios clichés a fin de ver los trazos bronquiales junto a la periferia.

La broncografía resulta más fácil si se emplean soluciones acuosas pues al contrario de las oleosas, se eliminan más pronto y no molestan los exámenes posteriores; además ellas se disuelven en las secreciones bronquiales, mientras que las oleosas no penetran en las mismas y pueden hacer dar un diagnóstico erróneo de obstrucción.

BRONCOSCOPIA

La broncoscopia es más importante que la broncografía, pues ella muestra el tumor y nos permite

llegar directamente a ella para efectuar la biopsia. A veces con placa radiográfica negativa, ante casos de tos rebelde -disfagia etc. - es conveniente efectuar una broncoscopia, pues la imagen radiográfica aparece muy tarde.

El cáncer de gruesos bronquios, se ve como un tumor vegetante, poliposo o ulceroso; existen secreciones mucopurulentas o la pared se encuentra espesa y la mucosa sangra fácilmente. Los cánceres periféricos, es decir los más cercanos a la pleura o sea de bronquios no pueden ser visualizados por la broncoscopia, pero se diagnostican por signos indirectos: compresiones extrínsecas, con distorsión de la luz y paredes rígidas, fijación del espolón traqueal y del árbol bronquial durante las respiraciones por metástasis ganglionares mediastínicas, dando la imagen de "bronquio de madera".

BIOPSIA

La biopsia fija la característica histológica de la afección, siendo verdad que no es siempre positiva y a veces es necesario repetir el examen.

Es difícil o imposible si el tumor se encuentra en el lóbulo superior, se puede eventualmente tentar



un neumotórax para hacer bascular el bronquio y permitir entrar más fácilmente.

La biopsia broncoscópica permite un diagnóstico exacto en un 50 a 80 %.

EXAMEN DE SECRECIONES

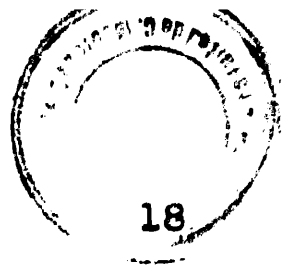
Algunos autores americanos aconsejan el examen de secreciones aspiradas por vías broncoscópicas encontrándose en las mismas células tumorales en un 90% de los casos.

DIAGNOSTICO

Si se tuvieran en cuenta las consideraciones anteriores y el médico tuviere más presente el cáncer bronquial el diagnóstico sería más preciso permitiendo un tratamiento eficaz, evitando así graves errores de pronóstico.

La aparición de tos persistente "sine materia" en un hombre de cierta edad, le debe hacer sospechar y someter al enfermo a todos los exámenes necesarios pues son muchos los casos diagnosticados demasiado tarde.

Recordemos que la broncoscopia no es siempre positiva y el examen histológico es a veces imposi-



ble si el tumor es demasiado periférico o exclusivamente localizado en el lóbulo superior.

El diagnóstico temprano tiene la posibilidad de salvar cierto número de casos por operación radical y evitar así una muerte tan perosa como es la ocasionada por cáncer bronquial en estado disneico y con fuertes dolores difíciles de calmar que llevan a tal estado de agravación que es imposible engañar al enfermo durante mucho tiempo.

EVOLUCION

El cáncer bronquial llega a la muerte aproximadamente a los doce meses siendo más rápido en caso de infecciones broncopulmonares intercurrentes.

A la caquexia cancerosa (enflaquecimiento y color amarillo pajizo) se agregan perturbaciones funcionales de compresión, episodios febriles a causa de infecciones secundarias, accidentes asfícticos, pudiendo sobrevenir también hemoptisis fulminantes. El progreso de la técnica diagnóstica puede poco a poco mejorar esta situación.

PRONOSTICO

Las publicaciones de los últimos años son todavía pesimistas

En una publicación de 1947, sobre 412 casos de cáncer de pulmón, 291 enfermos fueron operables y en 147 de esos casos la operación fué realizada. Un cuarto de esos enfermos viven sin síntomas de recidiva después de 5 años. Ello muestra un resultado todavía mediocre, pero con un progreso sobre publicaciones anteriores.

TRATAMIENTO

La radioterapia ha progresado mucho en estos últimos años. Hammond, por ejemplo, da 4 casos curados después de 11 años.

Este autor estima que la radioterapia no tiene chance de éxito si el tumor excede de los 5 cm. de diámetro.

El mismo autor la combina a la radiumterapia intrabronquial, mientras que otros la consideran peligrosa a causa de las necrosis cartilaginosas que resultan.

La neumonectomía, cuando el diagnóstico es hecho precozmente es la intervención más eficaz. El tratamiento quirúrgico hoy no presenta los grandes peligros que tenía hace unos años, gracias a los adelantos de la técnica, de las transfusiones sanguí-



ness efectuadas durante el acto quirúrgico, como así también de la anestesia. Los autores americanos estiman posible la operación radical a pesar de existir metástasis ganglionares de mediastino.

Para otros un derrame pleural sanguíneo con células neoplásicas, es uno de los signos absolutos que impiden la operación, mientras que la parálisis del recurrente no la excluye.

La mortalidad operatoria, según distintas estadísticas oscilan entre 12 y 15 % y las sobrevividas corresponden en gran número de casos a 5 años, llegando en algunos hasta 10 años.

En casos de cáncer inoperable con grandes dolores, se puede disminuir la percepción del dolor por medio de la lobotomía prefrontal bilateral.

Algunas consideraciones sobre adenoma

Los tumores benignos de bronquios son muy raros, encontrándose casos que presentan bastante interés.

Entre estos tumores el adenoma bronquico es el más frecuente. La estadística de Luigren que cuenta

todos los casos publicados hasta 1939 de 182 tumora-
ciones benignas, de las cuales 133 son adenomas.

Al contrario del cáncer el adenoma aparece
esencialmente en las mujeres, y son privilegio en
las mujeres jóvenes.

El primer síntoma es frecuentemente una hemop-
tisis, más tarde los enfermos se quejan solamente de
esputos sanguinolentos.

Después de varios años aparecen bronquiecteno-
sis con atelectasias periféricas, bronconeumonías re-
cidivantes, bronquiectasias secundarias, abscesos pul-
monares, fenómenos de retención caracterizados por
violentos "pousses" de fiebre acompañada de grandes
eliminaciones de esputos.

Se pueden producir gangrenas pulmonares.

El tratamiento endoscópico puede dar grandes
resultados, la escisión de masas tumorales restable-
ce la luz bronquial y hace desaparecer los síntomas.

Esta escisión no es absolutamente sin peligro
pues los adenomas sangran mucho y se pueden producir
hemorragias mortales durante la operación.

Por otra parte, el adenoma es un tumor infil -

trante, penetra en el parénquima pulmonar de manera que la escisión endobronquica es raramente total, ella produce recidivas.

Los enfermos se cansan y no concurren a efectuar sus controles broncoscópicos, volviendo en el momento que la lesión es tan avanzada que solo una gran intervención quirúrgica es posible, pero ella se hace ahora en condiciones difíciles porque la afección pulmonar perturba generalmente la función cardíaca.

Se piensa alternativamente que el paciente debe ser confiado lo más pronto al cirujano pudiéndose así efectuar una lobectomía, que será menos grave debido al mejor estado del enfermo y a su vez será una operación radical.

Se considera en general al adenoma bronquico como un tumor benigno, sin embargo se conoce en la literatura médica algunos casos que degeneran en malignos. Ejemplo: Clerf, sobre 55 casos, observó una degeneración; él estima que una eventualidad así rara no justifica la operación radical de todo adenoma. Cuando ello es posible, hace efectuar la extir-



pación por vía endo-brónquica, pero mantiene el enfermo bajo control.

Jenny aporta un caso seguido durante 20 años que termina degenerando en carcinoma. Este autor llega a la conclusión que vale la pena proceder más a menudo a la lobectomía, pues el tratamiento broncoscópico no es en efecto jamás radical, unas veces es peligroso a causa de las hemorragias que produce, pero la lobectomía es hoy una operación bien reglada donde los peligros son mínimos.

La cuestión debe evidentemente ser discutida en algunos casos. Así tenemos algunos casos en que debido a que los fragmentos de tejido de la biopsia son muy pequeños y por lo tanto el examen histológico puede engañar, en otros casos la enfermedad comienza en edad avanzada, lo que puede inducirnos a error, pues el adenoma comienza en general en personas jóvenes, alrededor de los 30 años.

El adenoma brónquico es el más frecuente de los tumores benignos, pero él no es sin embargo el único, y algunas veces el tumor constituye un verdadero hallazgo broncoscópico.

Presento a continuación dos casos observados
en el Instituto de Fisiología de La Plata.

- - -

Historia Clínica nº 413

M.M. 47 años de edad - argentino - soltero - comerciante. Domicilio Ensenada. Entrada: Enero 31 de 1951

Antecedentes familiares y hereditarios: El padre murió a los 57 años por síncope cardíaco. La madre vive, 86 años, es sana. Hermanos: (4 varones y 2 mujeres). Un hermano falleció a los 46 años por angina tabacal..? otro a los 53 años, por cáncer de pulmón. Un hermano falleció a los 2 años, el paciente no recuerda la causa.

Colaterales, sin importancia.

Antecedentes personales: nacido a término, 6º en orden de embarazo. Lactancia materna, puericia normal. Sarampión a los 7 años. A los 17 inicia vida sexual. A los 22 años es operado de hernia derecha, a los 30 hemorragia curado en el domicilio, a los 40 años es operado de apendicitis.

Sitios donde vivió: Nació y vivió hasta los 20 años en Ensenada, luego en Lujan. Ha habitado casas de bue-



na condición de higiene.

Comenzó a trabajar a los 16 años en frigoríficos; desde hace mucho tiempo es comerciante.

Hábitos: Fumador de 3 a 4 estados de cigarrillos negros por día. Bebedor de medio litro de vino por comida.

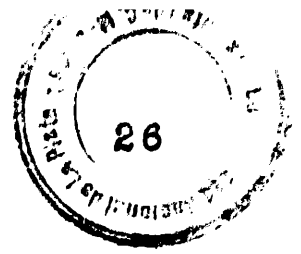
Alimentación mixta sin intolerancia ni repugnancia.

Digestión y emuntorios bien.

Enfermedad actual: Más o menos en febrero de 1950 en contrándose el enfermó en buen estado de salud comienza a sentir fuertes dolores torácicos, de cintura, en las extremidades inferiores con fiebre y sudoración. Es tratado sintomáticamente considerando el facultativo que lo examina que está en presencia de un estado gripal. No mejora totalmente y a la sintomatología descripta se le agrega tos y una pérdida de peso de 4 kg.

Lentamente su estado tiende a la curación, pero sin recobrar a juicio del enfermo, la salud anterior. Queda con tos que con períodos de mejoría y peoría se mantiene durante todo el año 1950.

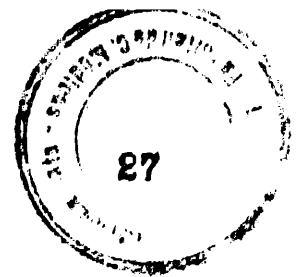
Los dolores habían desaparecido por completo



pero en algunas oportunidades durante el invierno pasado le acometían una tos pertinaz, preferentemente nocturna; se agregaba a esto una epistaxis que aparecía al terminar los accesos de tos. Durante el año anterior tuvo en siete u ocho oportunidades estos episodios. En diciembre de 1950 junto con la tos que no había desaparecido, tiene hemoptisis de tipo esputos hemoptoicos en un principio mezclados con flemas y luego con las características de la actualidad (jerebe de Grosellas). Se agrega a ello un dolor sordo en región torácica superior derecha, con un ronquido audible y palpable por el enfermo. Concorre al Dispensario Central de la Liga desde donde se solicita su internación en este Instituto al que ingresa el 31 de enero de 1951.

Estado actual: Febrero 5 de 1951. Pesa 70 Kg. 700 grs. altura 1.76 m. Enfermo en buen estado general de nutrición, de cubite activo. Cabeza: normocéfalo, marcada telangiectasia en la cara. Pupilas iguales céntricas, cilíndricas, reaccionan bien a la luz y acomodación; conjuntivas coloreadas.

Boca: en regular estado de conservación, faltan pie-



mas dentarias y algunas con caries.

Cuello: nada de particular.

Abdomen: algo hipotónico, pared blanda, no dolorosa a la palpación superficial y a la profunda.

Se palpa hígado a dos traveses de dedo por debajo del reborde costal.

Cicatriz de apendicectomía casi sobre cresta ilíaca y cicatriz de hernia operada en 1928. La reconstrucción de pared buena.

Ganglios no se palpan en región examinada.

Sistema nervioso: Psiquismo lúcido; marcha normal.

Reflejos músculo tendinosos normal. No hay Babinski.

Sensibilidad táctil y dolorosa conservada. No se toma la térmica.

Sistema muscular: Tonismo algo disminuído, fuerza muscular conservada.

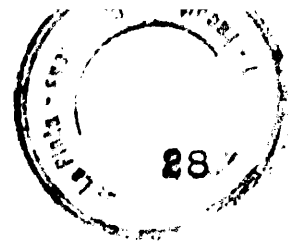
Sistema osteoarticular: Articulaciones libres e indoloras.

Huesos no dolorosos.

Trayecto nervioso no doloroso.

Estudio pulmonar

Tórax: inspección. Buena conformación, simétr-



co, elasticidad conservada, no hay puntos dolorosos, excursión de los vértices, buena y simétrica. La amplexación de las bases es amplia y simétricamente ofreciendo el lado derecho un cierto estremecimiento en espiración profunda.

Palpación: por detrás conservada simétricamente; axila conservada simétricamente, por delante conservada simétricamente.

Percusión: campo de Kröning lado derecho: tres dedos; lado izquierdo: 2 dedos.

Todo hemitórax sonoro. Base: excursiones bien.

Axila izquierda sonora en la base se confunde con sonoridad abdominal.

Axila derecha: idem, idem

Por delante clavicular sonoras; fosa supraclavicular sonoras. Subclavicular derecha: sonora hasta el sexto espacio, base excursiones bien. Subclavicular izquierda: sonora.

Auscultación: Lado izquierdo: murmullo vesicular conservado, algo rudo en vértice. No hay ruidos sobre agregados ni modificaciones con la tos y voz.

Lado derecho: Fosa supra espinal murmullo rudo; mi-

tañ superior del F.I.F.V. soplante; mitañ inferior doble soplo a proñomiao espiratorio. Zona subesca- pular: con igual característica, base murmullo ru - do, hay broncofonía en espiración F.I.F.V. no hay pectoriloquis.

Axila izquierda: murmullo rudo; derecha respiración soplante. Por delante: a la izquierda murmullo con- servado; a la derecha: respiración ruda y soplante; sin modificaciones con la tos y voz..

Cardiovascular: pulso radial poco perceptible en la- do derecho, bien perceptible a la izquierda. El pul- so se toma en ambos brazos sincrónicamente, regular igual-; frecuencia de 80 pulsaciones por minuto; en ocasiones se tiene la impresión de ser dicrótico.

Cardias: la punta no se ve, se palpa por dentro y de- bajo de la tetilla.

Los tonos son alejados en la punta.

Auscultación en los demás focos no ofrece particula- ridad. Tensión arterial: Mx. 130 Mm. 85.

Examen cardiovascular febrero 6 de 1951, sin par- ticularidades.

Electrocardiograma = extrasistolia.



Prueba de fragilidad vascular: prueba del lazo negativa. febrero 4 de 1951 y abril 3 de 1951.

Examen de esputos: No se observan bacilos alcohol ácidos resistentes.

Biopsia de pulmón: abril 9 de 1951.

Diagnóstico Histopatológico: carcinoma muy evolutivo, dadas las numerosas monstruosidades amitóticas y nucleares.

Biopsia ganglio de pulmón: abril 9 de 1951.

Diagnóstico histopatológico: material insuficiente que consta de un tejido fibroso colágeno, con zonas de necrosis y algunos grupos celulares cuyas características histopatológicas indican tratarse de elementos blastomatosos atípicos, pero dada la escasez del material nos es imposible clasificarlo.

Biopsia de esputos: 4 de abril de 1951.

Diagnóstico histopatológico. Material mucopurulento en el cual no se hallan células neoplásicas.

Biopsia de aspiración de secreciones. Marzo 15 de 1951.

Diagnóstico histopatológico: El material remitido está constituido casi exclusivamente por sangre y pequeños acúmulos purulentos. No se observan células

neoplásicas.

Examen broncoscópico: febrero 7 de 1951.

Realizado con aparato Chevalier Jackson.

Tráquea y carina normal. En bronquio fuente derecho se ven algunas estrias de sangre. Entrada del bronquio de lóbulo superior derecho de aspecto normal, y el espolón correspondiente con un ligero edema.

Ninguna otra particularidad.

Broncoscopía: Marzo 7 de 1951

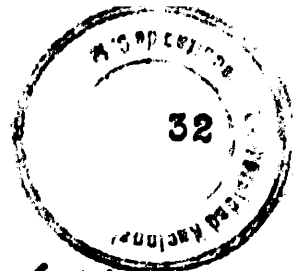
Examen de laboratorio: lavado bronquial. Regular cantidad de leucocitos a predominio polinuclear. No se observan células neoplásicas. No se observan hongos.

Tráquea y carina con una congestión de tercer grado, al llegar al bronquio del lóbulo superior derecho no se puede completar el examen debido a la gran cantidad de sangre que sale de dicho bronquio limitándose a hacer lavado.

Broncoscopía Mayo 14 de 1951

Examen de laboratorio: aspiración de secreciones.

Al localizar el bronquio del lóbulo superior derecho al igual que el examen anterior vuelve a emer -



ger gran cantidad de sangre que impide prácticamente la visión. Se aspiran secreciones y se envían al laboratorio y a Anatomía Patológica.

Examen funcional en reposo y trabajo: Síntesis: Hay 70 % de capacidad funcional respiratoria.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Tipo de intervención: toracotomía exploradora, abril 5 de 1951.

Anestesia general: novocaína.

Técnica: toracotomía de hemitórax derecho sobre 6a. costilla. Se secciona piel, tejido celular subcutáneo y masas musculares, se logra la 6a. costilla en toda su extensión y se procede a la apertura de pleura.

Se reconocen los lóbulos inferior y medio los cuales se presentan con una contextura normal, no así el lóbulo superior que se encuentra pegado con firmes adherencias en su parte posterior, las cuales liberadas muestran una tumoración no uniforme y dura con pequeños módulos circunvecinos. El estudio de la región hilar demuestra gran cantidad de adenopatías con los mismos caracteres que el tumor por lo que se procede a tomar biopsias de las siguientes partes:

del tumor, de su posible metastasis y de ganglio de la región hiliar para su estudio anatómico-patológico.

Se procede al cierre por planos previa resección de los intercostales y de la puesta de drenaje con sonda de Pezzer y 500.000 unidades de penicilina y 1 gr. de estreptomicina. Hemostasia con hilo de lino. Sutura de las masas celulares y tejido celular y subcutáneo con hilo de lino fino, sutura simple.

Post-operatorio: Penicilina: 50.000 U cada 4 horas.

Vitamina C, K y B. dos ampollas diarias. Suero glucosado hipertónico: 20 cc. Coaguleno cada 6 horas.

Evolución: abril 6 de 1951. Enfermo bien.

Expectoración hemoptoica, continúa con igual indicación.

Abril 7 de 1951. Se retira el tubo de drenaje.

Continúa con penicilina cada cuatro horas vitaminas C, K y B: 2 ampollas diarias. Suero glucosado hipertónico: 20 cc.

Estreptomicina medio gramo cada doce horas. Cloruro de sodio, después de 20 minutos un Prostignin y en se-



guide enema con poco líquido.

Abril 9 de 1951 - Se suspende todo.

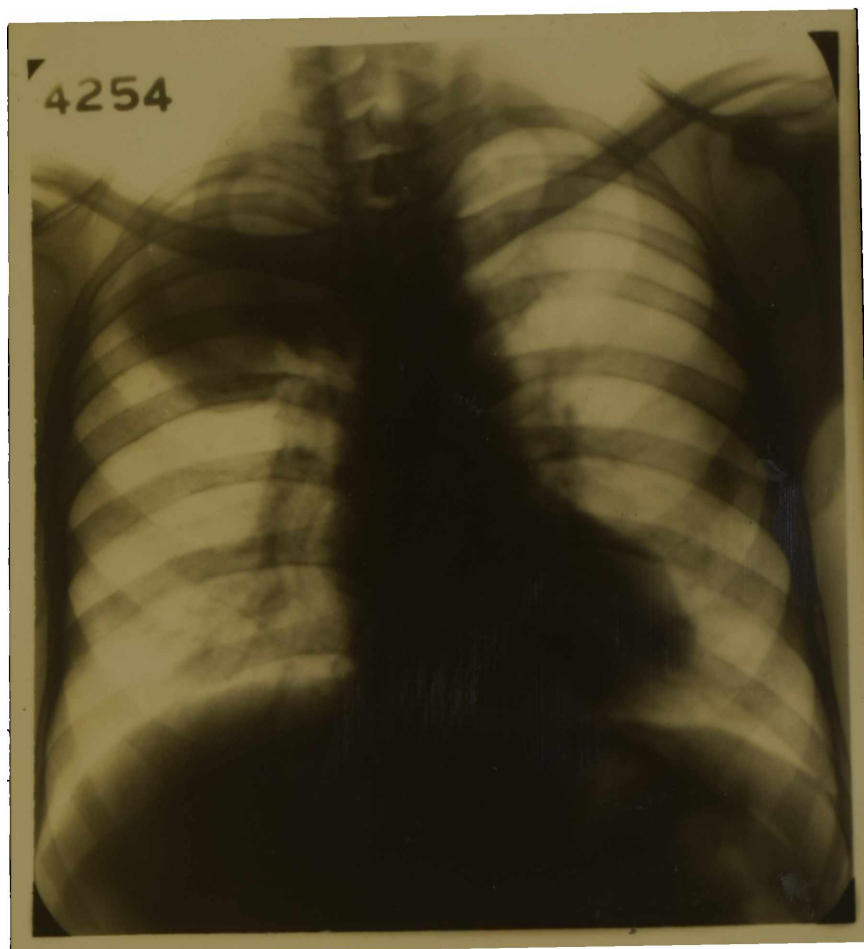
Abril 24 de 1951 - Pasa al piso de clínica.

Tratamiento quirúrgico: Julio 4 de 1951.

Frenicoplegia derecha. Anestesia local

Técnica: Incisión dos traveses de dedo por encima de clavícula y sobre borde posterior de músculo externo cleidomastoideo en una extensión de 2 cm. Sección de piel músculo cutáneo reclinándose el haz clavicular del externo cleido mastoideo; se investiga el músculo escaleno, donde se visualiza por debajo de la fascia del mismo el nervio frénico.

Se le toma con pinzas y se efectúa la presión del mismo. Se colocan dos puntos en tejido celular subcutáneo y en piel, sutura intradérmica.



radiografía de tórax perteneciente al
enfermo de la H. Clínica 548, tomada el
30-VI-51



Historia clínica nº 549 -

J.J.M. 38 años de edad; argentino, casado, constructor, domicilio Maipú (Pcia. de Bs.As.)

Entrada: Junio 28 de 1951.

Antecedentes familiares hereditarios: padre fallecido hace 10 años a la edad de 56 años por afección hepática. Madre de 66 años, tiene una hemiplejía derecha desde hace 6 años. Hermanos: 11; 6 varones y 5 mujeres. Un varón fallecido a los 35 años de afección cardíaca, una mujer fallecida hace varios años de afección pulmonar internada en La Plata; una mujer fallece a los pocos meses de edad; un varón ahogado a los 8 años los restantes viven, son sanos y trabajan todos.

Otros colaterales: sin importancia.

Antecedentes personales: nacido a término en el 5º embarazo lactancia materna, primeros actos fisiológicos normales, niega enfermedades de la infancia, hace tres años tuvo un chancre que curó con tratamiento local bajo asistencia médica, niega toda otra enfermedad hasta la actual.

Desde hace 20 años vive con una mujer de 49



años que sufre una afección gástrica.

Hábitos: fumador hasta hace 5 meses de un estado diario, a veces menos, bebedor de 1 litro de vino con las comidas, otras bebidas pero no a menudo.

Alimentación suficiente, niega intolerancia alimenticia. ⁰etarsis diaria, nicturia de una vez.

Sitio en que vivió: nació en Maipú donde vivió siempre, salvo en el año 1940 que trabajó en Mar del Plata. Desde hace 5 años habita una casilla de madera y zinc, bien ventilada.

Trabajos realizados: comenzó a los 11 años como ayudante de tambo varios meses, después, 3 años en una casa de cueros; desde los 18 años trabajó en transporte de lana, trabajo de mucha fuerza, después trabajó de peón en el ferrocarril, luego de peón de albañil y desde hace un año es constructor y albañil.

Enfermedad actual: En el mes de octubre de 1950 comenzó a sentir astenia y pérdida de peso, a lo que no da importancia.

En diciembre comenzó a sentir dolor a nivel del omoplato derecho y había rebajado 10 Kg. de peso (peso normal 80 Kg).

A fines de enero como la astenia, la inapeten-

cia y los dolores aumentan deja de trabajar, en marzo consulta médico que le saca radiografía de tórax y lo medica.

El 12 de abril lo interna en el hospital de Maipú, como tiene mucho dolor le hacen anestesia regional en el hombro derecho y le tratan sintomáticamente el dolor.

El 23 de mayo es dado de alta; hace unos días lo envían a La Plata y es atendido en la Asistencia Pública y se le recomienda internarse en el Instituto de Fisiología.

En el momento actual no siente ni tos, ni expectoración, el dolor ha disminuído y tiene buen apetito.

Estado actual: Julio 4 de 1951. peso 67 Kg., talla 1.67 m., enfermo afebril, decúbito facultativo. Tipo biológico longilíneo; buen estado de nutrición.

Piel sin particularidades. Tejido celular normalmente distribuído. Tejido muscular tonismo conservado. Sistema osteoarticular sin particularidad. Sistema ganglionar sin particularidad.

Cabeza: simétrica, braquicéfala.

Pupilas: reaccionan bien a la luz y a la acco-

modación.

Boca: sin particularidades

Cuello cilíndrico: sin particularidades

Aparato circulatorio: tonos limpios, taquicárdicos. Tensión arterial Mx. 152 - Mn 104.

Pulso: 102 por minuto

Abdomen blando: simétrico, no doloroso; visceras sin particular.

Reflejos cutáneos, músculos tendinosos vivos.

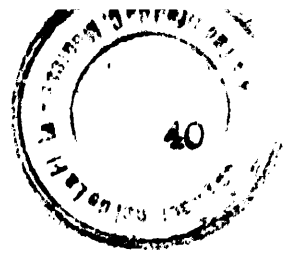
Psiquismo: libre

Estado pulmonar

Hombro derecho ligeramente descendido. Musculatura de la cintura escapular derecha con tonismo y trofismo ligeramente disminuido. Excursión respiratoria buena. Tipo abdomino-torácico, frecuencia 20 por minuto. Elasticidad torácica disminuida. Dolor a la palpación en la extremidad anterior de primera y segunda costilla.

Columna sonora.

Pulmón derecho por detrás vibraciones vocales conservadas en general. Vértice submate. Región supra-escapular I.F.V. dos tercios inferiores y escapula-



mate. Base excursiona bien. Murmullo muy disminuído.

Soplo anfórico en ambos tiempos respiratorios con pectoriloquia sfoa.

Axila: inferior matidez; vibraciones vocales conservadas, soplo anfórico. Superior: vibraciones vocales conservadas, submatidez.

Por delante: clavícula sonora. Vibraciones vocales conservadas. Buena sonoridad.

Murmullo vesicular sin particular

Alergia tuberculínica: junio 29-1951

Mantoux 1/1.000.000 positivo + + +

Examen bacteriológico

Espustos 2-7-1951 no se observan bacilos de Koch

No se observan células neoplásicas

Espustos 4-7-1951 negativo.

Lavado brónquico 5-7-1951. No se observan bacilos

ácido alcohol resistente. No se observan células neoplásicas.

Sangre: Kent y Wasserman negativa.

Reacción de Casani 5-7-51 negativa.



Levado bronquial: 5-7-51. No se observan hongos ni elementos de hidátide. Se observa abundante flora; asociación fuso-espirilar. Se observa trichomonas homi. Se hace cultivo para hongo.

Materias fecales: 7-7-51 negativo

Reacción de Ghedini - negativa

Colesterol 14-7-51 195 mgrs %.

Examen broncoscópico 30-6-51. Arbol tráqueo bronquial normal.

Examen otorrinolaringológico 3-7-51 Normal.

Examen cardiovascular 16-7-51 No hay cianosis ni edemas, ni ingurgitación venosa. Segundo ruido acentuado. Pulso 95. Tensión arterial Mx 140 Mm. 95.

Electrocardiograma sin particularidades.

Examen funcional en reposo y trabajo 3-8-51.

Síntesis: Hay 85 % de capacidad funcional respiratoria.

Biopsia de trozo de pulmón 18-8-51. Diagnóstico histopatológico. carcinoma muy necrótico.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Tipo de intervención: Toracotomía exploradora. 31-7-51



Anestesia general: con novocaína.

Técnica: Toracotomía con resección de 6a costilla.

Abierta el tórax se comprueba en el lóbulo superior un gran tumor totalmente adherido al mediastino. Se lo libera notándose que se desgarró fácilmente. Se hace la liberación del vértice del lóbulo superior dejando parte del tejido neoformado adherido a la pared, llama la atención la circunspección acabada que tiene el mismo. La sección del tejido tiene aspecto de neoformación neoplásica.

Se hacen repetidas punciones con resultado negativo. Se continúa la liberación hacia el hilio pulmonar debiendo separarse de la vena cava superior; la cual se presentaba con paredes infiltradas y aspecto frágil. Al llegar a la proximidad de hilio se nota que la neoformación monta sobre la arteria pulmonar la cual tiene las características de la cava. Yendo más hacia abajo se comprueba la presencia de adenopatías que impiden la entrada para la disección de sus elementos por lo cual se decide dar por terminada la intervención, considerándose que no es posible realizar ni una excéresis paliativa.

Cierre de la pared en forma habitual

Post operatorio. Se indica

Estreptomizina $\frac{1}{2}$ gr. cada 12 horas

Penicilina 50.000 unidades cada 4 horas

Vitamina K y B 1 ampolla diaria

Redoxon 1 ampolla diaria

Novalgina: las necesarias

Evolución:

1-8-51 - Continúa con igual indicación

4-8-51 " " " "

6-8-51 Se suspenden antibióticos y vitamioterapia

17-8-51 Se da de alta en el día de la fecha

Salida 17-8-51

Tratamiento efectuado: Toracotomía exploradora.

Motivo del alta: imposibilidad de hacer tratamiento curativo.

Conducta aconsejada: Reintegración a su vida normal.

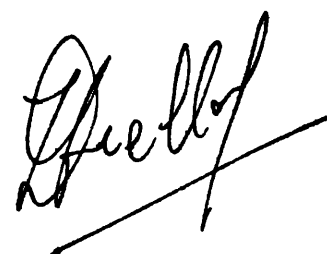


Radiografía de torax perteneciente
al enfermo de la H. Clínica 549, to-
mada de perfil derecho el 30-VI-51

Gilly

BIBLIOGRAFIA

- 1 - HAMMOND - Arch of Oto-Lar 31-1940
- 2 - IKEDA Amer. Jour of Clinical Pat. 15,1945
- 3 - OCHSNR, DE BAKFY et DIXON - Jour of Amer Medici
Ass 135, 1947.
- 4 - RIGLER L.G. - Journal Lancet,1947.

A handwritten signature in cursive script, possibly reading "D. Kelly", with a horizontal line drawn underneath it.

Son 43 folios
[Signature]



[Signature]
DR. FLAVIO J. BRIASCO
SECRETARIO

[Signature]
10/10/54